

HÁBITOS ORALES Y SUS EFECTOS DETECTADOS POR DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA EN NIÑOS DE 3° A 5° DE PRIMARIA DE UN COLEGIO DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI EN EL PERIODO 2020A

ORAL HABITS AND THEIR EFFECTS DETECTED BY TEACHERS AND PARENTS IN CHILDREN FROM 3RD TO 5TH GRADE OF PRIMARY SCHOOL IN A SCHOOL IN THE CITY OF SANTIAGO DE CALI IN THE PERIOD 2020A

NATALIA RODRIGUEZ CANO
e-mail natalia.rodriguez02@usc.edu.co

GLORIA STELLA LIZARRALDE GÓMEZ
e-mail glizarralde@usc.edu.co

Resumen

Este artículo proporciona información de hábitos orales y sus efectos detectados por docentes y padres de familia en niños de 3° a 5° de primaria de un colegio de la ciudad de Santiago de Cali en el periodo 2020A, quienes fueron capacitados con anterioridad por la investigadora por medio de una conferencia virtual, donde se expuso temas como: desarrollo cráneo facial, funciones estomatognáticas, los hábitos orales y sus efectos, además del rol fonoaudiológico en el área miofuncional, para otorgar el conocimiento en la parte teórica, para la praxis se entrega un formato tamiz el cual les permite dar respuesta a la caracterización de los niños sobre el tipo de hábito y sus características. Al finalizar se verifican los tres formatos tamiz docente, padres e investigador para hacer una correlación y corroborar la variabilidad. Es importante mencionar la población objeto de estudio referenciado por los docentes fueron 29 estudiantes y se eliminaron los 2 niños que no fueron identificados por los padres quedando un total de 27 niños, en mayor cantidad de sexo masculino con 20 niños y de sexo femenino 7 niñas, que se tuvieron en cuenta siete tipos de hábitos orales, tres fueron altamente frecuentes, como la mordedura de objetos equivalente en un 37%, la onicofagia equivalente al 26% y respiración oral equivalente al 21% de la población objeto a estudio.

NATALIA RODRIGUEZ CANO, estudiante de fonoaudiología. Investigadora del proyecto hábitos orales y sus efectos detectados por docentes y padres de familia en niños de 3° a 5° de primaria de un colegio de la ciudad de Santiago de Cali en el periodo 2020A.

GLORIA STELLA LIZARRALDE, fonoaudióloga, especialista en foniatría, docente de la Universidad Santiago de Cali, doctorando en bioética, de la Universidad el Bosque.

Palabras claves: hábitos orales, desarrollo cráneo facial, funciones estomatognáticas, facies adenoideas, niños.

Summary

This article provides information on oral habits and their effects detected by teachers and parents in children from 3rd to 5th grade of primary school in a school in the city of Santiago de Cali in the period 2020A, who were previously trained by the researcher through of a virtual conference, where topics such as: cranio-facial development, stomatognathic functions, oral habits and their effects to grant knowledge in the theoretical part were exposed, for praxis a sieve format is delivered which allows them to respond to the characterization of children on the type of habit and its characteristics. At the end, the three teacher, parent and researcher screening formats are verified to make a correlation and corroborate the variability. It is important to mention The study population referenced by the teachers was 29 students and the 2 children who were not identified by the parents were eliminated, leaving a total of 27 children, with a greater number of males with 20 boys and 7 girls of females , that seven types of oral habits were taken into account, three were highly frequent, such as biting of objects equivalent to 37%, onychophagia equivalent to 26% and oral breathing equivalent to 21% of the population under study.

Key words: oral habits, craniofacial development, stomatognathic functions, adenoid facies, children.

1. INTRODUCCIÓN

El ser humano desde su proceso de desarrollo intrauterino inicia los componentes y formación del sistema orofacial, así como de los diferentes sistemas que lo componen. El sistema estomatognático está compuesto por labios,

lengua, dientes, encías, bucas, paladar duro y blando, amígdalas linguales, porción oral-faríngea, frenillos y demás músculos, nervios y huesos de zona oral, inmersas en una estructura facial y corporal; cuyas funciones están representadas en la succión, masticación,

deglución, facilitación de la respiración y el habla (1).

Los mecanismos que facilitan el desarrollo de las estructuras faciales dependen de los factores de crecimiento propio, la estimulación, las experiencias a nivel oro facial y la adaptación del niño a su medio ambiente. Existen circunstancias que afectan el desarrollo facial, como son: las dietas blandas persistentes, tiempo prolongado del biberón, interrupción dental o maxilar, problemas respiratorios que generan el hábito de la respiración oral, y existen otros como la succión digital, onicofagia (mordedura de uñas), queilofagia (mordedura de labios), entre otros. Las consecuencias de estos hábitos pueden generar cambios anatómicos como asimetría facial, daños en estructuras intraorales, paladar alto, mal oclusiones, alteración en la postura corporal y por ende afectación en las funciones estomatognáticas (2).

Las personas con hábitos orales pueden tener características típicas como la respiración oral, facies adenoideas (ojeras, mejillas flácidas, incompetencia labial, cabeza inclinada, afectación mandibular, cara larga y estrecha) (3), alteraciones dentales, deglución atípica, cambios de postura, pararse de la silla con mayor frecuencia. La respiración oral es un factor etiológico como menciona Muller (2) puede producir poca oxigenación cerebral (hipoxia), cansancio físico, tendencia a la hipotonía muscular, sensación de

sueño, entre otros. En ambientes educativos estas características pueden ser confundidas por los docentes o padres de familia como déficit atencional.

En procesos de evaluación miofuncional, hay varias opciones: evaluación subjetiva (valoración por observación/palpación) y evaluación objetiva (Mioescaner, Dinamómetro, Payne, entre otros), para lo cual se hace fundamental hacer un complemento de ambos, con el fin de tener parámetros que permitan el diagnóstico. Como lo menciona Flores (4) el análisis miofuncional permite establecer el razonamiento terapéutico y definir la necesidad de encaminamientos, además de proporcionar datos sobre el pronóstico de cada paciente.

La terapia miofuncional es una de las áreas fonoaudiológicas para tratar las personas con desequilibrio miofuncional oro facial, mediante estrategias activas y pasivas que permitan el movimiento, coordinación, sensibilidad, fuerza y resistencia de las estructuras para sus estados de reposo y función. El fonoaudiólogo decide qué estrategia utilizar en el tratamiento según crea conveniente dependiendo del paciente y su circunstancia.

Los tratamientos a nivel oro facial pueden ser variados de acuerdo con los hallazgos y ser tratados por múltiples especialistas (5). En la odontología se encargan de la salud oral y el

tratamiento a enfermedades de los dientes y encías, el otorrinolaringólogo de la salud del tracto respiratorio superior y oídos, el maxilofacial de la facilitación del desarrollo facial, maxilar, mandíbula en relación con toda la estructura facial y el fonoaudiólogo de facilitar los procesos de las funciones oro-faríngeas, así como tratamiento de la comunicación oral y sus desordenes, los aspectos miofuncionales: evaluación, diagnóstico y tratamiento, entre otras áreas (6).

Para la detección de estos hábitos orales, el fonoaudiólogo tiene competencias propias para realizarlo, pero también puede desarrollar estrategias de educación en salud, por medio actividades de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y pueden ser proporcionados en ambientes escolares según el nivel de prevención que se busque, logrando instaurar desde el primer contacto con la población la accesibilidad a la atención oportuna y eficaz, como medio de adaptación para el aprendizaje.

Es fundamental conocer las acciones que corresponden a los procesos de promoción de la salud establecida en Ottawa (7), donde se le define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”.

En la prevención de la enfermedad hay tres niveles, “la prevención primaria con estrategias

que pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (8).

El nivel secundario está destinado al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas), la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos”. El nivel terciario se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social, buscando la reducción de secuelas o invalidez tomando medidas correctivas (9).

Con el objetivo de la presente investigación se logró evidenciar que se proporcionaron conocimientos nuevos a la población de docentes y padres de familia de grado tercero a quinto, del colegio Centro Educativo Industrial Luis Madina en el periodo 2020A, a partir de la estrategia de educación virtual y el uso de herramientas tecnológicas, sobre el desarrollo cráneo facial, las funciones estomatognáticas (succión, masticación, deglución, respiración y habla), los hábitos orales y sus efectos, promoviendo la conciencia de la detección temprana de dichos hábitos y posteriormente ser ratificados por los padres de familia, corroborados por la

investigadora mediante la encuesta aplicada, el formato tamiz de hábitos orales y sus consecuencias, con la observación directa a los niños detectados.

Se realizó una metodología descriptiva, cuantitativa, de corte transversal, ofreciendo por medio de la virtualidad el soporte teórico para la detección de hábitos orales y sus consecuencias, mediante teleconferencias y un formato tamiz como instrumento práctico, recolectando la información de los docentes y padres de familia sobre hábitos orales, la historia y los efectos en los niños, mediante correos electrónicos, plataforma meet, vía telefónica, vía mensaje WhatsApp.

Los resultados serán de gran beneficio y utilidad para los niños al conocer sus hábitos orales, creando conciencia de las consecuencias que afectan su desarrollo oral y facial; para los padres de familia, ya que al estar enterados de los hábitos y sus efectos podrán tomar medidas al respecto, para los docentes porque podrán seguir detectando hábitos en niños y a su vez entender las consecuencias de estos en su desarrollo escolar, buscando otras alternativas de manejo e interconsultas. Estos resultados se entregan por medio del informe global a la institución y la información de cada niño a los padres de familia.

Es importante comentar que participaron en el proceso de capacitación 10 docentes, 29 padres de familia fueron capacitados y 27 encontraron

hábitos en sus hijos, y dieron aportes importantes al presente estudio. La población objeto de estudio referenciado por los docentes fueron 29 estudiantes y se eliminaron los 2 niños que no fueron identificados por los padres quedando un total de 27 niños, en mayor cantidad de sexo masculino con 20 niños y de sexo femenino 7 niñas, en la historia del hábito se pudo ver la prevalencia del 62% de la población con el uso de tetero prolongado entre los 12 y 24 meses y la alta frecuencia del 59% al realizar el hábito más de 7 veces al día.

Se evidenciaron siete tipos de hábitos orales, tres fueron altamente frecuentes, como la mordedura de objetos equivalente en un 37%, la onicofagia equivalente al 26% y respiración oral equivalente al 21%. Finalmente se logró relacionar los datos proporcionados por docentes y padres de familia y los corroborados por la investigadora con un 17% de variabilidad con los docentes y -19% con los padres de familia en los resultados de la detección de los hábitos orales.

Esta investigación abre las puertas para continuar realizando acciones que permitan ascender en los niveles de prevención en salud, con los estudiantes y padres de familia para culminar en el tratamiento o interconsulta con los especialistas requeridos. Además permitirá instaurar estrategias y actividades con el personal docente y administrativo, para realizar programas de educación en salud, inmersas en acciones que

permitan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las diversas áreas del quehacer fonoaudiológico en toda la población del Centro Educativo Industrial Luis Madina.

2. MARCOS REFERENCIALES

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Maduración, anatomía y fisiología orofacial. Para la facilitación de los mecanismos de maduración de las estructuras orales y faciales se tiene en cuenta el desarrollo biopsicosocial, la estimulación adecuada en cada función a realizar, adaptación al entorno y los nuevos procesos o las experiencias a nivel oral, esto permite que avance el desarrollo y crecimiento orofacial de los órganos inmersos. Como lo menciona Manns (1), la estructura facial y oral está compuesta por componentes óseos (estáticos, excepto la mandíbula) está el cráneo, compuesto por 1 por hueso frontal, 2 temporales, 2 parietales, 1 occipital (en su parte externa) 1 esfenoides y 1 etmoides (internamente); La cara compuesta por 14 huesos, 6 pares (maxilar superior, cigomático-malar, nasal, palatino, lagrimal, y cornete nasal inferior) y 2 impares (vómer y mandíbula), en la cavidad bucal hay partes estáticas o pasivas como el maxilar superior, la mandíbula es un hueso con dos articulaciones condíleas, se articula en el hueso temporal formando la articulación temporo mandibular (ATM), paladar óseo, las piezas dentarias, el hueso hioides y la laringe que es un órgano cartilaginoso. Los componentes

musculares pueden ser dinámicos o activos, sin dejar de lado a elementos tendinosos, ligamentos, glándulas, ganglios, etc.

La unión de las estructuras orales y faciales, según Enlow (10) permiten alcanzar cada función, para la succión, deglución, respiración, masticación, alimentación y el habla, incorporando la expresión facial, movimientos de la lengua, del velo de paladar, de la faringe y del cuello. Todo este sistema de órganos y sus funciones se encuentran coordinadas por el sistema nervioso central (SNC) y periférico que envía estímulos nerviosos a los músculos para que pueden ejercer dichas funciones y que conlleven al desarrollo adecuado.

2.1.2 Detección, evaluación y tratamiento fonoaudiológico. El fonoaudiólogo aborda la comunicación humana, sus desórdenes y variaciones (11), realizando acciones de identificación, evaluación, diagnóstico e intervención en las alteraciones y trastornos asociados, actuando de una forma oportuna y eficiente. No obstante, la fonoaudiología está comprometida con más áreas y campos de acción con un enfoque integrador, que puede empezar su manejo desde acciones de educación abarcando desde el nivel uno de atención con actividades promoción de la salud e y prevención de la enfermedad en cualquiera de sus aspectos ya sea desde lenguaje como dominio social, el habla acto individual (la voz) el sonido particular de ser humano, y demás funciones oro faríngeas y audición, comprendiendo un marco amplio del

desarrollo humano y la salud, brindando bienestar e inclusión social de los individuos, teniendo en cuenta la persona con discapacidad desde el marco de la diversidad y afrontándolo con formas efectivas para su desarrollo.

2.1.3 Las funciones estomatognáticas. Las funciones estomatognáticas pueden clasificarse en grupos: respiración, alimentación como funciones primordiales debido a su relación con la vitalidad para los seres vivos, y articulación y fonación son secundarias debido a su relevancia. La función respiratoria consiste en un intercambio de oxígeno y dióxido de carbono que se inspira y espira, existiendo un equilibrio y una alineación entre cráneo, cinturón escapular y cinturón pélvico para la adecuada postura corporal, el correcto modo y tipo respiratorio, donde se introduce el aire por la nariz se filtra, calienta y humedece en los cornetes, la posición orofacial es el ápex lingual en rugas palatinas y el dorso de esta sobre el paladar duro los labios están cerrados en posición de reposo o relajación y los dientes en oclusión.

Según Càmpera (14), el buen desarrollo de la función vital de respiración y deglución son estrechamente reguladas, existiendo una coordinación entre estas actividades, por diferentes mecanismos neurológicos periféricos y centrales teniendo una línea de patrones estipulados que son: inspiración, deglución en apnea, espiración y espiración, deglución en apnea, espiración. Estos se dan en la alimentación

que es otra función vital, natural por vía oral, con las diferentes fases de deglución siendo una actividad fundamental por su aporte de nutrientes como en la deglución de saliva.

La succión según Kawai (12) se presenta desde la vida intrauterina, permite la nutrición en los primeros meses de vida, después trasciende a la masticación (función de masticación) que se realiza tras introducir el alimento en la boca, haciendo corte, trituración y maceración para preparar el bolo alimenticio (fase preparatoria-oral), pasando este a ser deglutido (función de deglución), con una propulsión lingual, un selle velo del paladar, contracción faríngea y cierre glótico (fase faríngea), que inicia con un acto voluntario y termina con un acto reflejo en la apertura del esfínter esofágico (fase esofágica).

Dichas fases de deglución de alimento aportan nutrientes al ser humano; en la deglución de saliva se deglute de manera automática e inconsciente aproximadamente unas 1500-2000 veces por día, está también es clasificada según la edad del sujeto, con rango para la deglución infantil hasta los 4 años, donde realizan deglución con la lengua interpuesta entre los dientes y la deglución adulta o somática, que se caracteriza por los puntos de apoyo con un triple cierre, si no se realiza de esa forma si no que persiste en el tiempo la deglución infantil pasa a ser deglución atípica esta realiza fuerza o presión anterior o lateral sobre la arcada dentaria superior o inferior lo que puede originar

alteraciones en las estructuras orofaciales así como los hábitos orales.

2.1.4 Los hábitos orales y sus efectos. Los hábitos orales no fisiológicos son circunstancias repetitivas que afectan el desarrollo oral y facial, en los cuales su trascendencia puede iniciar desde temprana edad, con factores externos como la alimentación blanda persistente, el tetero, chupo prolongado, factores anatómicos como cornetes, amígdalas, adenoides hipertróficos, las alergias causantes de respiración oral, las situaciones de ansiedad o por imitación externa.

Al realizar hábitos orales de manera prolongada forma daños sobre el desarrollo y las estructuras orales, en la succión digital que puede aparecer desde el desarrollo fetal, considerándose normal en la primera etapa de la vida y durante la fase oral, el dedo se posiciona contra caras dentales palatinas o linguales, ejerciendo una fuerza que hace que estos se muevan y provoquen mal oclusiones, selle labial incompetente, lengua en piso de boca, un paladar alto, entre otros.

La queilofagia o succión labial implica grietas, resequedad o irritación dependiendo del labio con el que realice el hábito (superior o inferior) y en el borde de bermellón (15).

Onicofagia o mordedura de uñas y objetos además de causar problemas dentales, ya sea por desgaste o mal posición también tiene

posibilidades de ingerir bacterias que están dentro de las uñas. Otro de los hábitos más comunes es la respiración oral el cual cambia la estructura facial causando un alargamiento y ojeras.

Todos estos hábitos que dependen de su frecuencia, duración e intensidad causan alteraciones a nivel estructural oro facial y corporal como: Adelantamiento cefálico: mal posicionamiento de la cabeza, sin alineación con la columna vertebral. Asimetría facial: consiste en una desarmonía o diferencia entre ambos lados de la cara, mal oclusiones: siendo una irregularidad en el contacto de la arcada superior con la inferior, encontrando posiciones inadecuadas o daños en una o más piezas dentales, lo que puede incluir también dolor en articulación temporo mandibular.

Por otro lado está la ingesta de microorganismos al hacer **succión de los dedos** o comerse las uñas ya que las manos mantiene en continuo contacto con superficies y objetos, todo esto a su vez perjudica las funciones estomatognáticas como la articulación, succión, deglución, respiración y la masticación, así como el aprendizaje, la memoria y la atención, esto abarca varias áreas de la profesión de fonoaudiología siendo de carácter principal la terapia miofuncional, que procede etimológicamente de terapia (curación) y mio (músculo), resaltando que: “es de suma importancia en el área de tratamiento, no solo para la preservación estructural de los órganos fono

articuladores que intervienen, sino además para su adecuada funcionalidad desde el nacimiento hasta la vejez”(4).

2.1.5 La terapia miofuncional. Teniendo en cuenta lo que menciona Peñalera (13) la terapia miofuncional desprende métodos y recursos para equilibrar o retribuir en las estructuras óseas y musculares implicadas a nivel orofacial, que se encarga de prevenir, evaluar, diagnosticar, educar, rehabilitar, reducir o eliminar los hábitos y mejorar la calidad de vida y la estética del paciente. Desde el abordaje con niños y adultos proporcionando estrategias de mejoramiento a nivel facial, que a su vez mejore las funciones estomatognáticas, así como la implementación de refuerzos positivos o negativos para la inhibición de los hábitos orales entrando en la negociación para favorecer el manejo terapéutico; el cual se trabaja de la mano con disciplinas como otorrinolaringólogo y odontología quienes evalúan estructuras e implementas ya sea cirugía o aparatología como restricción mecánica, para radicar y mejorar las alteraciones presentadas.

2.1.6 Métodos de intervención. Los métodos de evaluación objetiva o subjetiva sirven para identificar el estado de los músculos u órganos fono articuladores, que contribuye a la evaluación y el diagnóstico miofuncional (14). La intervención depende de dichos hallazgos miofuncionales, así como su tiempo de manejo en consulta y en casa, diseñando el plan de manejo

individual, dar el manejo de manera interdisciplinar siendo necesario medir el tiempo, para evitar la severidad de maloclusiones, así como las particularidades planteadas en las actividades según cada caso y dependiendo de la edad del paciente, que consiste en ejercicios que ayudan a la supresión de hábitos y toma de conciencia de los patrones adecuados, además de proponer el trabajo interdisciplinar según se requiera.

Dado el desconocimiento del tema a nivel docente y padres de familia sobre el compromiso que los hábitos orales pueden generar en los niños y su educación, se brindó por medio de esta investigación y la estrategia de educación de manera virtual, el conocimiento del desarrollo miofuncional, sus funciones e importancia para la salud oral y calidad de vida; así como los hábitos orales y sus efectos nocivos.

2.1.7 Educación en salud. Son procesos de comunicación, capacitación, organización y movilización social, que promuevan la vinculación de los ciudadanos a espacios de toma de decisión, materializando una estrategia con un tema para adquisición de aprendizaje, concertadas en espacios o instancias para la participación de una comunidad. Un proyecto de acción conscientemente deseado y determinado de forma anticipada, con la finalidad de asegurar el logro de los objetivos, con maniobras (tácticas), acciones o

comportamientos (pautas) y una forma de manejo frente al entorno (posición) (15).

2.1.8 Niveles de atención. Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población¹. Las necesidades para satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven, clásicamente se distinguen tres niveles de atención (16).

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (17).

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer

y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Como por ejemplo el Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros (18).

2.1.9 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad según la OMS en la salud proporciona a las personas o comunidades los medios necesarios para la creación de ambientes y entornos saludables, favoreciendo vida a nivel personal, laboral y social (19).

La promoción de la salud, como menciona la Organización Mundial de la Salud diciendo que esto comprende de capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorarla. Se reitera que las acciones de la promoción en el caso colombiano han estado orientadas fundamentalmente a la modificación de estilos de vida de los individuos (20).

La prevención primaria puede estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la

salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (8).

El nivel secundario de prevención está destinado al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” y el nivel terciario se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. que es tomar medidas de tratamiento (9).

La educación en salud desprende oportunidades de aprendizaje creadas para mejorar el conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conlleven al bienestar en salud estando dentro de la promoción, son procesos educativos que permiten la prevención de la enfermedad.

El presente proyecto de educación en salud, facilitó acciones de promoción en salud y prevención secundaria de la enfermedad, donde se llevó a cabo la capacitación a padres de familia y docentes de las funciones estomatognáticas, el desarrollo craneo facial, hábitos orales y sus efectos, y finalmente se midió el conocimiento adquirido mediante el formato tamiz y la detección

de niños con hábitos orales, corroborando la veracidad de los hábitos según los dicho por docentes, padres de familia y por la investigadora.

3 HERRAMIENTAS Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo descriptivo de corte transversal.

3.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con el contenido de esta investigación, será un enfoque observacional cuantitativo, que según Sampieri (²¹), cuenta con bases en medición numérica y análisis estadístico.

Se busco determinar los hábitos orales detectados por docentes y padres de familia capacitados por medio de una teleconferencia sobre el desarrollo facial, hábitos orales y sus efectos, respondiendo el formato tamiz, luego se contactó a los padres de familia, para la recolección de los datos sociodemográficos, la historia del hábito y sus efectos, corroborando los datos mediante observación (video- llamada) a los niños por parte de la investigadora y determinando la veracidad de las respuestas.

3.3 LUGAR DEL ESTUDIO

Colombia, Cali Valle del Cauca colegio centro educativo industrial Luis Madina ubicado el barrio Meléndez en la carrera 94 n. 4C-04. Docentes, padres de familia y estudiantes de grado tercero a quinto, con ayuda de la virtualidad, como correos electrónicos, plataforma meet y WhatsApp.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

El colegio centro educativo industrial Luis Madina cuenta con una población universo de aproximadamente de 1.100 estudiantes, con 45 docentes de preescolar a 11 grado. Se capacitan 10 docentes y ellos detectan 29 niños. Dos docentes no reportan niños, y 2 padres no reconocen los hábitos por lo cual, se contactan finalmente 27 padres de familia y 27 estudiantes, los cuales fueron referidos por los 8 docentes de tercero a quinto. Se retoman estos cursos por conveniencia y se incluirán los docentes y padres que cumplan con los criterios de inclusión.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Docentes, padres y niños que pertenezcan al centro educativo industrial Luis Madina.
- Estudiantes, padres y docentes de grado tercero a quinto.
- Los que quieran participar y acepten firmar el consentimiento informado (docentes), parental (padres de familia) y asentimiento informado (niños).

- Presencia de hábitos orales en los niños detectados por los docentes.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes que presenten alteraciones neurológicas, anatómicas o virales.
- No contestar el día de la realización de video llamadas.
- Padres que no quieran participar
- Datos inconsistentes.

3.7 PROCESO INVESTIGATIVO

Esta investigación se llevará a cabo en 5 fases

Fase uno (1). Aprobación y asignación de tutor

- Entrega de carta al programa de fonoaudiología para aprobación del tema a investigar y asignación de docente para directrices del proyecto.

Fase dos (2). Elaboración del proyecto

- Revisión bibliográfica, se realiza búsqueda en bases de datos, artículos científicos, trabajos de grado, revistas indexadas, fuentes online, libros físicos y virtuales, las cuales se escogen de acuerdo con los temas de la investigación.
- Construcción del documento: Se realiza estructura del documento especificando desde la introducción, justificación, planteamiento

del problema, objetivos, marcos referenciales y metodología, se relacionan los hallazgos bibliográficos encontrados en la búsqueda y se aplican al proyecto según la necesidad.

- Autorización del lugar de estudio, al contar con la información que se busca obtener se plantea la investigación al rector del colegio, el cual después de leer en que consiste, da el permiso para buscar la población a tratar y llevar a cabo toda la investigación.
- Se hace un primer contacto con directivas del colegio y docentes a nivel presencial para explicar el proyecto.

Fase tres (3). Presentación a comités

- Se hace entrega de la investigación por correo electrónico donde está de manera completa y detallada la proporción de la información sobre el proyecto a realizar, se espera Aval comité técnico de trabajo de grado y Aval comité de ética.

Fase cuatro (4). Trabajo de campo

- Después de explicar el proyecto a las directivas del colegio, se da continuación con la recolección de los datos. Se explica la estrategia de educación en salud que se realizará a nivel virtual, (capacitación, conferencia) la unidad temática a desarrollar (desarrollo craneofacial, hábitos, y efectos), la

secuencia de instrucciones y el tiempo de desarrollo en el que se dará cada paso.

- Se realiza teleconferencia sobre el tema de la investigación a docentes de la institución de los grados tercero a quinto.
- Los docentes realizan formato tamiz de detección de hábitos orales en sus estudiantes, con comunicación continua con la estudiante.
- Se recibe tamizajes docentes
- Se comunica por vía telefónica y correo con los padres de familia de los niños detectados por los docentes.
- Se realiza teleconferencia con los padres de familia, de los niños detectados con hábitos orales por los docentes.
- Los padres realizan formato tamiz de hábitos orales en sus hijos, efectos, datos sociodemográficos y de historia del hábito con facilitación de la investigadora por videollamada.
- Se realiza recolección de datos de cada uno de los niños con cita previa por parte de la investigadora por medio de video llamada.
- Se recibe tamizajes padres.
- Investigadora corrobora datos proporcionados por docentes y padres de familia de los niños detectados de tercero a quinto, sobre el hábito y sus efectos, y se evidenciará si dicha estrategia de educación en salud proporcionó los resultados esperados, de esta manera se mide la variabilidad y veracidad de las respuestas.

Fase cinco (5). Análisis y resultados

- Se describirán todos los hallazgos suministrados por los docentes, padres e investigadora sobre los hábitos en un programa Excel.
- Se describirán los datos de historia y efectos del hábito realizado por los padres de familia.
- Después se realizará el análisis de los datos recolectados en Excel y Epi Info, por medio de datos tabulados, tablas dinámicas y gráficas, para el desarrollo de los resultados pertinentes y de esta manera medir la variabilidad y veracidad
- Realización de informes individuales de los niños objeto de estudio, con los hallazgos de la investigadora.
- Entrega de resultados al colegio y universidad correspondientes a los objetivos del estudio planteado.

Sustentación trabajo de grado.

3.8 VARIABLES

Cuadro 1. Variables dependientes e independientes

DEPENDIENTES			
DENOMINACION	NATURALEZA TIPO DE CATEGORIA (medición)	RESPUESTA	OBJETIVO
Edad en años cumplidos (estudiantes de tercero a quinto)	Cuantitativa Razón	6 7 8 9 10 11	2
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Femenino masculino	2
Etnia o raza	Cualitativa Politémica	Mestizo Blanco Afro	2
Estrato	Cualitativa Ordinal	1-2 3-4 5-6	2
Escolaridad - grado	Cuantitativa Politémica	Primaria 3-1, 3-2, 3-3, 3-4 4-1, 4-2, 4-3, 4-4 5-1, 5-2, 5-3, 5-4	2
Lugar de nacimiento	Cualitativa Politémica	Ciudad Pueblo	2
INDEPENDIENTES			
DENOMINACION	NATURALEZA TIPO DE CATEGORIA (medición)	RESPUESTA	OBJETIVO
Presencia de hábitos orales	Cualitativa Dicotómica	Si no	1-3
Tipo de hábito oral	Cualitativa Politémica	Respiración oral Succión digital(dedo) Mordedura de	1-3

		Onicofagia (comerse las uñas) Queilofagia (morder labio) Succión lingual Interposición lingual	
Cuanto tiempo obtuvo lactancia materna exclusiva	Cualitativa Politómica	0 a 2 meses 0 a 4 meses 0 a 6 meses 0 a 12 meses Más del año	1-3
Tiempo del tetero o chupo	Cualitativa Politómica	0 a 2 meses 0 a 4 meses 0 a 6 meses 0 a 12 meses Más del año	1-3
Alimentación consistencias habituales	Cualitativa Politómica	Líquidas Blandas Espesas Duras	1-3
Frecuencia del hábito	Cualitativa Politómica	Lugar (Colegio Casa otros) Veces en el día (1 a 5 – 6 a 12 – más)	1-3
Duración del hábito	Cualitativa Politómica	Tiempo en minutos – horas (30min a 1 hora - 2 a 4 – 5 a 7 – 8 a 10 – más)	1-3
Tipo facial	Cualitativa Politómica	Alargada Redonda Cuadrada	1-3
Forma del ápex de la lengua	Cualitativa Politómica	Punta Redonda Corazón	1-3
selle labial en reposo	Cualitativa Dicotómica	Competente Incompetente	1-3

Dificultad articulatoria (comente errores al pronunciar)	Cualitativa Dicotómica	Si No	1-3
Al succionar saca la lengua o la adosa al pitillo	Cualitativa Dicotómica	Si No	1-3
Masticación adecuada (deja ver la comida cuando mastica)	Cualitativa Dicotómica	Si No	1-3
Masticación completa (mastica alimentos duros tipo carne varias veces)	Cualitativa Dicotómica	Si No	1-3
Al tragar pone la lengua contra los dientes superiores o entre los dientes	Cualitativa Dicotómica	No Si Contra paladar Entre dientes Contra dientes	1-3

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Principio de autonomía: Las directivas avalarán el proyecto y darán autorización para que se realice el trabajo de campo en su institución con su grupo docente.

Se tendrá en cuenta la aceptación de los docentes, estudiantes y padres, como responsables y libres para tomar decisiones, se entregará consentimiento parental para padres, consentimiento informado para docentes y asentimiento informado para los niños. donde se aclare el proceso evaluativo a seguir, garantizando un buen manejo de la información recolectada, y la voluntariedad de retiro del estudio si lo considera pertinente.

Principio de beneficencia: Este proyecto proporciona beneficios a docentes, padres y niños, en procesos de promoción y prevención

Forma de labio superior	Cualitativa Politómica	Fisurado Corto Grueso Delgado Forma de pico normal	1-3
Forma de labio inferior	Cualitativa Politómica	Evertido Invertido Corto Grueso Delgado normal	1-3
Ojeras	Cualitativa Dicotómica	Si no	1-3
Maloclusión- dientes mal posicionados, apiñamiento o separación	Cualitativa Dicotómica	Si no	1-3
Compensación con mentón	Cualitativa Dicotómica	Si no	1-3
Modo de respiración	Cualitativa Politómica	Oral Nasal Mixta	1-3
Tipo de respiración	Cualitativa Politómica	Clevicular (superior) Media (Diafragmática) Inferior (moviendo su abdomen)	1-3
Alteración en la postura corporal	Cualitativa Dicotómica	Si No	1-3
Cambia de posición muchas veces, se para de la silla, se eleva	Cualitativa Dicotómica	Si No Cual	1-3

secundaria, detección de hábitos orales, efectos secundarios, por medio de la estrategia de educación virtual. A los docentes que se les brindará conocimientos, que les permita la continuidad de la detección de los hábitos orales en sus estudiantes y trascender a los padres de familia. Se beneficiará a los niños seleccionados con hábitos orales porque se facilitarán sus procesos de desarrollo facial e intraoral y funciones estomatognáticas y a los padres de familia que minimizarán tiempo en remisión a especialistas y costos.

Principio de justicia: El trato será bajo los parámetros de respeto, equidad, igualdad de condiciones. Se les explicará la totalidad de la prueba, se le dará respuesta a cada una de sus inquietudes y se utilizarán todas las normas estrictas de bioseguridad y canales de comunicación previos con su explicación para su fácil acceso.

Principio de no maleficencia: Se tendrá en cuenta que la información desplegada sea verídica y que los datos y resultados no pongan en riesgo la salud mental, física, moral, ni ahora ni a futuro de los pacientes escogidos para la investigación, reuniendo los datos necesarios para hacer válido su procedimiento.

3.10 INSTRUMENTOS

INSTRUMENTOS APLICADOS PARA OBTENER PERMISOS

- Consentimientos informados virtuales para los docentes.
- Los asentimientos informados virtuales formato para que los estudiantes acepten de manera voluntaria la participación.
- Los consentimientos parentales virtuales los cuales tienen información sobre el proyecto de investigación y da la autorización de los padres para que sus hijos sean parte de este proyecto.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

- Conferencia virtual de hábitos orales a docentes del colegio centro educativo industrial Luis Madina.
- Conferencia virtual de hábitos orales a los padres de familia de los niños detectados.
- Una ficha tamiz de detección de hábitos orales y efectos para docentes, padres e investigadora (con la que se mirara la variabilidad).
- Rejilla de caracterización sociodemográfica, funciones estomatognáticas, efectos e historia del hábito oral.

4. RESULTADOS

Tabla No.1: Docentes capacitados

DOCENTES	GRADO	%
Docente 01	3-1	10%

Docente 02	3-2	10%
Docente 03	3-3	10%
Docente 04	3-4	10%
Docente 05	4-1	10%
Docente 06	4-2	10%
Docente 07	4-3	10%
Docente 08	5-1	10%
Docente 09	5-2	10%
Docente 10	5-3	10%
Total general	10	100%

La tabla No. 1. Docentes capacitados muestra los 10 docentes titulares de grupo de tercero a quinto, cada docente equivale a un 10% de la población total, para un total de 10 docentes capacitados, correspondiente al 100% de la población capacitada.

Tabla No.2: Padres de familia capacitados

PADRES DE FAMILIA	GRADO	%
4 padres	Grado 3-1	14%
3 padres	Grado 3-2	10%
3 padres	Grado 3-3	10%
5 padres	Grado 3-4	17%
3 padres	Grado 4-1	10%
6 padres	Grado 4-3	21%
3 padres	Grado 5-1	10%
2 padres	Grado 5-3	7%
Total general	29	100%

La tabla No. 2. Padres de familia capacitados, muestra los padres de familia capacitados por cada

el grado, cada uno equivale a un 3%, para un total de 29 personas capacitadas posteriormente contactadas, correspondiente al 100% de la población objeto de estudio.

Tabla No.3: Datos sociodemográficos (brindados por los padres)

SEXO	DETECTADOS	%
FEMENINO	7	28%
MASCULINO	20	72%
TOTAL	27	100%
EDAD		
7	1	4%
8	14	52%
9	3	11%
10	9	33%
TOTAL	27	100%
ETNIA/RAZA		
AFRO	6	22%
BLANCO	4	15%
MESTIZO	17	63%
TOTAL	27	100%
ESTRATO		
1	2	7%
2	11	41%
3	10	37%
4	3	11%
6	1	4%
TOTAL	27	100%
LUGAR DE NACIMIENTO		
CALI	21	78%
BOGOTÁ	2	7%
PALMIRA	2	7%
SOCORRO SANTANDER	1	4%
TUMACO	1	4%
TOTAL	27	100%
ESCOLARIDAD		

3	15	52%
4	9	31%
5	5	17%
TOTAL	27	100%

La Tabla No. 3. Datos sociodemográficos muestra los datos más relevantes según lo referido por los padres en cuanto a la cantidad de niños por sexo, se encontró mayor cantidad de sexo masculino con 20 niños representando el 78%, respecto a la edad se identifica 14 niños de 8 años, el 52%. En relación la etnia o raza 17 son mestizos representando en mayor cantidad con el 63%.

En cuanto a el estrato se pude ver que el 78% está entre el estrato 2 y 3, correspondiente a 21 niños, de los estratos 1, 4, 6 se encuentran 6 niños correspondientes a un 22%, lugar de nacimiento en la ciudad de Cali con 21 niños equivalente a un 78%, Bogotá y Palmira con 2 niños cada una correspondiente al 14%, Socorro- Santander y Tumaco con 1 niño cada una, equivalente al 8%. La escolaridad, muestra que en los grados terceros presentan mayor cantidad con 15 niños detectados equivalente al 52%, los grados cuartos 9 niños, equivalente al 31% y quinto grado con 5 niños equivalente al 17% del total de la población correspondiendo al 100%.

Tabla No.4: Historia del hábito oral – lugar y frecuencia, según los padres de familia

LUGAR EN QUE REALIZA EL HÁBITO	CANTIDAD	%
--------------------------------	----------	---

COLEGIO Y CASA	24	89%
SOLO CASA	2	7%
SOLO COLEGIO	1	4%
TOTAL	27	100%

FRECUENCIA DEL HÁBITO		
1 a 3 VECES AL DÍA	4	15%
4 a 6 VECES AL DÍA	7	26%
7 a 9 VECES AL DÍA	3	11%
10 o MÁS VECES AL DÍA	13	48%
TOTAL	27	100%

DURACIÓN DEL HÁBITO		
0 a 1 HORA	6	22%
2 a 4 HORAS	6	22%
5 a 7 HORAS	4	15%
8 a 10 HORAS	3	11%
MÁS DE 10 HORAS	8	30%
TOTAL	27	100%

La Tabla No. 4. Historia del hábito oral – lugar y frecuencia según los padres de familia muestra 24 niños realizan el hábito en ambos lugares (colegio y casa), correspondiendo al 89%, la frecuencia de hábito se identificó en mayor proporción de 10 veces o más al día con 13 niños, correspondiente al 48%, seguido de 4 a 6 con 7 niños correspondiente al 26% para continuar con de 1 a 3 veces al día con 4 niños, correspondiente al 15% y finalizando con 7 a 9 veces al día con 3 niños correspondiente al 11%.

Se preguntó cuánto tiempo aproximadamente veían a sus hijos realizando el hábito a lo que respondieron en mayor proporción más de 10

horas al día con 13 niños, correspondiente al 30% de la población total de objeto a estudio.

Tabla No.5: Historia del hábito - la alimentación de los niños según los padres de familia

TIEMPO DE LACTANCIA	CANTIDAD DE NIÑOS	%
0 a 2 MESES	1	4%
0 a 4 MESES	1	4%
0 a 6 MESES	6	22%
0 a 8 MESES	1	4%
0 a 12 MESES	4	15%
MAS DE 12 MESES	8	30%
MAS DE 24 MESES	3	11%
NO	3	11%
Total general	27	100%
TIEMPO DE TETERO	CANTIDAD DE NIÑOS	%
0 a 2 MESES	1	4%
0 a 8 MESES	1	4%
0 a 10 MESES	2	7%
0 a 12 MESES	6	22%
MAS DE 12 MESES	9	33%
MAS DE 24 MESES	2	7%
NO	6	22%
Total general	27	100%
TIEMPO DE CHUPO	CANTIDAD DE NIÑOS	%
0 a 6 MESES	1	4%
0 a 12 MESES	2	7%
MAS DE 12 MESES	1	4%
NO	23	85%
Total general	27	100%
ALIMENTACIÓN, LIQUIDA	CANTIDAD DE NIÑOS	%
SI	27	100%
Total general	27	100%
ALIMENTACIÓN SEMIBLANDA	CANTIDAD DE NIÑOS	%

OCASIONAL	1	4%
SI	26	96%
Total general	27	100%
ALIMENTACIÓN, BLANDA	CANTIDAD DE NIÑOS	%
OCASIONAL	1	4%
SI	26	96%
Total general	27	100%
ALIMENTACIÓN, DURA	CANTIDAD DE NIÑOS	%
NO	1	4%
OCASIONAL	7	26%
SI	19	70%
Total general	27	100%
SACA LENGUA AL SUCCIONAR	CANTIDAD DE NIÑOS	%
NO	26	36%
SI	1	4%
Total general	27	100%
DEJA VER LA COMIDA	CANTIDAD DE NIÑOS	%
NO	21	78%
SI	6	22%
Total general	27	27%
MASTICA COMPLETAMENTE	CANTIDAD DE NIÑOS	%
NO	10	37%
SI	17	63%
Total general	27	100%

La tabla No. 5. Historia de hábito - la alimentación de los niños según los padres de familia muestra que la mayoría de las madres lactaron hasta más de los 12 meses, con una cantidad de 8 niños, correspondiente al 30%, seguido de la lactancia hasta de 0 a 6 meses con 6 niños, correspondiente

al 22%, luego de 0 a 12 meses en 4 niños, correspondiente al 15%, 3 niños de 24 meses o más correspondiente al 11%, al igual que los que no obtuvieron leche materna. El tiempo del tetero 11 niños más de los 12 meses con el porcentaje más alto de 40%, en cuando al chupo a 23 niños no les dieron, esto correspondiente al 85%.

En la alimentación según las consistencias se encontró que el 100% de la población consume líquidos, el 96% también semiblandos, así como el 96% consume blandos, pero en cuanto a consistencias duras el 4% no las consume, el 26% ocasionalmente y el 70% de la población no refiere dificultad o disgusto por este tipo de alimentos, a excepción de un niño que presenta problemas de salud.

Datos adicionales los 26 niños no tienen problemas al succionar (no sacan la lengua), correspondiendo al 96%, 21 niños no dejan ver la comida, correspondiente al 78% y 17 niños mastican completamente, correspondiente al 63%, todo lo anterior equivalente al 100% de la población objeto de estudio.

Tabla No.6: Comparación de los tipos de hábitos según los 3 tamizajes

TIPO DE HÁBITO	DOCENTE	%	PADRES	%	INVESTIGADOR	%	VARIACION de docentes-investigador	VARIACION de padres-investigador
INTERPOSICION LINGUAL	4	8%	2	6%	2	5%	50%	0%
MORDEDURA DE OBJETOS	16	1%	9	5%	16	7%	0%	-78%
ONICOFAGIA	9	7%	13	6%	11	6%	-22%	15%
QUEILOFAGIA	6	2%	1	3%	1	2%	83%	0%
RESPIRACION ORAL	9	7%	8	2%	9	1%	0%	-13%
SUCCION DIGITAL	5	0%	3	8%	3	7%	40%	0%
SUCCION LINGUAL	3	6%	0	0%	1	2%	67%	NA
TOTAL	52	0%	36	0%	43	0%	17%	-19%

La Tabla No. 6. Comparación de los tipos de hábitos según los 3 tamizajes muestra los tipos de hábitos hallados en su totalidad, midiendo la estrategia de educación de la investigación al realizar la variabilidad en porcentaje con las respuestas docente - investigador y padres – investigador. La variabilidad permite datos más precisos en la información, cabe resaltar que las respuestas negativas dan a conocer que dijeron menos cantidad de lo que el investigador identifico y si son positivas dijeron más, las marcadas con N/A significa que no aplica debido a que no se refirió ningún dato en ese ítem.

Se encontró mayor diferencia en hábitos como mordedura de objetos correspondiente al -78% padres – investigador y queilofagia correspondiente al 83% docente – investigador. Los hábitos orales y efectos hallados y corroborados en esta población son satisfactorios con una variabilidad total de 17% con docentes y -19% con padres de familia. Se estipula futuros estudios (evaluación-tratamiento) para su exactitud al poder retomar la presencialidad.

Tabla No.7: Comparación de efectos de los hábitos orales identificados en cada tamizaje

EFFECTOS	D O C E N T E	P A D R E S	INVE STIG A D O R	VARIA CION docente - investigador	VARIA CION padre- investigador
TIPO FACIAL					
ALARGADA	1 0	37 %	8 30 %	9 33%	10% -13%
CUADRADA	8	30 %	2 7%	5 19%	38% -150%
NORMAL	9	33 %	1 63 %	13 48%	-44% 24%
TOTAL	2 7	100 %	2 7	100 %	27 100 % 0% 0%
SELLE LABIAL					
COMPETE NTE	1 2	44 %	1 3	48 13	48% -8% 0%
INCOMPETENTE	1 0	37 %	1 4	52 14	52% -40% 0%
NO REFIERE	5	19 %	0%	0%	100% NA
TOTAL	2 7	100 %	2 7	100 %	27 100 % 0% 0%
MAL POSICIONAMIENTO DENTAL					
SI	5	17 %	1 7	63 17	70% -240% 0%
NO	1 7	59 %	7 26 %	7 19%	59% 0%

MUDANDO	0	0%	3	11 %	3	11%	NA	0%
NO REFIERE	5	17 %	0	0%	0	0%	100%	NA
TOTAL	2 7	100 %	2 7	100 %	27 100 %	100 %	0% 0%	0% 0%
OJERAS								
SI	7	24 %	1 1	41 %	12	44%	-71%	-9%
NO	1 5	52 %	1 6	59 %	15	56%	0%	6%
NO REFIERE	5	17 %	0%	0%	0%	0%	100%	NA
TOTAL	2 7	100 %	2 7	100 %	27 100 %	100 %	0% 0%	0% 0%
ALTERACION EN LA POSTURA								
SI	6	22 %	1 4	52 %	21	78%	-250%	-50%
NO	2 0	74 %	1 3	48 %	6	22%	70%	54%
NO REFIERE	1	4%	0	0%	0	0%	100%	NA
TOTAL	2 7	100 %	2 7	100 %	27 100 %	100 %	0% 0%	0% 0%
CAMBIA MUCHO DE POSICION								
SI	1 5	56 %	1 5	56 %	17	63%	-13%	-13%
NO	1 1	41 %	1 2	44 %	10	37%	9%	17%
NO REFIERE	1	4%	0	0%	0	0%	100%	NA
TOTAL	2 7	100 %	2 7	100 %	27 100 %	100 %	0% 0%	0% 0%
MODO RESPIRATORIO								
NASAL	9	33 %	1 3	48 %	12	44%	-33%	8%
ORAL	2	7%	5	19 %	5	19%	-150%	0%
MIXTA	1 2	44 %	9	33 %	10	37%	17%	-11%
NO REFIERE	4	15 %	0	0%	0	0%	100%	NA
TOTAL	2 7	100 %	2 7	100 %	27 100 %	100 %	0% 0%	0% 0%

La Tabla No. 7. Comparación de los efectos de los hábitos orales, muestra la totalidad y variabilidad en los tres tamizajes, verificando la similitud o diferencia en la cantidad de respuestas docente - investigador y padres – investigador.

5. DISCUSIÓN.

En el tipo facial la mayor diferencia se encuentra en el tipo cuadrada correspondiente a -150% padres – investigador y en tipo facial normal con los docentes – investigador correspondiente de -44%. En el selle labial, la incompetencia labial docentes – investigador corresponde a una diferencia de -40%, en el mal posicionamiento dental se evidencio amplia variabilidad con respecto a la respuesta de los docentes correspondiente al -240% en la respuesta “si” y una concordancia total con padres de familia.

La presencia de ojeras presenta variabilidad del -71% docentes – investigador en la respuesta “si”. La alteración de postura docentes – investigador del -250% en la respuesta “si” y padres – investigador un 70% en la respuesta “no”, en el caso del cambio de posición constante se encuentran variabilidades bajas. Las características en cuando a modo respiratorio oral se encuentra variabilidad en docentes – investigador correspondiente al -150%.

Todo lo anterior reitera y da muestra de las cantidades en porcentajes según la variabilidad de los tamizajes realizados por docentes y padres en comparación con las respuestas de la investigadora, correspondiente a un 100% de la población objeto de estudio.

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se llevó a cabo la metodología planteada en su totalidad. Se capacitaron 10 docentes y 29 padres de familia, se excluyeron de la muestra total a 2 docentes por no reportar los datos, 2 padres de familia que no reportaron hábitos en sus hijos, por lo tanto 2 estudiantes que no fueron reportados por sus padres. Se buscaron estudios, artículos, investigaciones y referencias bibliográficas sobre temas relacionados para hacer correlaciones con los resultados arrojados por la presente investigación.

Este proyecto se plantea a nivel virtual, debido a todos los cambios a nivel mundial, respecto al Covid 19, la tecnología y el internet han tomado aún más valor, siendo de vital importancia para dar cumplimiento a los objetivos planteados, ya que se utilizaron diferentes recursos tecnológicos, muy relacionado con el artículo: “El Internet como fuente de información sobre la salud” donde se desarrollan conceptos, claridades, relaciones entre el internet y la tecnología; estos factores unidos han ampliado barreras insospechadas a la capacidad humana con cada vez menos limitaciones de espacio y tiempo (22), para aprender y compartir información en mayor proporción, ampliando oportunidades de acceso generando una realidad virtual como lo plantea Nieto (23), en el artículo “Educación virtual o virtualidad de educación”.

Lo anterior, se relaciona con la metodología usada en la presente investigación, ya que se utilizaron medios virtuales, internet, plataformas, acceso telefónico, para brindar la información relacionada con el desarrollo craneo facial, funciones estomatognáticas, hábitos orales y sus efectos, logrando capacitar mediante conferencias, diálogos, entrevistas virtuales, como estrategias de educación en salud a la población de docentes y padres de familia. Este recurso tecnológico es un aspecto fundamental para realizar procesos de educación desde diferentes áreas con diversidad de población, en este caso con aquellos docentes quienes veían a sus estudiantes de manera representativa para brindar conocimiento educativo y apoyo en dificultades de aprendizaje, como lo corrobora el artículo “Competencias que configuran el perfil del docente de primaria” (24), dando énfasis al concepto de formación de competencias instrumentales (dominio de los conocimientos y herramientas necesarias para desarrollar el ejercicio de práctica educativa) y competencias sociales o afectivas (saber colaborar, mostrar entendimiento interpersonal y regular constructivamente la dimensión socioafectiva), con la posibilidad de establecer un recurso evaluativo para medir el nivel de competencia logrado con docentes, padres de familia y estudiantes.

Al obtener los permisos por parte del colegio y lograr la participación docente para capacitarse y aportar elementos valiosos para el presente

estudio, se buscó que adquirieran la capacidad para detectar hábitos orales y sus efectos, no solo para el evento inmediato, sino para los estudiantes que tendrán posteriormente a su cargo. Las expectativas de la investigadora se cumplen, ante la estrategia llevada a cabo, lo que en conjunto muestra el conocimiento adquirido del docente y su compromiso para brindar ayuda en la salud de los niños e informar a los padres en el momento en que sean detectados.

De esta manera se creó la necesidad de analizar a la población de estudiantes, mediante la detección realizada por los docentes, corroborada por los padres de familia, determinando las características a nivel de las estructuras faciales, orales, sus funciones estomatognáticas (succión, masticación, deglución, respiración y articulación), hábitos orales y los efectos, determinando confiabilidad en los resultados obtenidos en la educación en salud de la población capacitada.

En la década de los 90, se llevaron a cabo en América Latina iniciativas de educación en salud, mostrando un panorama con respecto a la formación de personas con estudios fundamentados y estrategias vinculadas al bienestar propio y del entorno, abarcando el contexto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad asociados a fundamentos fisiológicos y teóricos (25). En el artículo “La promoción de la salud general y la salud oral: una

estrategia conjunta” (26), este nos menciona que Brasil puede ser uno de los pocos países latinoamericanos con resultados poblacionales en salud oral prevista por el estado, pero aún así esto no refleja la forma de trabajo de los odontólogos y continúa privilegiando la atención individual por ende una baja cobertura poblacional.

Los estudios anteriores y el presente concuerdan al decir que al hacer tratamiento oportuno reduce complicaciones y costos, además de que el conocimiento brindado de manera global y luego personalizada fortalece vínculos de manera integral y social en la comunidad, con intercambios de colaboración para la adquisición de una vida saludable, relacionando sus conocimientos previos con terminología específica. Los participantes mostraron agradecimiento por haber hecho que la fonoaudiología expandiera sus conceptos y la posibilidad de detectar los factores de riesgo en las personas de su entorno, favorecer su bienestar tanto en salud oral, facial y corporal, al promover información que permitiera ampliar su conocimiento en salud para futuras detecciones.

Cabe resaltar que las enfermedades presentadas en la mayoría de los artículos son detectadas por los agentes de salud a diferencia de este estudio donde la información es obtenida por docentes y corroborada en su totalidad por las madres de los menores, como en el siguiente artículo “Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos”

(27), allí se hace entrevista a los acudientes quienes relatan características de la importancia de la salud oral e identifican los daños causados por factores como el mal cepillado, entre otras, formando un reconocimiento de los buenos y malos hábitos, para así proporcionar estímulos positivos o negativos a sus hijos (esto sin haber obtenido ninguna clase de información previa), acertando en el manejo conductual así como se realiza en técnicas del área miofuncional.

Para la recopilación de información individual se diseñaron unos formatos tamiz, siendo así como se obtuvo datos sociodemográficos, estructuras y funciones orofaciales, posición corporal, alimentación, hábitos orales y sus efectos en los niños de tercero a quinto de un colegio de Cali, y se relaciona de manera directa con el artículo “Educación para la Salud en niños con hábitos bucales deformantes” (28), donde demuestran el origen del sistema muscular, el desarrollo de estructuras a nivel facial, funciones de manera adecuada e identificar las alteraciones; realizaron un estudio descriptivo prospectivo, con intervenciones en niños de 5 a 10 años, que asistieron a la consulta de Ortodoncia en un municipio, con el objetivo de evaluar, aplicaron una estrategia de corte educativo encaminado al abandono de hábitos y su prevención, coincidiendo en la búsqueda del bienestar por medio de la información y detección de situaciones nocivas.

Ambos estudios abordaron la manera de evaluación o intervención haciendo una visión dirigida a población infantil, para identificar en primera instancia aspectos generales (sexo, edad, escolaridad, estrato), y después entrar a actuar desde factores que impulsen el bienestar, con apoyo de los docentes, padres o profesionales, desarrollando más allá de los aspectos clínicos un trabajo educativo con la meta de mejorar la salud. Así mismo en el artículo llamado “La evaluación del impacto en la salud para la promoción, la educación y el aprendizaje en este campo” (29), en el cual mencionan escenarios basados según el propósito de cada investigación permitiendo que se realicen cambios encaminados a aumentar posibles beneficios para el individuo. De tal manera se une a la idea de que las experiencias enriquecen el conocimiento y plantea diversas oportunidades para promover la salud y prevenir la enfermedad en diferentes contextos y desde varias áreas.

Los resultados de esta investigación muestran en porcentaje, la confiabilidad en el aprendizaje de la población al lograr responder los tamizajes con la similitud o variabilidad hallada por docente - padre e investigador. Lo que permitió abrir campos desde el área miofuncional en la institución abordada, haciendo referencia desde unas condiciones puntuales que pueden afectar la armonía oro facial de los niños, creando interés docente y familiar, minimizando la continuidad de sus hábitos orales y permitiendo la posibilidad de

buscar profesionales que faciliten el seguimiento del proceso.

Es importante mencionar que los artículos “Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares” (30) y “Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos” (31), reiteran que los hábitos se pueden dar en cualquier edad y esas acciones repetitivas son perjudiciales, el factor común en todas estas investigaciones es la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, la queilofagia, la respiración oral y la mordedura de objetos, con efectos secundarios que se dan a nivel facial, corporal y comportamental.

Además los hábitos orales nocivos se presentan con una importante prevalencia y a menudo se asocian con anomalías oclusales como lo muestra el estudio “Prevalencia de anomalías y hábitos bucales nocivos oclusales en una población de 3 a 13 años” (32), donde 130 de 381 niños presentan mal posicionamiento dental y hábito oral a la vez, lo que se asemeja a este proyecto al detectar 17 de 27 niños que también lo presentan, se hallan dentro de los mismos rangos de edad y conservan conceptos sobre el trabajo interdisciplinar que se da para alcanzar avances positivos después de un hábito prolongado (33).

La detección por parte del conjunto de docentes, padres e investigadora de los hábitos más frecuentes en el colegio abordado, fueron

mordedura de objetos, equivalente al 37%, la onicofagia, equivalente al 26% y la respiración oral con 21% de la población objeto de estudio, se relaciona también con los más reiterativos a nivel de Colombia e incluso en otros países como Venezuela y México (34).

Por lo tanto, se logró obtener una concordancia de varios aspectos desde lo propio de la investigación, hasta una mirada más amplia en los estudios que apoyan la educación como medio de información de salud o enfermedad, dando abordaje tanto al sujeto de estudio, como a medir el conocimiento brindado a docentes y padres familia, siendo ellos quienes realizaron los hallazgos, con visión desde el profesional de fonoaudiología, además de reconocer otras remisiones en las áreas de lenguaje, audición y de manera interdisciplinar con profesionales como odontólogos y otorrinos, con casos puntuales que necesitan de su evaluación.

Los participantes de la investigación lograron darse cuenta de que los hábitos orales son causantes de múltiples alteraciones físicas y comportamentales, siendo sus datos contrastados con los de la investigadora, formando hallazgos con similitud de cantidades y variabilidad de porcentaje de 17% en los resultados de tamizaje docentes - investigador y del -19% de padres – investigador, lo que permitió afirmar la efectividad de la educación virtual y ver falencias

precisas en cada ítem de respuesta por otros aspectos diferentes al medio tecnológico.

Los anteriores estudios complementan y sustentan la importancia de este tipo de investigaciones, corroborando que la información de los niños de tercero a quinto que se buscaba en los objetivos se encontró, se corroboró y se comprobó, lo cual fue planteado de manera específica en los resultados de la presente investigación, finalizando el estudio de manera satisfactoria, con la recepción y respuestas alusivas al formato tamiz de detección de niños con hábitos orales. Los 8 docentes, detectaron 29 niños y 27 de ellos fueron confirmados por sus padres. La Investigadora corrobora datos de estos 27 niños y se deduce que el 100% de ellos presentan hábitos orales y efectos secundarios. A razón de esto se puede manifestar que se requiere continuar con estrategias de educación en salud para detección temprana de hábitos orales y disminuir la posibilidad de daños anatómicos, dificultades en las funciones estomatognáticas y de comportamiento por estos motivos.

6. CONCLUSIONES

La estrategia de educación virtual de hábitos orales y sus efectos, surgió el resultado esperado, desde el objetivo uno, ya que de 10 docentes titulares de los grados tercero a quinto, a quienes se les brindó la capacitación por medio de una

teleconferencia, explicando las estructuras orofaciales, las funciones estomatognáticas, las características de los hábitos orales y sus efectos, 8 lograron la detección de los estudiantes dando respuesta al formato tamiz.

La participación fue muy activa e interactiva con de cada uno de los docentes, porque contaron sus experiencias y opiniones sobre el tema proporcionado, se resolvieron dudas y se explicó cada punto del formato tamiz que se realizó, 2 de los docentes expresaron su preocupación debido a que no habían tenido contacto presencial y desconocían a los integrantes de su salón ya que habían sido asignados poco tiempo antes de empezar la cuarentena por el Covid -19, esto les impidió participar, ya que era indispensable reconocer a los estudiantes para su posterior detección. Se requiere que los docentes conozcan a sus estudiantes para poder hacer detecciones asertivas.

Finalmente en el proyecto participaron 8 docentes, respondieron el formato, quienes a su vez refieren 29 niños con hábitos; de los 29, 2 padres de familia capacitados refieren que sus hijos no tenían ningún tipo de hábito oral siendo el 7% de la población. Se cumplió con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, logrando una población de estudio correspondiente al 93% para la finalidad de la investigación realizada. Es fundamental el interés de los padres de familia al

recibir la capacitación para obtener el efecto esperado.

En la caracterización sociodemográfica, se encuentra sexo masculino el 72% de la población total, sexo femenino corresponde al 28%, nivel de escolaridad el 52% tercero, 31% cuarto y el 17% quinto, las edades encontradas fueron de 4% 7 años, 52% 8 años, 11% 9 años y 33% 10 años, la etnia en mayor cantidad mestizo correspondiente al 63%. La mayoría de los niños corresponden a lugar de nacimiento en la ciudad de Cali representando el 78%, y otras ciudades como Bogotá y Palmira con el 7% cada una, en socorro y Santander con el 4% cada una, en cuanto a estrato el 7% estrato 1, 41% estrato 2, 37% estrato 3, 11% estrato 4 y 4% estrato 6. Se puede concluir que los datos permiten diversidad de respuestas.

Para los datos de alimentación e historia del hábito se retoma la información brindada por los padres de familia, encontrando que el 100% de la población consume líquidos, el 96% semiblandos, el 96% consume blandos, pero en cuanto a consistencias duras el 70% las consume, el 4% no y el 26% ocasionalmente, no refieren dificultad o disgusto por este tipo de alimentos, excepción de un niño que presenta problemas de azúcar y consume solo líquidos con suplementos alimentarios. Se concluye de manera puntual que los hábitos orales afectan el proceso de masticación y alimentación con sólidos y que el 96% prefiere alimentos blandos o semi blandos,

implicando poca fuerza y compromiso para desarrollo óseo muscular orofacial.

Se reconoce el lugar en el que los niños realizan los hábitos orales siendo el 89% en la casa y el colegio, el 7% solo en la casa y el 4% solo en el colegio, con frecuencia al día de 15% de 1 a 3 veces, 26% de 4 a 6 veces, 11% de 7 a 9 veces y 48% de 10 a más veces, duración de 22% de 0 a 1 hora, 22% de 2 a 4 horas, 15% de 5 a 7 horas, 11% de 8 a 10 horas y una mayor proporción con el 30% de 10 o más horas.

Es importante resaltar que se detectaron hábitos orales en esta población, de manera directa con sus efectos secundarios, por lo cual, puede ser adecuado empezar a hacer este tipo de ejercicios en grados escolares anteriores para identificar de manera más temprana.

Con relación a los datos corroborados por la investigadora con los datos docentes -padres para el objetivo número tres en los resultados sobre tipo facial se encuentra que el 33% es alargada o dólico facial, el 19% es cuadrada o braquio facial y el 48% es normal o meso facial, en cuanto a los órganos fonoarticuladores, con labios superiores 33% delgados, 7% gruesos y 59% normales y el labio inferior 15% delgados, 22% evertidos, 19% gruesos y 44% normales. Con coloración el 22% pálidos y el 78% rosados.

El 70% presento mala posición dental y apiñamiento, característica a la que los docentes no se fijan a profundidad ya que refieren al 19%, además de que el 11% está en etapa de recambio dentario datos desconocidos para el docente pero que los padres tienen claridad. En cuanto a la cavidad oral, el ápex de lengua 41% en punta y 59% redonda, relacionado a su vez con la posición de la lengua al deglutir, según lo que referían los padres y lo que alcanzó a observar la investigadora el 59% de los niños posiciona la lengua contra dientes, el 22% entre dientes lo que puede afectar la posición dental y el 19% lo realiza de manera adecuada contra paladar.

En el modo de respiración el 44% fue nasal, el 37% mixta y el 19% oral, con tipo respiratorio 92% medio o diafragmático, 4% superior o clavicular y 4% inferior o abdominal. La presencia de ojeras en el 44% las cuales se pueden relacionar de manera directa con la mayoría de la población con respiración oral o mixta. La dificultad articular se presentó en el 26% de la población total a estudio por docente y padres. Es de precisar que los hábitos orales, afectan el desarrollo facial, oral, y que surten efectos secundarios en toda la población detectada.

Al llegar al análisis de datos en relación, según su contraste o comparación con lo presentado por los docentes, lo referido por los padres y lo observado por la investigadora, se logró dar cuenta de la cantidad y tipos de hábitos de la población a

estudio por parte de los docentes fue 52 hábitos, lo que en relación da cuenta que un mismo niño no tiene tantos hábitos a la vez, como lo plantearon algunos docentes, o 36 que fueron los detectados por los padres, siendo 43 hábitos los corroborados por la investigadora. Se presenta significativamente acertado el tipo de hábito en relación docente - padre – investigador en los tres tamizajes para la investigación, se refleja la similitud de los datos, con una variabilidad de total de hábitos de 17% en tamiz docente – investigador y -19% en el tamiz padres de familia – investigador (tabla No.15), lo que demuestra el conocimiento aprendido en las conferencias brindadas. Se define claramente que la capacitación surgió resultados muy positivos relacionados con los hábitos y efectos que presentan los niños.

Al calcular los tipos de hábitos orales, encontrando en los tres tamizajes que los hábitos más frecuentes son la mordedura de objetos con el 31% del total en los docentes, el 25% en el de padres y 37% en el de la investigadora, la onicofagia con el 17% en el de los docentes, 36% en el de padres y el 26% en el de la investigadora, así como en la respiración oral representada en 17% tamiz docentes, 22% tamiz padres y 21%

tamiz investigadora, contando que son 7 hábitos estipulados, reflejando la coincidencia de los datos hallados para la investigación. Se concluye que este tipo de estrategias permitió identificar claramente los hábitos orales y su descripción.

De igual manera se demuestra la similitud de los hallazgos en los 3 tamizajes (tabla 16) en la parte de facies adenoideas (efectos), que más que identificarlas al adquirir el conocimiento, lograron compactar el tipo de hábito oral con sus respectivos efectos, así como reconocer falencias de los docentes y padres de familia en algunas respuestas, para próximos estudios relacionados; creando la necesidad de el rol del fonoaudiólogo en la institución para el desenvolvimiento de sus capacidades en todas las áreas.

Los datos hallados permitieron dar el informe al colegio para hacer los procesos correspondientes y dar por terminado la educación virtual, evidenciando los saberes en docentes y padres de familia con las funciones de fonoaudiología a nivel educativo desde el área de miofuncional, pero concatenando todos los conocimientos para brindar una salud integral en cada individuo y su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manns, FA. Sistema estomatognático: fundamentos clínicos de fisiología y patología funcional. Caracas: Amolca (Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas). 2013
2. Muller KR., Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2014; 25(2) 380. 388. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/medica/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf
3. Varela M, García P. Obstrucción de la vía aérea superior y deformidades dentofaciales. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2018*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018.
4. Flores KG, Giédre BF; Beltrati Cornacchioni MI., Queiroz MI. Orofacial myofunctional evaluation: MBGR protocol. *Rev. CEFAC*. 2009, vol.11, n.2, pp.237-255. ISSN 1516-1846. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462009000200009&script=sci_abstract
5. Aficaval. Terapia miofuncional. 2013. Disponible en: <http://www.alafina.es/wp-content/uploads/2013/06/TerapiaMiofuncional.pdf>
6. Bartuilli, M. Guía técnica de intervención logopédica: Terapia miofuncional. España: Síntesis. 2010
7. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1986.
8. Colimon K. Niveles de Prevención. 2010. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044..>
9. Vignolo J., Vacarezza m., Álvarez C., Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna. Prensa Médica Latinoamericana*. ISSN 0250-3816 2011. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
10. Enlow, D. Crecimiento maxilofacial (tercera ed.). Mexico: McGraw Hill. 1992
11. Ley 376 de 1997. Diario No. 43.079, de 9 de julio de 1997 Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. 1997. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105005_archivo_pdf.pdf.
12. Nekofigiarreico Kawaii N. Crecimiento, desarrollo y formación de la oclusión. *Salud y medicina*. 2014. Disponible en: https://es.slideshare.net/nekofa_giarreicoka

waiinijonjin/crecimiento-desarrollo-y-formacion-de-la-oclusion

13. Peñalara R. Terapia miofuncional. 2018 Disponible en: <https://cripenalara.com/terapia-miofuncional/>
14. Til, L. Tecnicas Miofaciales Avanzadas. Buenos Aires, Argentina: Journal. 2019
15. MINSALUD. Proceso de participacion para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: La experiencia de la Dirección de Promoción y Prevención. Bogotá D.C. Enero de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/participacion-promocion-salud-prevencion-enfermedad.pdf>
16. García Salabarría J. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Publica Cubana. Rev. Cubana Salud Pública 2006,32 (1): 07-15.
17. Magnífico G, Noceti C, Rodríguez N. Planificación de la Red Asistencial de ASSE. 2002.
18. León I, Herrera M. Atención Medica. Niveles de Atención En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. Montevideo, Fefmur 2008. p. 39-49.
19. Coronel Carbo J., Marzo Páez N. La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. Medisan vol.21 no.12 Santiago de Cuba dic. 2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200016
20. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundoglobalizado [internet]. Bangkok; 2009. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferencas/6gchp/BCHP_es.pdf
21. Sampieri Hernandez R., Fernandez Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de la investigación (sexta ed.). México: McGraw Hill Educación. 2014. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
22. Hernán García M., Toro Cárdenas S., Leralta Piñan O., Pérez Trigueros M., Carrasco Campos R., Lineros González C. El Internet como fuente de información sobre la salud: la visión de estudiantes de Andalucía, España. Global Health Promotion 1757-9759; Vol 22(1): 2014; 100–109; 536911.
23. Nieto, R. Educación virtual o virtualidad de educación. Revista Historia de la Educación Latinoamericana, vol. 14, núm. 19, 2012; pp. 137-150.

-
24. Valdemoros, M., Lucas, B. Competencias que configuran el perfil del docente de primaria análisis de la opinión del alumnado de Grado en Educación Primaria. 2014.
25. Arroyo H. Formación en promoción de la salud y educación para la salud en Antérica latina. Promoción y educación. Vol. VII. 2000. p. 19
26. Contreras, A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 9(2):193-202. 2016.
27. Vásquez, P. “Creencias y practicas de salud bucal de padres de párvulos” Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2015; 8(3):217-222.
28. Silva Contreras A.M., Díaz A., Trujillo Pérez B., Trujillo Otero P., Hernández Izquierdo A. Educación para la Salud en niños con hábitos bucales deformantes. 2009.
29. Harris Roxas B., O’Mullane M. La evaluación del impacto en la salud para la promoción, la educación y el aprendizaje en este campo. Global Health Promotion 1757-9759; Vol. 24(2): 78–79; 712806. 2017.
30. Parra I.S., Zambrano A.G. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revisión sistemática. Int. J. Odontostomat., 2018; 12(2):188-193.
31. Paredes, V., Gallardo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. 2009. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2119/science/article/abs/pii/S1695403305700527#aep-abstract-sec-id8>
32. Macho, V. “Prevalencia de anomalías y hábitos bucales nocivos oclusales en una población de 3 a 13 años”. Portugal. *rev port estomatol med dent cir maxilofac*. 2012; 53(3):143–147.
33. Moniz, M. Hábitos de succión no nutritivos, maloclusiones dentales y faciales morfológica en niños brasileños: un estudio longitudinal. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 51:121-127. 2010. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646289010700960>
34. Murrieta J. F., Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex., 68(1):26-33, 2011.