

Estudio primario

Medwave 2014;14(2):e5927 doi: 10.5867/medwave.2014.02.5927

Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años: estudio de casos y controles

Risk factors associated with deforming oral habits in children aged 5 to 11: a case-control study

Autores: Daniel Enrique Reyes Romagosa⁽¹⁾, María Rosa Paneque Gamboa⁽²⁾, Yamilka Almeida Muñiz⁽³⁾, Leticia María Quesada Oliva⁽⁴⁾, Damiana Escalona Oliva⁽¹⁾, Sonia Torres Naranjo⁽³⁾

Filiación:

⁽¹⁾Facultad de Ciencias Médicas de Granma, Cuba

⁽²⁾Policlínico Docente II Ángel Ortiz Vásquez, Cuba

⁽³⁾Clínica Estomatológica Municipal Manuel Sánchez Silveira, Cuba

⁽⁴⁾Policlínico Docente III René Vallejo Ortiz, Cuba

E-mail: dromagosa@ucm.grm.sld.cu

Citación: Reyes DE, Paneque MR, Almeida Y, Quesada LM, Escalona D, Torres S. Risk factors associated with deforming oral habits in children aged 5 to 11: a case-control study. *Medwave* 2014;14(2):e5927 doi: 10.5867/medwave.2014.02.5927

Fecha de envío: 22/1/2014

Fecha de aceptación: 24/3/2014

Fecha de publicación: 31/3/2014

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: Factores de riesgo, hábitos bucales deformantes, niños

Resumen

Introducción

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas. Los hábitos bucales incorrectos, deletéreos o deformantes son una de las más frecuentes. Debido a la cantidad de niños que acuden a consulta con maloclusiones, generadas en su mayoría por los hábitos bucales deformantes, se vuelve necesario el conocer los factores de riesgo para así reducirlos al máximo y evitar sus consecuencias. Este conocimiento puede ser muy útil para identificar los grupos de bajo y alto riesgo, así como para la prevención secundaria, cuando se cuenta con los medios de detección precoz y tratamiento.

Objetivos

Identificar los factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes, los que producen alteraciones de la oclusión, trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño, si es que se mantienen por largos períodos de tiempo.

Método

Se realizó un estudio de tipo caso control de niños afectados por hábitos bucales deformantes del municipio de Manzanillo, provincia Granma, en el periodo comprendido entre enero y agosto de 2013. Del total de niños entre 5 y 11 años del área se seleccionaron 540 menores, de ellos 180 con hábitos bucales deformantes que se examinaron en consulta a los que se les aplicó una encuesta para determinar el tipo de hábitos que practicaban. Los niños con hábitos deformantes constituyeron los casos y los otros 360 sin hábitos bucales deformantes constituyeron los controles. Se tomó 1 caso por cada 2 controles estudiados a partir de un muestreo aleatorio. A todas las madres de estos niños se les realizó una encuesta para obtener las demás variables necesarias para el estudio.

Resultados

Hubo predominio de niños con hábitos bucales deformantes en el sexo femenino. En la edad de 10 años predominó como hábito deformante la onicofagia. Se consideran condiciones de riesgo en la presencia de hábitos bucales deformantes variables socio biológicas de las madres y los niños como el bajo y sobre peso del niño al nacer, la no experiencia de lactancia materna exclusiva y la no armonía familiar.

Conclusiones

Se identificaron como factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes la armonía familiar, el peso del niño al nacer y la experiencia de lactancia materna.

Abstract

Introduction

Dental and maxillofacial anomalies have multiple and complex causes. Most frequent among these are poor oral habits. A large number of children present with oral malocclusions, most of which are caused by deforming oral habits. It is important to learn about risk factors for this condition in order to institute preventive measures, early detection and treatment, and identification of low- and high-risk groups.

Objectives

To identify risk factors associated with deforming oral habits, which, if maintained over time, are responsible for occlusion defects, speech disorders, and can affect physical and emotional child development.

Methods

A case-control study of children presenting with deforming oral habits in the municipality of Manzanillo in Granma province was conducted between January and August 2013. 540 children aged 5 to 11 were included of which 180 had deforming oral habits and were asked to fill out a survey to identify specific type of habits leading to malocclusion. The case group was composed of children with deforming habits, and the remaining 360 children without poor oral habits were the control group. Each case was randomly matched to two control cases. The children's mothers were also surveyed to gather supplemental information.

Results

Children with deforming oral habits were mostly female. At age 10, onychophagia was the predominant oral deforming habit. Risk factors detected for these habits were sociobiological maternal and child variables such as low and high birth weight, maternal breastfeeding inexperience, and discord in the family.

Conclusions

The study identified likely risk factors associated with deforming oral habits. These are discord in the family, birth weight, and lack of breastfeeding experience.

Introducción y objetivos

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas. Los hábitos bucales incorrectos, deletéreos o deformantes son una de las más frecuentes [1].

Los hábitos bucales deformantes se definen como la costumbre que se adquiere de un acto por su repetición frecuente. No son funcionales ni necesarios y hacen que actúen fuerzas no naturales sobre los dientes que pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales. Aparecen entre 56% y 75% de los niños y producen alteraciones del balance neuromuscular, discrepancia hueso diente, mordida cruzada posterior, anterior, mordida abierta anterior y pueden provocar desviaciones de la mandíbula [2],[3].

Con la lactancia materna exclusiva se disminuye el 50% de cada uno de los indicadores de anomalías dentomaxilofaciales que afectan la estética y la función dentofacial del niño [4],[5].

La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria. Asimismo, el reconocimiento de marcadores de riesgo puede ser extremadamente útil en la identificación de grupos de bajo y alto riesgo, así como para la prevención secundaria cuando están disponibles los medios de detección precoz y tratamiento rápido [1],[6],[7],[8],[9].

Los factores de riesgo no actúan aisladamente sino en conjunto y de manera interrelacionada, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su efecto nocivo para la salud. Se tienen cálculos de la acción combinada de los

factores de riesgo que muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos. En consecuencia, la evaluación de un factor de riesgo será científicamente más aceptable si se consideran no sólo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés [1],[10],[11].

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes. Entre estos últimos se encuentran la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital), y uso de chupetes y biberones después de los 3 años pues antes de esta edad éstos se consideran normales. Los hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño [1],[12],[14].

La motivación para la realización de este estudio fue la cantidad de niños que acuden a consulta con maloclusiones, dadas en su mayoría por los hábitos bucales deformantes para las cuales debemos conocer los factores de riesgo y así poderlos reducir al máximo y evitar sus consecuencias.

Método

Bioética médica

En la fase de organización de la investigación se realizó una reunión con la Dirección Municipal y con el Consejo Científico para dar a conocer los objetivos de la investigación. A todos los pacientes y sus madres se les pidió su consentimiento de voluntariedad para participar en la investigación, previa información sobre la misma. Se les explicó que el estudio no constituye riesgo ni daño alguno para su salud y que deben estar aptos mentalmente (ver Anexo I).

Características generales de la investigación

Se realizó un estudio de tipo caso control de niños afectados por hábitos bucales deformantes, para identificar los factores de riesgo asociados a estos hábitos en el municipio de Manzanillo en el periodo comprendido entre enero y agosto de 2013. Del total de niños de 5 a 11 años del área se seleccionaron 540 menores. A los 180 niños con hábitos bucales deformantes que se examinaron en consulta, se les aplicó una encuesta para determinar el tipo de hábitos que practicaban. Los niños con hábitos deformantes constituyeron los casos y los otros 360, sin hábitos bucales deformantes, constituyeron los controles. A todas sus madres se les encuestó para obtener las demás variables, necesarias para el estudio. Se tomó 1 caso por cada 2 controles estudiados, a partir de un muestreo aleatorio.

Criterios de diagnóstico del niño con hábito bucal deformante: diagnóstico previo por parte del estomatólogo (autores).

Criterios de inclusión: niños de 5 a 11 años pertenecientes al área de salud del municipio de Manzanillo. Voluntariedad de participar en la investigación por parte del niño, los padres o tutores.

Criterios de exclusión: niños y padres con cualquier alteración mental que impida la obtención de la información necesaria.

Criterios de evaluación: para la realización del trabajo se conformaron dos grupos, estudio y control:

- **Grupo estudio:** conformado por 180 niños que presentaron algún hábito deformante y pertenecientes al área de salud, escogidos de forma aleatoria con el previo consentimiento de participar en la investigación. El método empleado fue la aplicación de una encuesta a la madre y el examen intraoral e interrogatorio al niño o niña.
- **Grupo control:** integrado por 360 niños pertenecientes al área de salud que no presentaron ningún hábito deformante, escogidos de forma aleatoria con el previo consentimiento de participar en la investigación. El método usado fue la aplicación de una encuesta a la madre y el examen intraoral e interrogatorio al niño o niña.

Variables y su operacionalización

A través de la encuesta se registraron los aspectos siguientes:

Edad de los niños cumplida en años: el límite inferior fue de 5 años y el límite superior de 11 años.

Edad: 5 años, 6 años, 7 años, 8 años, 9 años, 10 años, 11 años.

Sexo: se agrupó en sus dos categorías biológicas (masculina y femenina).

Hábitos deformantes, se consideraron los siguientes:

- Succión digital: succionarse uno o más dedos.
- Onicofagia: cortarse o comerse las uñas con los dientes.
- Lengua protráctil: proyectar la lengua entre los dos incisivos superiores para deglutir.
- Uso de chupetes y biberones: chupar tetes y alimentarse a través de biberones. Antes de los 3 años estos hábitos se consideran normales.

Se excluyó la respiración bucal, por necesitarse el diagnóstico del nivel secundario.

Dentro de las variables socio-biológicas de las madres y los niños relacionadas con la presencia de hábitos bucales deformantes, se tuvieron en cuenta:

Peso del niño al nacer, categorizado según lo planteado por Martínez Padrón M. [15]:

- Bajo peso al nacer: es aquel recién nacido que pesa menos de 2.500 gramos.
- Normo peso al nacer: es el recién nacido que pesa más de 2.500 gramos.

- Sobre peso al nacer: es aquel recién nacido que pesa más de 3.800 gramos.

Se consideró al peso y el sobre peso como factor de riesgo.

Lactancia materna, categorizándose en:

- Positiva: si los niños recibieron lactancia materna exclusiva los primeros 4 meses de vida.
- Negativa: si los niños no recibieron lactancia materna exclusiva los primeros 4 meses de vida, o si esta fue combinada o múltiple. Esta categoría se consideró como factor de riesgo.

Funcionamiento familiar, donde los aspectos recogidos en la encuesta respondieron a:

- Armonía familiar: el niño ha crecido en un ambiente familiar armónico.
- Discusiones entre familiares: el niño creció en un ambiente hostil, con discusiones entre sus padres, familiares y hasta vecinos.
- Crianza del niño por sus dos padres: el niño fue criado por ambos padres, en un ambiente familiar armónico.
- Crianza por su madre sola: el niño fue criado sin la presencia de un padre.
- Crianza por sus abuelos: el niño, independiente que viva con su madre o no, es guiado por sus abuelos o uno de ellos.

Se valoró un funcionamiento armónico cuando hay avenencia familiar en el hogar y el niño ha sido criado por ambos padres. Por el contrario, se consideró como no armónico el tipo de funcionamiento en que el niño fue criado sólo por su madre o por sus abuelos y existen discusiones entre familiares. El funcionamiento no armónico se señaló como factor de riesgo.

Técnicas y procedimientos

Recolección de la información. Para la realización de este estudio se llevó a cabo en las diferentes unidades (Centro de Información, Bibliotecas, búsquedas en Infomed, Google, otras), una revisión bibliográfica amplia con un óptimo nivel de validez científica sobre el tema en cuestión.

Además, se recogieron las variables edad, sexo y hábitos bucales deformantes de los niños examinados. Por último se confeccionó una encuesta (ver Anexo II) para las madres, en la que se recopilaron las variables de peso del niño al nacer, lactancia materna y el funcionamiento familiar.

Procesamiento y análisis. La información resultante de las observaciones se vertió en registros confeccionados para este efecto. Ello facilitó su procesamiento, el que se realizó utilizando una microcomputadora personal Pentium IV con sistema operativo Windows XP del cual se utilizó el paquete de programas Microsoft Office 2007 para elaborar el informe final.

Para identificar la condición de riesgo de las variables en estudio en relación a los hábitos bucales deformantes, se calculó primero el estadígrafo chi cuadrado. Luego, cuando se obtuvo la relación entre las variables estudiadas, se calculó el estadígrafo *Odds Ratio* para determinar la condición de riesgo de las diferentes características en estudio. El nivel de significación a usar fue el de $\alpha=0,05$.

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

Resultados

Se aprecia que en el sexo femenino predominó el hábito de succión digital con 44,3%, en el sexo masculino predominó la onicofagia con 48,2%, en el total de estos niños predominó la onicofagia con 42,8%.

Al analizar el peso del niño al nacer, predominó en ambos grupos el normo peso con 61,1% en los casos y 96,1% en los controles.

En el grupo de casos predominó la experiencia negativa de la lactancia materna con 61,7% y en el grupo de controles la experiencia positiva con el 83,9%.

El funcionamiento familiar de tipo no armónico predominó en los casos con 62,8% y en los controles el armónico con 92,5%.

En cuanto a las variables que se comportaron de manera no homogénea, se realizó el cálculo de *Odds Ratio* y se midió el grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad presente. Esto nos indica que el suceso se produce con una mayor frecuencia en los casos, en comparación a los controles. Un ejemplo claro es que en el funcionamiento familiar, los casos pueden presentar 20,8 veces más los hábitos bucales deformantes con respecto a los controles.

Discusión y conclusiones

Se coincide con el estudio realizado por Rodríguez González [5] donde predominó la succión digital, aunque no tuvieron en cuenta el sexo sino la edad. No hay concordancia con el estudio de Claudino y Traebert [6] donde demuestran que el hábito más frecuente es el uso de chupetes y biberones, en cambio sí prevalecen en este estudio los hábitos en las niñas.

Este trabajo no coincide con el estudio de Jiménez Ariosa [3], en el cual predominó el uso de chupetes y la respiración bucal. Los autores del presente análisis opinan que esto se debe a que en la actualidad los niños y niñas tienen juegos físicos más violentos, tienen acceso a videojuegos con violencia en las computadoras, además de videos y películas de terror, lo que conlleva de forma inconsciente a comerse o roerse las uñas [9].

En los casos el 38,9% corresponde a los niños con bajo o sobre peso, considerados en este estudio como factor de riesgo para la aparición de hábitos bucales deformantes. Este porcentaje se diferencia notablemente del 96,1% en los controles, que no presentan la práctica de dichos hábitos bucales deletéreos y donde el porcentaje de los factores de riesgo considerados es ínfimo. Se coincide con un estudio anterior del autor [1], aunque la muestra era mucho menor.

La alimentación natural constituye para el lactante el intercambio más importante con el mundo exterior. Con esa acción no sólo se alimenta, sino que recibe la sensación de euforia y bienestar al satisfacer aquellos requisitos de seguridad, amor y establecer un contacto físico (táctil, sonoro y bucal) gratificante para él y su madre. El bebé durante el amamantamiento debe presionar con la lengua los senos lactíferos para obtener la leche, pero no necesita esfuerzo alguno para darle forma a la tetilla dentro de su boca cuando se alimenta mediante el biberón. Si el niño succiona y regula el fluido con la lengua, la reacción de estrés normal puede dar inicio a otros hábitos como el de deglución atípica [1].

La existencia en Cuba de una legislación para las trabajadoras, que concede hasta un año de licencia remunerada después del parto, unido al nivel educacional de la mujer y a la elevación constante de la conciencia sanitaria, crean condiciones propicias para prolongar el tiempo de la lactancia materna [1].

En este estudio predominó en los casos la experiencia negativa de la lactancia materna con 61,7%, debido a la tardanza al bajar la leche a los pechos, pues las madres refieren no tener suficiente leche y por la creencia de mantenerlos erectos al no amamantar. En este aspecto, los autores consideran a la experiencia negativa de lactancia como un factor potencial en la aparición de hábitos bucales deformantes, coincidiendo con lo planteado por Rodríguez y Ariosa [5],[3] con la relación existente entre el destete precoz y la aparición de este tipo de hábitos, los que estarían estrechamente relacionados con el tiempo de lactancia materna. Al respecto se afirma que el hábito de succión digital aparecido en las primeras semanas de lactancia se debe al hambre e insatisfacción de succión.

Los niños amamantados por más tiempo presentaron en este estudio menos hábitos bucales incorrectos [13], puesto que en los controles predominó la experiencia positiva de lactancia materna con 83,9%. El abandono prematuro de la lactancia materna exclusiva contribuye a la prevalencia elevada de hábitos bucales deformantes en los niños [15].

El funcionamiento familiar no armónico es otro factor que incide de manera notable en la aparición de los hábitos deletéreos en los niños de estas edades. La explicación radicaría en las discusiones entre los padres, sobre todo cuando están separados y uno de ellos vive distante del niño, por lo que éste suele criarse sólo con su madre o con la sobreprotección de sus abuelos. En el estudio

predominó el funcionamiento familiar armónico en 92,5% de los controles, donde se observa que el niño está más realizado en un ambiente agradable, con menos presión emocional y puede dar rienda suelta a su imaginación.

Para las variables lactancia materna, peso del niño al nacer y funcionamiento familiar, se calculó el test de chi cuadrado, partiendo de una hipótesis de homogeneidad entre los dos grupos de pacientes estudiados (los casos y los controles). Luego, si se comportaron de manera no homogénea, se realizó el cálculo de *Odds Ratio* (razón de disparidades) con el objeto de medir el grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad presente, en este caso los hábitos bucales deformantes. Ello indicó que el suceso ocurre con mayor frecuencia en los casos que en los controles.

A partir del estudio realizado en este grupo poblacional, es posible concluir que en los niños estudiados con hábitos bucales deformantes predominó el sexo femenino y la edad de 10 años. También predominó como hábito bucal deformante la onicofagia. Se identificaron como factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes la armonía familiar, el peso del niño al nacer y la experiencia de lactancia materna. Se consideran condiciones de riesgo en la presencia de hábitos bucales deformantes variables socio biológicas de las madres y los menores como el bajo y sobre peso del niño al nacer, la no experiencia de lactancia materna exclusiva y la no armonía familiar.

Notas

Colaboradores

Dr. Roberto Macías Gil en revisión de estilo, crítica solicitada, formato, búsqueda bibliográfica.

Conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando a la autor responsable o la revista.

Aspectos éticos

El presente trabajo fue analizado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de Granma, Cuba. El Comité de Ética concluyó que el estudio reúne los requisitos para su ejecución, siendo aprobado y avalado mediante la emisión.

Anexos

Anexo I: [Consentimiento Informado](#)

Anexo II: [Encuesta](#)

Referencias

1. Reyes Romagosa D, Rosales K, Roselló Salcedo O. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 - 2005. Act Odontol Venez. 2007;45(3). | [Link](#) |
2. Santiso Cepero A, Santiso León Y, Cídre Zayas FM, Gómez Rodríguez IM, Díaz Brito RJ. Evaluación del tiempo de lactancia materna como factor de riesgo en alteraciones de la oclusión dentaria temporal. Clínica estomatológica Ciego de Ávila. Mediciego. 2011;17(supl. 1). | [Link](#) |
3. Jimenez Ariosa AY, Torres García M, Lores Torrell E. Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales. Policlínico "Rafael Valdés" 2011. Rev Latin Ortodon Odontoped. 2012. ortodoncia.ws [on line] | [Link](#) |
4. Aguilar M, Villaizá C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales, factor etiológico de maloclusiones en población escolar. Revista Rev Latin Ortodon Odontoped. 2009. ortodoncia.ws [on line]. | [Link](#) |
5. Rodríguez González A, Martínez Brito I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev Med Electron. 2011;33(1). | [Link](#) |
6. Claudino and Traebert: Malocclusion, dental aesthetic self-perception and quality of life in a 18 to 21 year-old population: a cross section study. BMC Oral Health. 2013 Jan 7;13:3. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
7. Pacan P, Grzesiak M, Reich A, Szepietowski JC. Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder. Acta Derm Venereol. 2009;89(3):278-80. | [PubMed](#) | [Link](#) |
8. Ghanizadeh A, Shekoohi H. Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. BMC Res Notes. 2011;4(4):116. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
9. Ghanizadeh A. Nail biting; etiology, consequences and management. Iran J Med Sci. 2011 Jun;36(2):73-9. | [PubMed](#) | [PMC](#) | [Link](#) |
10. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012 Mar;129(3):e827-41. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2011;16(3):CD007202. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Villalba E, Gutiérrez D, Díaz R. Evaluación de la relación maxilomandibular, parte clave del diagnóstico ortodóncico. Rev Latin Ortodon Odontoped. 2009. ortodoncia.ws [on line]. | [Link](#) |
13. Lima Álvarez M, Romero Zaldívar E, Pérez Cedrón R. Hábitos bucales deformantes en un consultorio del médico de la familia en Camagüey, Cuba. Arch Med Camagüey. 2004;8(4). | [Link](#) |
14. Castillo Belén JR, Rams Veranes A, Castillo Belén A, Rizo Rodríguez R, Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. Medisan. 2009;3(1). | [Link](#) |
15. Martínez Padrón M, Conde Suárez H, Trenzado Rodríguez NB. Lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. Rev Med Electron. 2006;30(1). | [Link](#) |

Tablas

Hábitos	Casos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Succión digital	43	44,3	15	18,1	58	32,2
Onicofagia	37	38,1	40	48,2	77	42,8
Lengua protráctil	22	22,7	27	32,5	49	27,2
Uso de chupetes y biberones	14	14,4	10	12,0	24	13,3
Total	97	53,9	83	46,1	180	100,0

Tabla I. Principales hábitos bucales deformantes presentes. Policlínica III René Vallejo Ortiz. Enero – agosto de 2013.

Peso al nacer	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Bajo peso	41	22,8	3	0,8
Normo peso	110	61,1	346	96,1
Sobre peso	29	16,1	11	3,1
Total	180	100	360	100

Tabla II. Pacientes en estudio según su relación con el peso al nacer. Policlínica III René Vallejo Ortiz. Enero – agosto de 2013.

Experiencia de lactancia materna	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Negativa	111	61,7	58	16,1
Positiva	69	38,3	302	83,9
Total	180	100	360	100

Tabla III. Pacientes en estudio según experiencia de lactancia materna. Policlínica III René Vallejo Ortiz. Enero – agosto de 2013.

Funcionamiento familiar	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
No armónico	113	62,8	27	7,5
Armónico	67	37,2	333	92,5
Total	180	100	360	100

Tabla IV. Pacientes en estudio según su relación con el funcionamiento familiar. Policlínica III René Vallejo Ortiz. Enero – agosto de 2013.

Variables	OR (Odds Ratio)
Peso del niño al nacer	15,7
Lactancia materna	8,4
Funcionamiento familiar	20,8

Tabla V. Cálculos de estadígrafo del OR (Odds Ratio).

Correspondencia a:

Facultad de Ciencias Médicas de Granma
Avenida Camilo Cienfuegos, Esquina carretera Campechuela
Manzanillo, Granma
Cuba



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.