

INCORPORACIÓN DEL VASO EN NIÑOS DE OCHO MESES A DOS AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE SANTIAGO

Javiera Nordetti Dumas^{a*}

Isidora Sánchez Martínez^a

^aEstudiante de Fonoaudiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 12 de mayo, 2022. Aceptado en versión corregida el 24 de junio, 2021.

RESUMEN

Introducción: Se sugiere incorporar el primer vaso entre los 4 y 6 meses de edad. Cuando esto no ocurre, se podrían generar anomalías dentomaxilares y/o hábitos parafuncionales que en el futuro podrían afectar el desarrollo normotípico del habla. Es por esto que, con el presente estudio, se investigó como los padres de los niños incorporan el vaso. **Objetivo:** Conocer la experiencia de la incorporación del vaso de niños entre 8 meses y 2 años en la Provincia de Santiago. **Metodología:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo y diseño narrativo. Se llevó a cabo a través de entrevistas, utilizando un muestreo de bola de nieve. **Resultado:** La mayoría de las madres incorpora el vaso abierto o antiderrame como primer vaso. Las madres que incorporaron el vaso abierto, luego de experiencias dificultosas, comienzan a utilizar distintos tipos de vasos de transición. Los resultados demuestran que las madres no tienen conocimiento sobre las consecuencias de la mala incorporación del vaso. **Discusión:** Si bien la edad de incorporación coincide con la edad descrita en la literatura, las madres no saben cuáles son las consecuencias de una mala incorporación, lo que demuestra un déficit respecto a la información. En este estudio se observó que al incorporar el vaso se restringe el uso de mamadera a momentos específicos. **Conclusión:** No hay consenso de la información que existe y las madres incorporan el vaso por intuición o casualidad. Entonces, resulta importante la creación de una guía corta de incorporación del vaso, que contenga el paso a paso con la información necesaria.

Palabras clave: Vaso, Sistema estomatognático, Maloclusiones, Fonoaudiólogos, Incorporación del vaso.

INTRODUCCIÓN

“En Chile la prevalencia de anomalías dentomaxilares en niños de 4 años es de 33,3%, de 28,3% a los 6 años y aumenta a 53% a los 12 años”¹. Los problemas estructurales que generan anomalías dentomaxilares en la cavidad oral, se relacionan con las alteraciones que pueden existir en las funciones del sistema estomatognático (respiración, succión, masticación, fonoarticulación y deglución)¹.

En el caso de la deglución, se encuentran dos tipos. En la infantil se puede observar presencia de interposición lingual, maxilares separados, mandíbula estabilizada, labios unidos y proyección de la mandíbula. Antes de continuar con la deglución adulta, hay una transición que ocurre entre los seis y doce meses, que se caracteriza por estar condicionada fundamentalmente por la maduración neuromuscular, el cambio de postura de la cabeza y el efecto gravitacional del maxilar inferior, en donde, al aparecer los molares primarios, comienza el cierre bilateral posterior, dando paso a los movimientos masticatorios adultos. La deglución adulta presenta oclusión dental, estabilización de la mandíbula, la punta de la lengua cambia su posición hacia la parte anterior del paladar y atrás de los incisivos superiores, con presencia de mínimo esfuerzo de labios, ausencia de protrusión del maxilar inferior y lengua abultada²⁻⁴.

La deglución también se divide en deglución típica, la cual es la esperada en niños de dos años, que sería la deglución adulta. La deglución atípica, está caracterizada por una inadecuada posición de la

lengua y otras estructuras de la cavidad oral, sin que exista una alteración en estructuras o funciones, y deglución adaptada, que posee las mismas características que la atípica, pero si hay presencia de causas estructurales o funcionales²⁻⁴.

Los cuidadores de los niños juegan un rol relevante, dado que son ellos quienes deciden en este proceso del desarrollo hacia la deglución adulta. Es por esto que se quiere estudiar cómo los cuidadores incorporan el vaso, si esto ocurre a la edad sugerida y por quién está influenciada. Con los datos obtenidos en esta investigación se sabrá si es necesario buscar una forma diferente de reeducar a los cuidadores sobre la incorporación del vaso en niños para disminuir las consecuencias que se obtienen luego de la incorporación tardía.

El término maloclusión significa mala mordida, lo que genera problemas ortodóncicos y anatómicos. Existen diferentes clasificaciones de mordida, dentro de la cuales la más conocida es la de Angle. Posee tres subdivisiones: Clase I, Clase II y la Clase III. Una de las grandes limitaciones que presenta la clasificación de Angle, es que solo clasifica las mordidas desde una vista anteroposterior, basándose netamente en el posicionamiento de los dientes, dejando fuera aspectos óseos y musculares, por ejemplo, que el primer molar superior permanente es inestable en el esqueleto craneofacial⁵. En cambio, la clasificación biomecánica sí las incluye, lo que hace que sea más completa. Se divide en dos grandes grupos: anomalías intermaxilares e intramaxilares. Las anomalías intermaxilares se dividen en tres

*Correspondencia: jnordettid@udd.cl
2022, Revista Confluencia, 5(1), 63-68



planos. En el plano transversal se encuentra la mordida cruzada y la vis a vis. En el plano vertical, la mordida abierta y la sobremordida⁶. La mordida abierta en esta investigación es la más relevante, ya que generalmente se ocasionan por hábitos parafuncionales (actos repetitivos nocivos que se realizan en torno a la cavidad oral y que pueden afectar las funciones del sistema estomatognático) como mamadera o chupete. Hay dos tipos de mordidas abiertas: la esquelética, en la cual las bases esqueléticas se encuentran abiertas y separadas debido a una alteración del crecimiento y desarrollo, y la dentoalveolar, la cual es causada por falta de contacto vertical entre los dientes. En el plano sagital se encuentran las formas progénicas y las distoclusiones. Por otro lado, las anomalías intramaxilares se subdividen en dos: en alteraciones del número de piezas dentarias y por pérdida de tejido dentario⁶.

A medida que el niño vaya modificando paulatinamente las consistencias y utensilios de alimentación adecuados para su edad, irá adquiriendo habilidades que darán paso a la deglución adulta³. Existen cuatro tipos de consistencias alimenticias: papilla, chancado o molido, picado y entero. Las edades más relevantes para este estudio son: entre los 4 y 6 meses, donde se recomienda incorporar la taza, entre los 10 y 12 meses que se recomienda incorporar el vaso de adulto con ayuda de un adulto, y entre 18 y 24 meses, que se recomienda el vaso de adulto sin ayuda (lo hace solo)⁷. Con respecto a los vasos, existen distintas variedades de vasos, entre los cuales se puede encontrar: el vaso antiderrame con o sin asas, vaso con boquilla tetina con o sin asas, vaso con boquilla con o sin asas, vaso con bombilla o pajilla, baby cup mini y vaso abierto o de adulto⁸⁻¹⁰.

En la literatura no se encuentran estudios semejantes al propuesto en esta investigación, pero sí relevantes con este estudio. A nivel internacional existe un estudio realizado en Cuba el 2018, en el cual se puso a prueba un proyecto pedagógico con 14 niños entre 2 y 5 años que utilizaban mamadera, con el fin de enseñar las consecuencias que trae el uso prolongado de está. Como resultado se observó la disminución del consumo de biberón en el 50% de la muestra y la eliminación del uso del biberón en el otro 50% de la población. Por último, cabe mencionar que el desconocimiento sobre el hábito de la mamadera fue alto en la población investigada¹¹.

A nivel nacional se encuentran tres estudios. En el primero, según la Guía Clínica Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) en 2018, menciona que un 38,29% de los niños/as menores de seis años presentan anomalías dentomaxilares¹². Otro estudio determinó la prevalencia de anomalías dentomaxilares y hábitos parafuncionales. Se concluyó que: La anomalía dentomaxilar (ADM) “en

sentido vertical más prevalente (...) fue la sobremordida (20,4%), seguida por la mordida vis a vis (14,3%). El 95,9% de los niños examinados presentaron algún tipo de hábito oral disfuncional. El hábito oral disfuncional más prevalente (...) correspondió a la succión de mamadera (61,2%). El 100% de los individuos hallados con mordida abierta dentoalveolar presentaron también algún hábito oral disfuncional⁹.

En Chile se realizó un estudio publicado el año 2013, realizado en una Clínica de Antofagasta. Se investigó a 128 niños para ver cómo influye el uso prolongado de mamadera en el desarrollo del lenguaje. En este estudio se concluyó que el uso prolongado de la mamadera aumenta el riesgo de presentar trastornos del lenguaje¹³. También en Chile, el año 2020 se publicó en Viña del Mar un estudio que se realizó a 184 alumnos, con el fin de investigar sobre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales. Como resultado, se obtuvo un 54,35% de maloclusiones. Con respecto a los hábitos parafuncionales, se observó que fue de 95,11%¹⁴.

Es por esto que surge la pregunta: ¿Cómo están incorporando los adultos cuidadores/as el uso del vaso en niños entre 8 meses a 2 años en la provincia de Santiago?

METODOLOGÍA

El presente estudio tuvo un enfoque cualitativo descriptivo con diseño narrativo, cuya información fueron narraciones sobre las experiencias de una población de 20 madres de rango etario entre veinte y cuarenta años, de la provincia de Santiago, Región Metropolitana, que tenían a su cargo a niños entre 8 meses y 2 años de edad, respecto al proceso de incorporación del vaso en niños. Se escogió este enfoque porque es importante saber las opiniones y experiencias de las participantes en cuanto a la incorporación del vaso.

Tipo de muestreo

El tamaño de la muestra fue de 20 adultos cuidadores/as de la provincia de Santiago seleccionados a través de redes sociales por medio de bola de nieve, el cual se basa en el reclutamiento de los miembros a través de una remisión en cadena. Las primeras cuatro entrevistas se realizaron a personas encontradas por redes sociales por medio de un afiche digital. Posteriormente se solicitó a estas cuatro personas que recomendaran a dos cuidadores que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión: las participantes fueron las cuidadoras principales de al menos un niño entre 8 meses a 2 años, mayores de 18 años, viviendo o trabajando en la Provincia de Santiago, que aceptaran una entrevista por una plataforma virtual (Zoom o Google Meet), y a cargo del niño durante el



periodo de 8 meses a 2 años de edad.

Criterio de exclusión: las participantes no podían ser analfabetas, ni responder por un niño/a con una malformación craneofacial como fisura sin operar, síndrome que puedan causar alteraciones en la motricidad orofacial o alteraciones neurológicas.

Criterios de rigurosidad

El estudio se resguarda por el criterio de confirmabilidad. Para llevar a cabo este criterio las investigadoras revisaron el trabajo de la otra y dieron confirmación a los hallazgos encontrados. Además, se realizó una triangulación de información para dar confirmación de los hallazgos encontrados por cada investigadora.

Revisión de pares

Este proyecto fue guiado por dos profesoras de la Universidad del Desarrollo, quienes entregaron herramientas para el desarrollo de la investigación y análisis de datos.

Instrumento de medición

Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una pauta semiestructurada creada por las investigadoras con ayuda de las tutoras que contiene 29 preguntas. Las primeras corresponden a datos personales, luego las relacionadas con la incorporación del vaso y hábitos parafuncionales, y por último, cómo accedió a la información. Las entrevistas se realizaron por aproximadamente 15-20 minutos. Se utilizó una grabación de audio para hacer una transcripción fidedigna de la entrevista.

Tabla 1: Dimensiones de la investigación

Dimensión	Definición
Caracterización de participantes	Edad, comuna, ocupación, sexo, Isapre o FONASA, cantidad de hijos. Edad del niño, sexo, n° de hijo.
Incorporación del primer vaso	Edad en la que se le dio por primera vez líquido en vaso. Descripción del primer vaso que el niño utilizó. Explicación de por qué y quien incorporó el vaso a esa edad. Cómo fue la experiencia.
Vaso de Transición	Descripción de los vasos utilizados. Explicación de por qué incorporó ese o esos vasos. Como fue la experiencia con el primer vaso incorporado
Vaso utilizado en la actualidad	Edad en la que se le dio por primera vez líquido en vaso. Descripción del primer vaso que el niño utiliza. Explicación de por qué y quien incorporó el vaso a esa edad. Como fue la experiencia con el primer vaso incorporado
Hábitos parafuncionales	Presencia de hábitos parafuncionales. Hace cuanto tiempo comenzó este hábito parafuncional o durante cuánto tiempo lo realizó.
Conocimiento	Cómo accede a la información. Si utiliza o utilizó la información. Conocimiento de las consecuencias de una mala incorporación del vaso. Encuentra necesario que haya más información.

Análisis de información

Se comenzó transcribiendo las grabaciones de las entrevistas obtenidas. La información se redujo y clasificó según dimensiones preestablecidas a través de un análisis de discurso. No hubo dimensiones emergentes.

El análisis de contenido se realizó con apoyo del Software Atlas.Ti 8, en donde se seleccionaron las narrativas más importantes para realizar una nube de palabras. Por último, se realizó una triangulación de datos para contrastar los resultados obtenidos.

Aspectos éticos

Toda la información obtenida fue resguardada de manera confidencial. Estos datos fueron analizados de manera colectiva y no individual, resguardando el anonimato y codificando las respuestas con iniciales. La participación fue voluntaria y las cuidadoras podían retirarse en cualquier momento. Para aquello se les explicó la toma de consentimiento informado, entregando a las cuidadoras un formulario con toda la información del estudio, se respondieron dudas si fue necesario y, si aceptaban, se pidió la firma de esté. El estudio no presentó riesgos ni beneficios. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Pregrado de la Universidad del Desarrollo.

RESULTADO

A continuación, se redactan los resultados obtenidos por dimensión, por medio de una triangulación.

Caracterización de los participantes:

La muestra se compuso por madres de los niños, cuyas edades oscilan entre veinte y cuarenta años. La mayoría se encontraba entre los veintiséis y treinta años. De acuerdo a la pregunta de cantidad de hijos, la mayoría de las madres tenía un hijo. Con respecto a la comuna de residencia, la que más se repitió fue Las Condes, el resto fue Providencia, La Florida, Maipú, Santiago Centro, Ñuñoa, Vitacura, San Bernardo, Puente Alto, La Reina y Estación Central. El tipo de afiliación predominante fue la Isapre, después fue FONASA y por último una madre tiene seguro internacional de salud. La ocupación de la mayoría de las madres es del área de administración, seguido por salud, artes y humanidades, y educación. La otra mayoría es variada en cuanto a su ocupación, por lo que se categorizan como otros.

Con respecto a los datos personales de los niños, la edad que predominó fue entre los diecinueve y veinticuatro meses. La mayoría de los niños se encontraban en la posición uno del número de hijos. Predomina el sexo masculino entre los niños.

Incorporación del primer vaso:

La mayoría de los niños incorporó el vaso entre los cinco y doce meses. La mayoría de los vasos fueron incorporados por las madres. En el caso del vaso abierto, gran parte de las madres que lo incorporaron



mencionaron que fue debido a que otros vasos no les funcionaban y tuvieron una experiencia poco agradable y dificultosa. Con respecto al vaso antiderrame, la mayor parte de la muestra en este caso mencionó que usaron el vaso porque no se derramaba y las experiencias en este caso fueron buenas y malas por igual. En cuanto al vaso con boquilla, las madres refirieron que lo incorporaron porque creían que se haría más sencillo y las experiencias fueron poco agradables. En el vaso con bombilla una madre menciona que se lo recomendaron en una asesoría y otra por la motricidad de los niños a esa edad y las experiencias fueron buenas con este vaso. En el vaso con tetina una de las madres menciona que era muy chico para otro tipo de vasos y la otra no menciona. En este vaso sólo se mencionaron experiencias positivas. Por último, la madre que no incorporó el vaso menciona que fue porque no se le ocurrió.

Vaso de transición:

El vaso más utilizado fue el vaso con bombilla, luego el antiderrame con boquilla y, por último, el con tetina. La minoría de las entrevistadas no pasó por el vaso de transición. La mayoría decidió utilizar el vaso con bombilla después de que leyeron en redes sociales e internet, otra por la incorporación de la alimentación complementaria y una por imitación. La mitad de las madres ocuparon el vaso antiderrame por comodidad, ya que el vaso no se derrama. Las otras madres no coinciden en sus respuestas y refieren que fue por imitación, porque se lo regalaron y la última no menciona. Respecto al vaso con boquilla y tetina las madres no mencionan por qué incorporaron estos vasos como vasos de transición. En el caso del vaso con bombilla, la mayoría de las madres refieren que la experiencia con este vaso fue positiva. En relación a la experiencia del vaso antiderrame, la mayoría presentó dificultades en la incorporación. La totalidad de las madres que incorporó el vaso con boquilla, evidenció una experiencia agradable y positiva. Por último, la madre que utiliza el vaso con tetina como transición no menciona cómo fue la experiencia con ese vaso.

Vaso utilizado en la actualidad:

El vaso que predomina es el vaso abierto, luego le siguen el vaso antiderrame con boquilla, con bombilla y tetina. Entre cinco y doce meses de edad se concentró la mayoría de la muestra, luego los de trece a dieciocho meses y finalmente diecinueve a los veinticuatro meses. Los vasos utilizados en la actualidad fueron incorporados mayoritariamente por las madres. La mayoría de las madres no especifica porque incorporó el respectivo tipo de vaso. En el caso del vaso abierto una de las madres menciona que fue idea del niño, otra rechaza la idea de utilizar el vaso con boquilla, una porque lo pide el niño, para no generar confusión tetina pezón. Por otro lado, en

el vaso antiderrame refieren que lo incorporaron por imitación y la otra para eliminar la mamadera. En el caso de la madre que incorporó el vaso con bombilla menciona que lo incorporó porque lo vio en redes sociales. En relación al vaso con tetina, la madre lo incorporó porque era el más similar a la mamadera. Por último, respecto al vaso con boquilla, la madre menciona que quisieron probar con algo nuevo. La mayoría de las madres refieren experiencias positivas con el vaso abierto utilizado en la actualidad. Con respecto al vaso antiderrame, también refieren buenas experiencias. Con el vaso con bombilla y el vaso con tetina, mencionan que fueron experiencias agradables. Finalmente, con el vaso con boquilla, la madre del niño que actualmente utiliza ese vaso, menciona que la experiencia no fue agradable porque prefiere la mamadera.

Hábitos parafuncionales:

Predominan los niños que presentan hábito parafuncional de chupete. La mayoría utiliza chupete desde el nacimiento hasta la actualidad. Los otros niños lo incorporaron entre los tres y cuatro meses y lo siguen utilizando, y por último, hay niños que lo utilizaron los primeros cuatro meses de vida.

Además, predomina el uso de mamadera en los hijos de las entrevistadas. La mayoría incorporó la mamadera en los primeros cuatro meses de vida de los niños hasta la actualidad. Otros desde el nacimiento y algunos desde los seis meses. En algunos casos se desconoce el tiempo y otros no utilizaron mamadera.

Conocimiento:

La mayoría incorporó el vaso porque la pediatra les dijo. En el caso de las personas que accedieron por redes sociales, o que no accedieron a la información, fueron la misma cantidad, posicionándose en el segundo puesto. El tercer puesto fue ocupado por las madres que accedieron por alimentación complementaria y las lecturas. Por último, la minoría lo descubrió por el mercado, es decir, leyendo etiquetas de vasos. La mayoría si aplicó la información que obtuvieron de diferentes formas y fuentes. La mayoría no sabía que produce la mala incorporación del vaso. La mayoría de las madres mencionaron que sí encuentran necesaria la información de la incorporación del vaso. Esto coincide con que hay poca información disponible, porque no tenían seguridad respecto a lo que hacían, es decir, si el tipo de vaso o edad de incorporación eran las adecuadas. Además, casi la totalidad de las madres encuentran que estos son temas importantes, en los cuales algunos pediatras no están actualizados. Solo una participante menciona que no encuentra necesaria la información.

DISCUSIÓN

Analizando los resultados presentados, se puede realizar las siguientes reflexiones:

Lo primero que se puede observar es que la literatura menciona que la correcta incorporación del vaso es entre los cinco y seis meses de edad^{7,14} lo que coincide con los resultados del estudio, ya que la mayoría de las madres incorporó el vaso entre los cinco y doce meses de vida.

Las madres refieren variedades de vasos con los que probaron en sus hijos, pero la literatura sólo menciona el vaso abierto en sus distintas formas y los relaciona con la edad en la que debería ser incorporado. Habla, específicamente, de la taza con grandes asas (cuatro meses a seis meses de edad), vaso con ayuda de algún adulto (diez a doce meses de edad) y vaso sin ayuda (dieciocho a veinticuatro meses de edad), es decir, de manera más independiente por parte de los niños⁷. Dentro de las consecuencias de no incorporar el vaso abierto o de adulto, se encuentran las alteraciones de las funciones del sistema estomatognático que puede causar un desorden miofuncional orofacial.

Conforme a las narrativas de las entrevistas la mayoría de las madres intentaron incorporar el vaso abierto como primer vaso, lo que causó experiencias dificultosas para las madres y los niños. Una de las más nombradas fue el derrame de líquido. Entonces, tuvieron que cambiar el vaso abierto a vasos de transición, tales como, vaso con boquilla, bombilla, tetina y antiderrame para su mayor comodidad y la de los niños.

En la literatura hay poca evidencia respecto a los vasos utilizados en la transición. Lo que coincide con lo que reportan como problema las madres que no pudieron acceder a este tipo de información, ya que no sabían si el vaso que utilizaron era el correcto o si éste tendría consecuencias futuras. Esto se demostró en las respuestas entregadas en las preguntas de conocimiento, porque la mayoría no supo cuáles eran las consecuencias de una mala incorporación del vaso. Llámese mala incorporación a la no incorporación del vaso, incorporación del tipo incorrecto del vaso o cuando no se incorpora a la edad que corresponde.

Respecto a los hábitos parafuncionales, específicamente de utilización de mamadera, se observa que a pesar de que se incorporó el vaso, se sigue utilizando la mamadera, pero con la diferencia de que adquirir el uso del vaso con agua, hace que la mamadera se utilice sólo para la leche, lo que sería un factor protector, en relación a las consecuencias que podría generar el uso de la mamadera⁷⁻¹¹.

La información que hay sobre cuándo y cómo incorporar el vaso es poco difundida^{7,14}. Además, uno de los estudios más relevantes sobre la incorporación del vaso, el Protocolo de Incorporación Apropia de Hábitos Orales, es muy técnico y dirigido a profesionales, por lo que dificulta que los cuidadores accedan de manera agradable y fácil a la información. Por otro lado, la Guía de Alimentación del Niño Sano Menor de Dos Años de Chile Crece Contigo, es muy

larga y no todos los padres saben que existe.

De acuerdo a las fortalezas presentes en el estudio, este se encuentra dentro de un número reducido de investigaciones, que aportan con información sobre cómo se está realizando la incorporación del vaso en niños. Además, visualiza la experiencia y bajo qué criterios las madres podrían estar decidiendo incorporar el vaso.

Si bien este es un estudio cualitativo con una muestra pequeña, la información recogida permitiría en un futuro realizar estudios cuantitativos con una muestra más representativas, abordando también distintas características como adultos cuidadores de otras provincias y ciudades para dar cuenta de mejor manera como es la realidad en Chile con respecto a la incorporación del vaso y que los resultados sean más representativos.

CONCLUSIÓN

En esta investigación se puede dar respuesta a la pregunta de investigación ¿Cómo están incorporando los adultos cuidadores/as el uso del vaso en niños entre 8 meses a 2 años en la Provincia de Santiago?, tal como se concluye a continuación según el objetivo planteado.

En relación a las edades de incorporación del vaso en niños de la Provincia de Santiago, se puede concluir que se cumple con los rangos de edad de incorporación, lo cual disminuye la probabilidad de presentar maloclusiones. Gran parte de las entrevistadas no incorporó el vaso adecuado (vaso abierto).

La experiencia con el vaso abierto, como primer vaso, fue dificultosa para las madres, por lo que optaron por vasos que no eran los adecuados. Si bien actualmente la mayoría utiliza vasos abiertos, esto se debe a la perseverancia de las madres por seguir intentándolo.

A modo general todos los entrevistados concuerdan en que existe un déficit de información frente a la incorporación del vaso. Se identificó que no existe información respaldada por alguna fuente fidedigna usada por las madres generando un sentimiento de incertidumbre e inseguridad en las madres.

Finalmente, no hay consenso de la información que existe y las madres incorporan el vaso por intuición o casualidad. Entonces, la pregunta queda planteada es ¿por qué la información no es difundida y conocida por las madres?. Respondiendo a esta nueva pregunta, resulta importante la creación de una guía corta de incorporación del vaso, que contenga el paso a paso con la información necesaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallardo T. Análisis comparativo de características dentomaxilares en niños entre 7 y 13 años con incompetencia labial a seis meses de tratamiento kinésico y/o tratamiento pre-ortodóncico trainer. Universidad de Chile, Facultad de Odontología.



- Departamento del niño y ortopedia dentomaxilar; 2018 [citado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/148631/An%C3%A1lisis-comparativo-de-caracter%C3%ADsticas-dentomaxilares-en-ni%C3%B1os-de-7-a-13-a%C3%B1os.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Queiroz I. Fundamentos de fonoaudiología. Volumen 1. Buenos aires Argentina; Editorial médica Panamericana; 2002. [citado el 28 abril de 2021].
 3. Fuentes J, Gálvez F. Prevalencia de hábitos orales en niños de 2 a 4 años, comuna de Ñuñoa, año 2013. Universidad Finis Terrae. 2013. [21 de abril del 2021]. Disponible en: http://repositorio.uft.cl/bitstream/handle/20.500.12254/491/Fuentes_Gálvez%20%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 4. Tartilán S. ¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso. Universidad de Valladolid. 2018/2019. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/37012/TFG-M-L1657pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 5. Pinto A, Gasparino G, Rocha L. Classificação das más oclusões. Brasil, 2011. [citado el 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://uacjortodoncia.weebly.com/uploads/2/7/7/1/2771221/clasificacion_angle.pdf
 6. Villanueva, P. Motricidad orofacial 1, fundamentos anatomofisiológica. Edición 2. Chile. Editorial Universitaria. 2019. [30 de Marzo de 2021]. Páginas 44, 82, 83, 84, 85, 89, 90, 91
 7. Villanueva, P. Piaho: una herramienta para la prevención de hábitos orales deletéreos (protocolo de incorporación apropiada de hábitos orales). Revista Cefac. Volumen 6 N°4. São Paulo, Brasil; 2014. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462014000401326&script=sci_arttext
 8. Cerda B, Schulz R, López J, Romo F. Parámetros cefalométricos para determinar biotipo facial en adultos chilenos. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. Santiago 2019. [citado el 20 abril de 2021]. Volumen 12. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0719-0107&lng=es&nrm=iso
 9. Gantz C, Santelices M. Prevalencia de anomalías dentomaxilares verticales y hábitos orales disfuncionales en niños de 4 a 6 años de edad con dentición temporal completa. Revista Chilena de Ortodoncia. 2013 [citado el 25 de noviembre de 2021]. Volumen 30 (2). Disponible en: https://sortchile.cl/es/archivos/revistas/volumenes/revista_chilena/2014.pdf
 10. Cerrillo L. Los mejores vasos para que el niño empiece a beber solo. Guiainfantil.com. 2018 [citado el 13 de Junio de 2021]. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/salud/logopedia/los-mejores-vasos-para-el-que-nino-empiece-a-beber-solo/>
 11. Lobón L, Lema D, Quintero Y, Sánchez M. Proyecto pedagógico para disminuir el uso de biberón en la primera infancia. Universidad distrital. Volumen 17 N°1. Bogotá, Colombia; 14 de febrero 2018. Disponible en: <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/infancias/article/download/12820/13712/64160>
 12. Maldonado F, García A, Cereceda M. Prevalencia de anomalías dentomaxilares en dentición primaria y mixta primera fase en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, 2018. Revista Odontología Sanmarquina. 2019 [citado el 21 de abril de 2021]. Volumen 22 (3), 183. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/download/16707/14267/>
 13. Aróstica N, Carrillo G, Cueto A, Mariño D, Jofré T. Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales parafuncionales en preescolares de establecimientos municipales de Viña del Mar. Journal of Oral Research. Vol 9, número 4. 2020 [citado el 12 de junio de 2021]. Disponible en: https://revistas.udec.cl/index.php/journal_of_oral_research/article/view/3292
 14. Maggi A, Carrazana A, Pinheiro A. Alimentación del niño de 0 a 6 meses de edad. Guía de alimentación del niño (a) menor de. 2015;2:14-20. Disponible en: https://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2016/07/GUIAALIMENTACION-MENOR2AÑOSADOLESCENCIAQUINTAED2016.pdf

