

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. RAÚL DORTICÓS TORRADO”**

**CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DEL POLICLÍNICO DOCENTE
“DR. MARIO MUÑOZ MONROY”**

**“Evaluación de la intervención de salud bucal en
escolares portadores de hábitos deformantes
bucales”.**

Autora: **Dra. Jeny Fernández Martínez**
Especialista I grado Estomatología General
Integral
Profesor Instructor

Tutora: **Dra. Clotilde Mora Pérez**
Especialista II grado en Ortodoncia
MSc. Educación Médica
Profesor Auxiliar
Investigador Agregado

Asesor: **Lic. Raúl López Fernández**
MSc. En Matemática Aplicada
Profesor Auxiliar

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE MASTER EN SALUD
BUCAL COMUNITARIA.**

**“Año 50 de la Revolución”
2008**

RESUMEN:

Introducción: Las maloclusiones constituyen uno de los tres problemas de salud bucal que más afectan a la población y están asociadas en su mayoría a la práctica de hábitos deformantes bucales no eliminados tempranamente.

Propósito: Evaluar el resultado de las acciones educativas preventivas y terapéuticas aplicadas sobre los portadores de hábitos deformantes bucales.

Diseño: Se realizó examen clínico a los niños de 5-11 años de edad de la escuela "Héroes del Moncada" del Consejo Popular Abreus, se aplicó una encuesta a los padres o tutores, educadores y niños antes y después de llevar a cabo la intervención, para mejorar la salud bucal de esta población. Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención con diseño de antes y después de un universo de 133 niños del Consejo Popular Abreus, después de realizar un estudio previo en dicha escuela donde se determinaron los niños portadores de hábitos deformantes bucales a los que se les aplicó técnicas afectivas participativas, mioterapia grupal y psicoterapia. **Resultados:** Se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, así como erradicar el 66,5% de los hábitos deformantes más frecuentes, reduciéndose las anomalías dentomaxilofaciales. **Conclusión:** La intervención fue efectiva, pues logró elevar el nivel de conocimiento sobre los hábitos deformantes y su repercusión, tanto en los niños como en los padres y educadores, así como la eliminación de la práctica de éstos por los niños y con ello una reducción de las anomalías dentomaxilofaciales, se logró una mejor armonía de los componentes del Aparato Estomatognático.

PALABRAS CLAVES:

HÁBITOS/ método

MALFORMACIONES DENTARIAS/ diagnóstico

EDUCACIÓN DENTAL PARA NIÑOS/ método

ODONTOLOGÍA ESCOLAR

ATENCIÓN DENTAL PARA NIÑOS/ método

INTRODUCCIÓN:

Nuestro gobierno revolucionario, desde sus inicios ha llevado a cabo una política de salud justa, teniendo en cuenta como aspecto primordial la prevención y debido a ello la educación para la salud es un elemento esencial y tiene como objetivo, orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima. (1)

Lo más significativo en la Estomatología General Integral en Cuba, resulta el énfasis en las acciones de educación sanitaria, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades estomatológicas hacia el mantenimiento del individuo sano. (2)

La Educación para la Salud fue definida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos. (3,4)

Los objetivos de la Educación para la Salud en nuestra sociedad, están orientados a la formación de la personalidad, para el desarrollo armónico e integral de hombres conscientes, activos, capaces psíquica y físicamente, saludables, cultos, que transformen productivamente el ambiente natural y social y que puedan al propio tiempo transformarse a sí mismos de manera creadora. (5)

Educación en salud a la niñez, adolescencia y juventud, están entre las prioridades que los Ministerios de Salud y Educación conceden, no solamente desde el punto de vista de su importancia para mejorar la salud, sino desde la perspectiva de

contribuir a la formación integral de la niñez y la juventud, formando su personalidad con énfasis en el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria.

(6)

La estomatología debe ser cada vez más preventiva y educativa, nuestra atención debe ir dirigida muy especialmente a nuestra población infantil, siendo esta privilegiada con respecto a otros grupos de edades. Dada esta situación, surge ante nosotros un abanico de posibilidades para desarrollar no solamente el trabajo clínico, sino también el trabajo educativo, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud individuales y comunitarias. (7)

En relación a los problemas de salud bucal, Varela (8), plantea: Aunque pueda parecer lo contrario, los niños dan mucha importancia a los problemas estéticos. Desde los 6 -7 años, cuando tienen una deformidad dentofacial son conscientes de ser diferentes a los demás niños. "Este tipo de deformidades" explica, "afectan mucho a los niños, le aíslan y le dificultan su integración social y escolar".

La educación debe reorientar a la sociedad suministrando información, creando actitudes y motivaciones como una forma de nutrir de contenidos a la psiquis, que favorezcan las decisiones y conductas favorables a la salud de las personas. Se debe trabajar en la educación del consentimiento. (9, 10,11)

Basado en lo anteriormente planteado, está implícito que al niño se le conduzca hasta la edad adulta desprovisto de todo tipo de enfermedad dental, como lo describe Barber (12) que en el trabajo de prevención se le debe adiestrar en técnicas de cepillado, higiene bucodental, educación nutricional y corrección de hábitos. Todos los que se preocupan por el niño en su desarrollo y salud dental,

desde el nacimiento hasta la adultez, con seguridad se preocuparán por la proyección de la oclusión normal.

Es necesario inculcar en la población, la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general; la formación de estos estilos de vida en las edades tempranas, la educación de los padres como elemento fundamental, así como el rol del personal de educación y todo aquel que en su contacto directo con el niño impulse este trabajo. (13)

Los hábitos bucales deformantes son considerados como problema de salud frecuente en la población infantil. Su origen multicausal, así como su mantenimiento o aparición en edades tempranas del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su incidencia. (14)

Los hábitos son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja que se aprenden. Pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por la repetición frecuente del mismo. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. (15, 16,17)

Ciertos hábitos sirven de estímulo al crecimiento normal de los maxilares, pero otros interfieren el patrón regular del crecimiento facial. Los primeros, son llamados beneficiosos o funcionales, por ejemplo: masticación, deglución y respiración normales. Y los segundos, perjudiciales o deletéreos, resultan de la perversión de una función normal, se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario como la respiración bucal, succión digital, succión del biberón y del tete, deglución atípica, onicofagia, queilofagia. Estos últimos

adquieren mayor importancia por las consecuencias que traen consigo. Pueden provocar alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo, además pueden perturbar el lenguaje y el desarrollo físico y emocional del niño. (18,19)

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de las discusiones de hasta qué edad pueden ser consideradas como normales. (20)

De acuerdo a la edad del paciente, su biotipo y duración e intensidad con que se realiza el hábito, así serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten. (21)

Esto coincide con lo reportado por diversos autores, que reflejan el vínculo estrecho existente entre los hábitos deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales. La prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal que contribuye a la función y crecimiento, y no distorsiona el patrón esquelético en desarrollo. (22,23)

Si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales en nuestro medio, no se podrán realizar programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención. (24)

Según Barber “parece razonable esperar que no todas las maloclusiones puedan prevenirse, ni de hecho pueden todas interceptarse, pero los factores ambientales y funcionales, que intervienen en su origen, pueden y así ocurre, modificar el factor genético, por tanto la prevención descansa enteramente en la confianza de que la cantidad y calidad de ellas sí pueden llegar a reducirse en la población infantil”. (12,25)

La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las maloclusiones, no son de riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de salud pública, y ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal. (26,27)

Es importante que el estomatólogo y específicamente el Estomatólogo General Integral (EGI) como especialista de la atención primaria, aproveche cada contacto con el paciente para profundizar y mejorar los conocimientos de este sobre salud bucodental, lo cual redundaría en el mantenimiento de su estado de salud, en la prevención y control de las enfermedades y en cambios positivos de actitudes y estilos de vida. (28,29)

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO:

Esta investigación se realiza debido a que en este municipio no se han efectuado estudios en los que se lleve a cabo una intervención que permita obtener como resultados que se incremente y se sistematice el conocimiento en los niños, madres y educadoras en todas las escuelas, así como controlar los hábitos deformantes que se presentan en gran número de niños que ellos educan y a su vez ayuden a eliminarlos en edades tempranas para impedir la instalación de anomalías dentomaxilofaciales, que pueden ocasionar alteraciones estéticas y funcionales, así como producir un problema social, afectando la psiquis del niño.

Desde el punto de vista económico, el control de los hábitos deformantes desde edades tempranas, logra que estos se eliminen con psicoterapia y algunos casos con mioterapia que pertenecen a la Atención Primaria de Salud y que no reportan gastos a la economía. Mientras que el no resolverlos tempranamente, nos obliga

a la remisión al segundo nivel de atención con el consecuente uso de la mecanoterapia debido al efecto sostenido de los hábitos deformantes que agravarían las anomalías dentomaxilofaciales y necesitarían una aparatología fija que es más costosa.

Por lo anterior expuesto se realizará esta investigación y según los resultados, lograremos sistematizar y concientizar a la sociedad con los problemas de salud bucal.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO:

A la consulta de la clínica estomatológica del municipio de Abreus acuden infantes que están afectados por caries, sin embargo al realizarles las historias clínicas, se han detectado anomalías dentomaxilofaciales y al interrogar a los padres o tutores se ha evidenciado la presencia de hábitos deformantes bucales. Además se han realizado investigaciones de diseño descriptivo donde se ha comprobado la alta frecuencia de esta entidad, constituyendo este un problema de salud de la población infantil en el Consejo Popular Abreus.

No se han realizado estudios anteriores que incluyan medidas educativas y terapéuticas para eliminar los hábitos deformantes bucales en el municipio de Abreus, donde se identifiquen los hábitos y se realicen acciones que permitan que el Estomatólogo General Integral pueda controlar este problema de salud y evitar con ello la instalación de maloclusiones más severas.

De aquí que mi **problema científico** sea: Si los EGI en el primer nivel de atención, aplican acciones educativas y terapéuticas en niños de edad escolar, donde participen de forma activa los profesores como protagonistas de la formación integral de la educación y los padres como componente fundamental de la sociedad, actuando de forma coordinada, lograremos controlar los hábitos deformantes y reducir las anomalías dentomaxilofaciales provocadas por esta entidad, mejorando así el cuadro de salud en esta población.

HIPÓTESIS:

Teniendo conocimiento de la frecuencia de hábitos deformantes bucales de la población infantil objeto de estudio y aplicando medidas terapéuticas y educativas solamente sobre los niños:

¿Podremos controlar los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales que alteran el equilibrio de los componentes del Aparato Estomatognático?.

MARCO TEÓRICO:

En el año 1906, Alfred Rogers alertó a los ortodoncistas respecto a las relaciones existentes entre los músculos y las maloclusiones. Sugirió que los ejercicios musculares podían utilizarse como auxiliares para la corrección mecánica de las maloclusiones. (29)

También descubrió el papel que juega el desequilibrio muscular en la etiología de las maloclusiones y calificó el ambiente muscular de los dientes como “Aparatos Ortodóncicos Vivientes”. Así también tuvo cuidado en señalar que aunque los ejercicios musculares en otra parte del cuerpo generalmente se emplean para aumentar el tamaño o la fuerza de los músculos, en la región peribucal el establecimiento de la función normal y la tonicidad correcta es lo fundamental. (29)

Según Dockrell las causas que provocan maloclusiones son: la herencia, embriológicas de origen desconocido, traumatismos, agentes físicos, hábitos, enfermedad y malnutrición las cuales pueden combinarse en un mismo paciente, por lo que la literatura plantea que son múltiples y complejas las causas de esta entidad. (2, 30,31)

Mundialmente las maloclusiones se presentan en la población entre el 35% a 75% con diferencias en el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente que contribuye a la maloclusión, aproximadamente de un 40% a un 85%. (30)

En Cuba en estudios realizados, las maloclusiones oscilan entre 27% y 66%. Según una encuesta nacional realizada en 1998, de un total de 1197 encuestados en las edades de 5, 12 y 15 años, el porcentaje de afectados fue de 29%, 45% y 35% respectivamente, para un total de 36,3%, el sexo más afectado fue el

femenino (55), en un estudio realizado por Gil (32) en niños de 5 a 11 años observó que el 61,8% eran portadores de esta enfermedad.

Su aparición desde edades tempranas trae consecuencias en el desarrollo del aparato estomatognático del niño, razón por la cual se necesita realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su frecuencia. (2,30)

Se considera que muy pocas de las maloclusiones son prevenibles, pero el 25% de estas pueden ser interceptadas, y a temprana edad se pueden eliminar factores etiológicos y mejorar a los pacientes. (33)

Se ha determinado que en la etiología de los hábitos orales pueden intervenir, después de observar factores epidemiológicos de los mismos, factores biosociales. Los hábitos orales pueden ser considerados un azar en la salud por tener una alta incidencia. El tratamiento próspero requiere un tratamiento multidisciplinario como la causa básica del problema. (34)

Etiológicamente los hábitos pueden ser clasificados en:

- Instintivos: como el hábito de succión, el cual al principio es funcional, pero que puede tornarse perjudicial por su persistencia en el tiempo.
- Placenteros: como algunos casos de succión digital.
- Defensivos: en pacientes con rinitis alérgica, asma, etc, la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- Hereditarios: Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear hábitos concomitantes a dicha malformación, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.

- Adquiridos: la fonación nasal en los fisurados, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como golpe gótico para los fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la CH.
- Imitativos: la forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, etc, son claros ejemplos de actitudes imitativas. (35,36)

La succión del pulgar o “chuparse el dedo” es una de las costumbres más frecuentes en los niños. El hábito comienza en las primeras horas de vida: el 90% de los recién nacidos muestran alguna forma de chuparse la mano. (37)

La succión del pulgar es un proceso de gratificación oral, una actividad normal cuyo pico se alcanza a los dos años. Si el niño continúa chupándose el dedo después de los cuatro años, puede desarrollar una maloclusión. (38,39, 40, 41,42)

Los niños que se siguen chupando el dedo después de los cuatro años, a menudo han tenido en sus primeros años conflictos con uno de sus padres. Los principales factores en la etiopatogenia de este hábito, parecen ser los trastornos afectivos emocionales y una insuficiente lactancia materna en edad temprana. Muchas veces los niños con respiración bucal, colocan el dedo entre los dientes para facilitar el paso del aire por la boca manteniendo los maxilares separados y descansando sobre el dedo o los dedos introducidos en la boca. (39,43)

Los efectos sobre la dentición, varían según la manera en que se succionan los dedos o el pulgar, pero incluyen inclinación vestibular de los incisivos superiores e inclinación lingual de los inferiores, mordida abierta anterior (por lo regular asimétrica) por ingresión de los dientes anteriores que no llegan al plano de oclusión por el obstáculo del dedo introducido entre los dos arcos dentarios, diastemas, proinclinación y protrusión de incisivos maxilares, incremento de

overjet y overbite, posición retrusiva de la mandíbula, mordida cruzada posterior, algunos defectos del patrón esquelético, deformidades digitales de los dedos succionados, labio superior hipotónico e inferior hipertónico. Puede afectar no sólo las estructuras dentofaciales o el diente, sino también sus relaciones sociales y autoestima, provocar impactos negativos en el lenguaje, en su desarrollo físico y emocional. (44, 45,46)

La succión digital hasta los 3 ó 4 años es considerada por muchos autores como normal y los psicólogos y psiquiatras consideran inoportuno reprimir o castigar al niño en esta etapa para que abandone el mismo. Es preferible en estas edades emplear el tete, ya que es más fácil de controlar. Algunas maloclusiones producidas por este hábito se autocorrijen si el mismo se elimina tempranamente y si existe un patrón esquelético favorable. (47)

Es importante mencionar que la mayoría de los intentos por erradicar esta conducta mediante regaños, palabras fuertes, castigos y cualquier otra conducta agresiva sobre el niño que presenta este hábito ha sido contraproducente porque lejos de eliminarlo, se ha reforzado esta conducta haciéndola más marcada y frecuente. (15,48)

La respiración bucal ha sido definida como la respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz, sin embargo la respiración bucal exclusiva es sumamente rara, ya que generalmente se utilizan ambas vías, es decir, la bucal y la nasal. (49)

El respirador bucal tiene algunas características básicas que permiten su diagnóstico tanto por profesionales, como por familiares, en la mayoría de los casos. (50)

Las alteraciones que se pueden presentar son:

- ✗ Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.
- ✗ Mordida cruzada posterior, uni o bilateral.
- ✗ Estrechez transversal del maxilar superior, es decir paladar profundo y estrecho.
- ✗ Presencia de hábitos secundarios (deglución atípica, succión labial).
- ✗ Retrognatismo del maxilar inferior o rotación mandibular hacia abajo y atrás.
- ✗ Vestibuloversión de incisivos superiores.
- ✗ Linguoversión de incisivos inferiores.
- ✗ Linguoversión de dientes posterosuperiores.
- ✗ Egresión de dientes anteriores o anterosuperiores e inferiores.
- ✗ Gingivitis crónica. (51,52,53)

En el caso de la respiración bucal el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por desviación del tabique nasal, congestión nasal en gripes frecuentes y prolongados, rinitis alérgicas, adenoides hiperplásicas y la falta de aseo nasal. Se considera un mal hábito cuando persiste una vez superado el problema de obstrucción nasal y puede aparecer sin que existan obstrucciones evidentes. Puede ser una costumbre adquirida desde el nacimiento debido a malos hábitos en la succión y en la alimentación, a la permanencia de hábitos incorrectos en la función de los músculos respiratorios, o al mantenimiento de posturas viciosas. (42)

La protracción lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación. En condiciones normales, la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del

cuello de los incisivos superiores. En la protracción lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios, haciendo más fácil su detección. Esto podrá causar una deformación del hueso y malposición dentaria. (2)

La mantención de la deglución infantil después de erupcionar los dientes temporales, se considera anormal y se puede detectar por los siguientes aspectos:

- Al pedirle al niño que trague saliva, frunce los labios y contrae los músculos de la mejilla haciendo una “mueca”.
- Al separarle los labios y pedir al niño que trague, se podrá observar la interposición lingual entre ambas arcadas dentarias. (54)

El uso de chupete o biberón prolongado más allá de los dos años, puede también provocar deformaciones. Las consecuencias de un uso excesivo del chupete son las mismas que las de la succión del pulgar o digital. El hábito puede ir tan lejos que el chupete se emplee incluso durante el juego y que para aplacar al niño, acabe por utilizarse todo el día. (55, 56,57)

La cuestión de si el chupete es una ayuda alternativa resulta extraordinariamente controvertida. Hay argumentos que sugieren que el chupete evita que el niño se habitúe a la succión digital. También se argumenta que es más fácil de abandonar que la succión del pulgar. Por otro lado, muchos niños nunca desarrollan de manera significativa el hábito de succión digital y, por lo tanto, no sería lógico fomentar en ellos, el hábito del chupete. (18)

La onicofagia se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes, que provoca heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde

pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática. Puede provocar desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal. (48,58)

La mordedura de uñas coincide habitualmente con la succión de los dedos, de modo que aquélla sucede a ésta en el tiempo. Generalmente los afectados se muerden todas las uñas. La incidencia es excepcionalmente elevada. (48,58)

Se relaciona con niños nerviosos, tensos, en fin, niños que presentan determinadas alteraciones psíquicas. (30)

Los hábitos posturales se refieren a posiciones que adopta el niño durante las actividades diarias y nocturnas. Pueden producir asimetrías faciales, laterognatismo y trastornos de la ATM. Muchas personas con postura corporal defectuosa, frecuentemente muestran una postura indeseable en la mandíbula. (30)

No necesariamente se presenta un único hábito en los niños, muy por el contrario, en la mayoría de los casos se observan varios hábitos reunidos en un mismo individuo, lo que permite deducir que, aunque no siempre ocurre, uno de esos hábitos puede ser consecuencia de otro, por ejemplo: una respiración bucal sea por hábito o enfermedad, puede ocasionar la instauración de la succión digital o una alimentación artificial prolongada por medio de biberones, podría conllevar a una deglución anormal. En todo esto adquiere vital importancia investigar si el hábito del niño se debe, a causas nasorrespiratorias crónicas o si aparecen como vía de escape a los problemas del hogar, escuela, familia o del propio niño. (59)

En nuestra provincia se han realizado diferentes investigaciones acerca de los hábitos bucales deformantes dentro de ellos tenemos los realizados por Moreno (60), Rosell (61), Cantón (62), Acevedo (69), Duménigo (76), entre otros.

En el municipio de Abreus existen estudios descriptivos sobre este tema, como los realizados por Fernández (63), Proaño (64) y Hernández (65), los cuales detectaron gran cantidad de maloclusiones, asociadas fundamentalmente a hábitos bucales deformantes, basado en lo antes expuesto se decidió realizar un estudio más completo sobre el tema.

Todo esto nos demuestra que la persistencia de algún hábito perjudicial acarrea ciertas alteraciones por lo que debe procurarse su eliminación, ya sea por la persuasión y convencimiento racional o mediante aparatología destinada a recordar al niño que no debe realizar el hábito y a evitar que encuentre placer al hacerlo. Esta es una tarea muy compleja que necesita de la cooperación familiar, del propio niño y del trabajo estomatológico preventivo que se realice.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el impacto de la intervención aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales de la escuela primaria "Héroes del Moncada" del municipio de Abreus.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la reducción de los hábitos deformantes bucales al realizar la intervención en la población objeto de estudio según edad y sexo.
2. Determinar si existen modificaciones en la frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales asociadas a los hábitos después de aplicada la intervención según edad y sexo.
3. Evaluar el nivel de conocimiento alcanzado sobre los hábitos deformantes bucales luego de aplicado el componente educativo de la intervención en niños, padres y educadores.
4. Identificar las terapéuticas a aplicar durante la intervención acorde al diagnóstico individual.
5. Evaluar la efectividad de la intervención en los niños portadores de hábitos deformantes después de aplicar acciones educativas, preventivas y terapéuticas.

DISEÑO METODOLÓGICO:

En un estudio previo en la escuela primaria “Héroes del Moncada”, se determinaron los niños portadores de hábitos deformantes, lo que constituye el diagnóstico de este estudio. La unidad muestral está compuesta por 548 niños que son el total de los alumnos de la escuela, el universo está constituido por 133 niños, coincidiendo con la muestra.

Se realizó un estudio cuasiexperimental con intervención antes y después de niños portadores de hábitos deformantes bucales comprendidos en las edades de 5-11 años de la escuela “Héroes del Moncada” del Consejo Popular Abreus, municipio de Abreus en el período comprendido de enero a noviembre del 2007.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- ❖ Los niños que presentan hábitos deformantes bucales.
- ❖ Los niños que pertenezcan al Consejo Popular Abreus.
- ❖ Los niños que no estén recibiendo tratamiento ortodóncico.

Criterios de exclusión:

- ❖ Los niños portadores de enfermedades nasofaríngeas.
- ❖ Los niños sin consentimiento para participar en la investigación.
- ❖ Los niños que presentan enfermedades psíquicas y motoras que impidan el examen bucal.
- ❖ Los niños que estén recibiendo tratamiento ortodóncico.

Esta investigación se realizará con previa autorización del Mined y comunicación a la dirección provincial y municipal de educación y además contando con el consentimiento informado de los padres o tutores de los niños. (Anexos 1 y 2)

Para dar cumplimiento al objetivo 1, se obtuvo una muestra de 133 niños del municipio de Abreus, por el método de muestreo probabilístico, estratificado, equitativo de afijación proporcional. Se dividió según sexo y edades de 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 años. Se realizó examen clínico utilizando luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales por la autora de la investigación, y control de la calidad por la tutora. Además se llevó a cabo un examen funcional donde se pudieron detectar alteraciones en las funciones deglución, respiración, fonación y masticación. También se tuvo en cuenta lo que refería cada niño, así como los padres o tutores en cuanto a la práctica de algún hábito deformante. Para detectar alteraciones en la deglución (protracción lingual) se les indicó a los niños que tragaran saliva sin separar los dientes. Se le separan los labios para observar si ocurría proyección de la lengua entre las arcadas dentarias.

Para identificar los niños portadores de hábitos de respiración bucal, se observó mediante el examen facial si el niño respiraba con la boca abierta. También se le preguntó a la maestra si en el aula se mantenía algún niño con la boca abierta de forma permanente y por la observación directa en cada niño de las características del cuadro clínico de este hábito. En los niños identificados como respiradores bucales se procedió a entrevistar a uno de sus padres o tutores para conocer si la causa de la respiración bucal era por enfermedad o por hábito y si esto lo realizaba en un período anterior por lo menos de un año, descartando los niños que presentaban enfermedades nasofaríngeas.

Para detectar los portadores de succión digital, además de la entrevista a los niños y padres o tutores, se examinaron los dedos para detectar dedo limpio o con

callosidades. También se interrogó sobre la presencia de algún hábito accesorio que pudiera presentar el niño.

Para detectar succionadores de tete y biberón se le realizó el interrogatorio a los niños, padres o tutores y se corroboró por las características clínicas que pudieran estar presentes en estos.

Para reconocer el hábito de onicofagia, se examinaron las uñas para observar si eran escasas e irregulares como consecuencia del mordisqueo de las mismas. También se utilizó el interrogatorio a padres o tutores.

Para identificar los niños con hábitos posturales, además de entrevistar a los padres o tutores, se le preguntó a la maestra, si algún niño habitualmente mantenía una postura inadecuada, también nos basamos en la observación de alguna anomalía o desviación que indujera a pensar en la presencia de este hábito.

Después de identificado el o los tipos de hábitos que presentaba cada niño, se procedió a aplicar el programa "Por la sonrisa de un niño" (Anexo 7) con una frecuencia semanal, el cual incorporó niños, padres y educadores de esta institución, lo que garantizó que todos formaran parte de las técnicas participativas donde recibieron los conocimientos sobre los hábitos deformantes bucales y sus consecuencias, se realizaron controles de hábitos, además de aplicar medidas terapéuticas como psicoterapia, mioterapia, todos ellos de forma grupal e individual, así como desgastes selectivos y mecanoterapia, de acuerdo al diagnóstico individual de cada niño.

Se evaluó el cambio de comportamiento en relación con el abandono o mantenimiento del hábito, basado en la observación directa no participativa de los niños en sus horarios de descanso en la escuela, así como del resultado de

entrevistas a padres y educadores con una frecuencia mensual, se triangularon las informaciones y se consideró como eliminación de esta entidad cuando el producto de esta triangulación confirmara su coincidencia, por el contrario se calificó como mantenida.

Para el cumplimiento del objetivo 2 se realizó un examen bucal para el reconocimiento del lugar donde se localizaban las anomalías, observando las arcadas dentarias por separado y en oclusión mediante el método observacional y para su evaluación después de realizada la intervención, se determinó por la presencia o no de sus manifestaciones clínicas.

Para dar cumplimiento al objetivo 3 se aplicó una encuesta de conocimientos sobre los hábitos deformantes bucales y las consecuencias del mantenimiento de estos en el normal desarrollo del Aparato Estomatognático, la cual fue validada por el consejo científico de Abreus y sometida a un proceso de pre test.

Para ello se diseñaron instrumentos diferentes para los niños, teniendo en cuenta el lenguaje adecuado y la validación por parte de los psicólogos. (Anexo 5)

Una vez obtenida la información inicial se diseñó y aplicó un Programa Educativo de Salud Bucodental denominado "Por la sonrisa de un niño". (Anexo 7)

Este constituyó la expresión de organización, planificación y control de un conjunto de técnicas educativas donde se involucraron niños, padres y educadores, predominando las técnicas afectivo participativas, haciendo uso de herramientas claves como la comunicación bidireccional, persuasión participativa interactiva y la creatividad, además de dramatizaciones con la participación del grupo promotor cultural de este municipio que amenizó las actividades.

Se emplearon diversas técnicas, si las clasificamos de acuerdo a los sentidos que tenemos para comunicarnos fueron: vivenciales (animación y análisis), de actuación y visuales (gráficas y escritas).

Previo a la aplicación del programa educativo se realizaron dos capacitaciones dirigidas a los padres y educadores de la escuela objeto de estudio con el objetivo de elevar sus conocimientos sobre los hábitos bucales deformantes.

El programa educativo constó de cuatro sesiones con una duración aproximada de 1 hora con una frecuencia semanal. (Ver Anexos 7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17).

A cada cuestionario de preguntas aplicadas a los niños y padres o tutores se le estableció una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de su puntuación sobre la base de 10 puntos, se evaluó en: Bien, Regular; Mal. Este valor se obtuvo del resultado de la sumatoria de las respuestas de cada pregunta.

El resultado del cuestionario se clasificó de la siguiente forma por intervalos de:

- Bien: 7 – 10 (más del 70%)
- Regular: 5,1 – 6,9 (de 51% a 69%)
- Mal: <5 (menos del 50%)

Para dar cumplimiento al objetivo 4, se les aplicó terapias grupales para mejorar el equilibrio bucal y dentario a los niños con disfunciones neuromusculares seleccionando los ejercicios según los grupos musculares afectados.

Se aplicaron los tratamientos correctivos a los portadores de hábitos con anomalías dentomaxilofaciales que incluyeron los desgastes selectivos, psicoterapia y mecanoterapia.

Para evaluar la efectividad de las terapias educativas, preventivas y terapéuticas utilizadas (objetivo 5) se relacionaron las variables de eliminación y mantenimiento

de los hábitos deformantes bucales después de realizar la intervención sobre los niños objeto de estudio.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

Variable	Definición operacional	Escalas y Valores
Edad	Se tomaron las edades de 5 a 11 años, calculado a partir de fecha de nacimiento y dividido por edades.	5, 6, 7, 8, 9, 10,11 años.
Sexo	Femenino o masculino según características morfogenéticas.	1. Femenino 2. Masculino
Incompetencia bilabial	Cuando los labios están unidos sin contracción muscular y el labio inferior no contacta con el borde incisal de los incisivos superiores.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Resalte	Distancia en sentido horizontal entre borde incisal de incisivos superiores y caras vestibulares de los incisivos inferiores considerándose normal de 0 a 3 mm. Se consideró anormal cuando sus valores se elevaron.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Vestibuloversión	Posición adelantada de los incisivos superiores respecto a su eje axial y relacionado con el resalte aumentado.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Diastema	Espaciamiento anormal entre los dientes, provocado por la presencia de hábitos deformantes bucales.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Adaquia	Cuando la distancia entre los bordes incisales es mayor de 0 mm, estando las arcadas en oclusión.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----

Apiñamiento	Es la posición irregular de los dientes en la arcada dentaria con ruptura de los puntos de contacto por existir rotaciones y versiones por falta de espacio.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Hábitos posturales	Posición inadecuada de la mano que comprime los maxilares durante el sueño y momentos de reposo, se determina por referencia u observación clínica.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Hábito de succión	Hábito de succión del tete, biberón o cualquier dedo, se determina por la observación clínica o por referencia.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Hábito de deglución atípica	Se observa proyección de la lengua entre ambas arcadas durante el acto de la deglución.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Onicofagia	Mordedura de las uñas, se determina por referencia u observación clínica.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Mioterapia	Ejercicios musculares encaminados a mejorar la función en el grupo muscular afectado.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Mecanoterapia	Aparatología que se instala para corregir el resalte hasta 5 mm y diastemas u otras anomalías dentomaxilofaciales con	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----

	neuroclusión de molares.	
Desgastes selectivos	Procedimiento que se realiza para eliminar interferencias que pueden provocar desplazamiento funcional de la mandíbula y una incorrecta ubicación de los dientes en su respectivas arcadas.	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----
Nivel de conocimiento sobre hábitos deformantes	Conocimiento sobre hábitos deformantes de los padres, niños y profesores, basado en el resultado del instrumento aplicado.	1.Bien:7–10puntos 2.Regular: 5,1 – 6,9 pto 3.Mal: <5 puntos
Evaluación de la efectividad de la intervención sobre los hábitos deformantes bucales	Se evaluó de acuerdo a la información obtenida producto de la triangulación de información aportada por la observación y entrevistas a niños, padres y educadores.	1. Eliminado: coinciden las respuestas de las entrevistas y la observación. 2. Mantenido: no correspondencia de respuestas de las entrevistas y observación.
Control de hábitos deformantes bucales	Acciones de Educación para la Salud que se desarrollan dentro o fuera de la institución donde el profesional le brinda al paciente suficiente información acerca de los hábitos deformantes, con el propósito de motivarlos a modificar su comportamiento y que se caracteriza por el seguimiento periódico, para	Antes sí----- no----- Después sí----- no-----

	comprobar los cambios en la actitud del paciente que modifica su estilo de vida.	
--	--	--

Una vez recogida toda la información necesaria se confeccionó una base de datos empleando el paquete de programas SPSS versión 15.0 para Windows que nos permitió el procesamiento, análisis estadístico y la confección de las tablas de resultados, los que se muestran en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en números y porcentos.

Para las tablas con el análisis antes y después de la intervención se aplicó el estadígrafo McNemar y para los resultados finales el test binomial con valor de prueba $p= 0.5$. El procedimiento estadístico se realizó con un nivel de significación del 95 %.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

TABLA #1 Distribución según edad y sexo de niños de 5-11 años. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	#	%	#	%	#	%
5	1	20,0	4	80,0	5	3,8
6	13	25,0	11	75,0	24	18,0
7	12	57,1	9	42,9	21	15,8
8	11	42,3	15	57,7	26	19,5
9	10	55,6	8	44,4	18	13,5
10	11	57,9	8	42,1	19	14,3
11	11	55,0	9	45,0	20	15,0
Total	69	51,9	64	48,1	133	100,0

Fuente: Modelo de encuesta

Después de procesar la información recogida en las encuestas aplicadas a los 133 niños de 5 a 11 años de edad del Consejo Popular Abreus, se obtuvieron los siguientes resultados:

Del total de niños examinados, el 51,9% perteneció al sexo femenino y el 48,1% al masculino. Dentro del sexo femenino, la mayor cantidad de niños se agrupó en las edades de 7 y 10 años con 57,1 % y 57,9% respectivamente. Las edades más representadas de forma general fueron: 6 y 8 años con el 18,0% y 19,5% respectivamente.

El predominio del sexo femenino, coincide con los resultados obtenidos por Da Silva (66), Agurto (67), Maya (18), Montiel (68), Acevedo (69), Rosell (61), Cantón

(62), Más (70), Yera (71), Castillo (46), González (72), Morales (31), Gálvez (73), Proaño (64), Lanza (74), Hernández (65) en estudios similares.

Estos resultados constituyen un reto para el Estomatólogo General Integral a quien le corresponde jugar un papel decisivo en la detección precoz de factores que puedan alterar el equilibrio de los componentes del aparato estomatognático, para lograr mantener la salud bucal en esta población infantil.

TABLA #2 Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos deformantes según edad en niños de 5-11 años antes de la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

EDAD	HÁBITOS											
	PROTRACCIÓN LINGUAL		SUCCIÓN BIBERÓN		SUCCIÓN TETE		ONICOFAGIA		SUCCION DIGITAL		RESPIRACIÓN BUCAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
5 /n=5	2	40,0	1	20,0	-	-	1	20,0	-	-	2	40,0
6/ n=24	19	79,2	7	29,2	3	12,5	4	16,7	3	12,5	5	20,8
7 /n=21	19	90,5	11	52,4	1	4,8	4	19,0	2	9,5	3	14,3
8 /n=26	20	76,9	8	30,8	-	-	5	19,2	2	7,7	5	19,2
9 /n=18	11	61,1	5	27,8	-	-	4	22,2	5	27,8	2	11,1
10/ n=19	9	47,4	6	31,6	-	-	8	42,1	-	-	4	21,1
11/ n=20	7	35,0	6	30,0	0	0	9	45,0	4	20,0	4	20,0
TOTAL	87	65,4	44	33,1	4	3,0	35	26,3	16	12,0	25	18,8

Fuente: Modelo de encuesta

TABLA #3 Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos deformantes según edad en niños de 5-11 años después de la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

EDAD	HÁBITOS											
	PROTRACCION LINGUAL		SUCCIÓN BIBERÓN		SUCCIÓN TETE		ONICOFAGIA		SUCCION DIGITAL		RESPIRACIÓN BUCAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
5 /n=5	2	40,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	40,0
6/ n=24	8	33,3	1	4,2	1	4,2	1	4,2	1	4,2	2	8,3
7 /n=21	8	38,1	3	14,3	-	-	-	-	-	-	1	4,8
8 /n=26	11	42,3	2	7,7	-	-	2	7,7	1	3,8	3	11,5
9 /n=18	3	16,7	3	16,7	-	-	-	-	2	11,1	-	-
10/ n=19	4	21,1	2	10,5	-	-	-	-	-	-	1	5,3
11/ n=20	-	-	2	10,0	-	-	2	10,0	2	10,0	1	5,0
TOTAL	36	27,1	13	9,8	1	0,8	5	3,8	6	4,5	10	7,5

Fuente: Modelo de encuesta

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
HÁBITO	EDAD	P
Protracción lingual	6 años	p= 0,002
	7 años	p= 0,006
	9 años	p= 0,001
	10 años	p= 0,012
	General	p= 0,000
Succión del Biberón	6 años	p= 0,006
	General	p= 0,000
Onicofagia	9 años	p= 0,031
	General	p= 0,000
Succión Digital	10 años	p= 0,016
	General	p= 0,031
Respiración Bucal	General	p= 0,012

Al estudiar la frecuencia de los diferentes tipos de hábitos por edades, antes y después de la intervención, las tablas #2 y 3 muestran los siguientes resultados: antes de la intervención, la protracción lingual (65,4%), la succión del biberón (33,1%) y la onicofagia (26,3%) fueron los hábitos que más afectaron al grupo de niños examinados. El predominio de los dos primeros, coincide con Rosell (61), Cantón (62), Moreno (60), Morales (31), Yera (71), Gutiérrez (75), Proaño (64), Hernández (65) y Duménigo (76). Para Más (70) el que sobresalió fue la succión del biberón.

Autores como Da Silva (66), Agurto (67), Acevedo (69), Maya (18) y Conde (28) encontraron algunos de estos hábitos dentro de los de mayor frecuencia.

Según Montiel (68), la onicofagia alcanza su pico a los 11 años y este estudio coincide con ello.

En cuanto a las edades, el hábito de protracción lingual afectó más a las edades de 7 y 6 años con el 90,5% y 79,2% respectivamente, lo cual coincide con Acevedo (69). De los 5 a los 7 años, este hábito se incrementa para luego decrecer progresivamente de los 8 a los 11 años. Autores como Fernández Torres (77), Acevedo (69), Rosell (61) y Cantón (62) coinciden con la alta frecuencia de este hábito dentro de este rango de edad.

El alto número de niños que practican el hábito de protracción lingual puede guardar relación con que en la mayoría de los niños no se aprecia el patrón de deglución maduro hasta los 6 años y no lo alcanza nunca de un 10 a un 15% de la población. (19)

Al observar los resultados generales después de aplicada la intervención se puede evidenciar que la frecuencia de los diferentes hábitos deletéreos se redujo evidentemente, con significación estadística en muchos de los casos.

Si analizamos el hábito de protracción lingual, este disminuyó a un 27,1%. En las edades de 6, 7, 9 y 10 años esta reducción se corrobora estadísticamente. Clínicamente la disminución de esta entidad es favorable, pues repercutirá en un menor número de alteraciones en el aparato estomatognático. Esto demuestra que las actividades realizadas en la escuela y en el servicio de Ortodoncia fueron efectivas, pues permitió que se logran estos resultados.

En un estudio realizado por Limonta (78), donde se llevó a cabo una intervención educativa, se evidenció la reducción de la lengua protráctil aunque con valores inferiores a los alcanzados en esta investigación, lo que demuestra que si se combinan acciones educativas, preventivas y terapéuticas se logran resultados más satisfactorios. Díaz (45) en su investigación observó que el biberón es uno de los factores que ponen en riesgo la salud del complejo estomatognático en la infancia y que provoca el hábito de protracción lingual, lo cual coincide con este estudio y corrobora que todos estos hábitos mantenidos conllevan a la ruptura del equilibrio bucodentario.

El tete además de provocar efectos deletéreos, es un vehículo de transmisión de enfermedades; pues cae al piso y el niño se lo lleva a la boca sin previo lavado, pudiendo adherírsele cuerpos extraños y microorganismos que pueden transmitirles otras enfermedades, situación esta que requiere de la vigilancia de los padres, tutores y educadores para que los infantes mantengan su salud bucal.

En esta investigación se encontraron otros hábitos que aunque fueron menos frecuentes desde el principio se constató su disminución, como es el caso de la succión del tete y la succión digital. Estos también se deben vigilar muy de cerca y eliminarse con la colaboración de los padres y educadores, para elevar desde el

sistema educacional, los estilos de vida saludables, ya que desde la infancia se van modelando las condiciones que favorecen la salud.

Solo se encontró un caso de hábito postural, el cual se logró eliminar principalmente gracias a la colaboración del profesor y las auxiliares pedagógicas que después de adquirir conocimientos sobre este problema de salud, influyeron positivamente en su eliminación.

La bibliografía consultada resalta la importancia de la atención multidisciplinaria en el control y tratamiento de estas entidades, la que debe estar integrada por el Grupo Básico de Trabajo. (79)

TABLA #4 Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos deformantes según sexo en niños de 5-11 años antes de la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

HÁBITOS	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO n=69		MASCULINO n=64			
	#	%	#	%	#	%
PROTRACCIÓN LINGUAL	46	66,7	41	64,1	87	65,4
SUCCIÓN BIBERÓN	20	29,0	24	37,5	44	33,1
SUCCIÓN TETE	2	2,9	2	3,1	4	3,0
ONICOFAGIA	19	27,5	16	25,0	35	26,3
SUCCIÓN DIGITAL	12	17,4	4	6,3	16	12,0
RESPIRACIÓN BUCAL	14	20,3	11	17,2	25	18,8

Fuente: Modelo de encuesta

TABLA #5 Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos deformantes según sexo en niños de 5-11 años después de la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

HÁBITOS	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO n=69		MASCULINO n=64			
	#	%	#	%	#	%
PROTRACCIÓN LINGUAL	15	21,7	21	32,8	36	27,1
SUCCIÓN BIBERÓN	8	11,6	5	7,8	13	9,8
SUCCIÓN TETE	1	1,4	-	-	1	0,8
ONICOFAGIA	2	2,9	3	4,7	5	3,8
SUCCION DIGITAL	4	5,8	2	3,1	6	4,5
RESPIRACIÓN BUCAL	3	4,3	7	10,9	10	7,5

Fuente: Modelo de encuesta

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
HÁBITO	SEXO	P
Protracción lingual	F	p=0.000
	M	p=0.001
Succión del Biberón	F	p=0.001
	M	p=0.017
Onicofagia	F	p=0.001
	M	p=0.001
Succión Digital	M	p=0.003
Respiración Bucal	F	p=0.003

La frecuencia de los diferentes tipos de hábitos antes y después de la intervención según sexo está contenida en las tablas #4 y 5. En orden de frecuencia aparecieron predominando antes de intervenir, la protracción lingual en el sexo femenino y luego en el masculino y la succión del biberón en los niños, seguido de las niñas. Resultados similares encontraron Acevedo (69), Rosell (61) y Cantón (62) en sus investigaciones. Vera (80) en su estudio encontró que la protracción lingual afectó por igual ambos sexos y que esta era más severa en el sexo femenino y más leve en el masculino. En este estudio no se evaluó la severidad del hábito.

Barrios (81) en un estudio sobre respiradores bucales en el municipio de Artemisa en La Habana encontró un predominio de esta entidad en el sexo femenino, resultado que coincide con este trabajo. A su vez se diferencia del hallado por Camacho (82) en un trabajo similar, para quien el sexo masculino fue el más afectado.

Rodríguez (83) en su estudio sobre la efectividad de la sedación nocturna como terapia para la eliminación de la succión digital, señaló que este hábito fue más frecuente en las féminas, al igual que en este trabajo. La onicofagia se destacó en este mismo sexo, similar al estudio realizado por Montiel (68), Duménigo (76), Rosell (61) y Acevedo (69).

La mayoría de los hábitos son más frecuentes en el sexo femenino, excepto la succión del biberón y del tete y los hábitos posturales. Esto coincide con algunos autores como Da Silva (66), Astorga (84), Agurto (67), Domínguez (85), Paredes (79), Montiel (68), Maya (18), Chávez (86), Yera (71), González (72), Morales (31), Cantón (62) y Proaño (64).

Los hábitos más frecuentes que aparecen en el sexo femenino son: la protracción lingual y la succión del biberón, lo que coincide con otros estudios realizados. (62, 66, 71, 79, 85)

La mayor susceptibilidad del sexo femenino por este tipo de problema de salud puede plantearse alrededor de las diferentes educaciones sexistas que se dan como norma y necesidad, donde a las mujeres se les somete a más indicadores de presión y supresión psicosocial. (68)

Castro (22) plantea que posiblemente la causa esté relacionada con los estereotipos de masculinidad y feminidad que se les transmiten a los niños y niñas con una gran carga de sexismo y en los prejuicios que se expresan de manera abierta. Esto provoca que los niños se vean obligados a reprimir sus emociones, pues el llanto u otras formas de expresión como los hábitos bucales deformantes que son utilizados para liberar tensiones, serían sinónimo de debilidad.

Para el sexo masculino, los hábitos más representados fueron: la protracción lingual y la succión del biberón, con el 64,1% y 37,5% respectivamente.

Al analizar el comportamiento de los hábitos después de las actividades realizadas para su eliminación, podemos observar que en ambos sexos se evidencia una marcada reducción de cada uno de los mismos, lo cual se corrobora estadísticamente en la mayoría de los casos. Una vez más queda demostrada la efectividad de la aplicación de medidas educativas y terapéuticas en el control de los hábitos bucales perjudiciales causantes de las maloclusiones, que constituyen un problema de salud en la población infantil estudiada.

TABLA #6 Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según edad en niños de 5-11 años antes de la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

ANOMALÍAS DENTOMAXILO FACIALES	EDAD														TOTAL	
	5/ n=5		6/ n=24		7/ n=21		8/ n=26		9/ n=18		10/ n=19		11/n=20		n=133	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
INCOMPETENCIA BILABIAL	3	60,0	8	33,3	7	33,3	7	26,9	4	22,2	8	42,1	4	20,0	41	30,8
VESTIBULOVERSIÓN	2	40,0	9	37,5	11	52,4	11	42,3	8	44,4	7	36,8	9	45,0	57	42,9
APIÑAMIENTO	1	20,0	8	33,3	13	61,9	9	34,6	5	27,8	5	26,3	12	60,0	53	39,8
ADAQUIA	-	-	3	12,5	3	14,3	2	7,7	3	16,7	-	-	3	15,0	14	10,5
MORD. CRUZ. ANTERIOR	-	-	2	8,3	3	14,3	2	7,7	1	5,6	-	-	1	5,0	9	6,8
MORD.CRUZ. POSTERIOR	-	-	2	8,3	1	4,8	3	11,5	1	5,6	1	5,3	3	15,0	11	8,3
DIASTEMAS	2	40,0	13	54,2	9	42,9	9	34,6	4	22,2	1	5,3	5	25,0	43	32,3
RESALTE AUMENTADO	1	20,0	10	41,7	11	52,4	14	53,8	5	27,8	10	52,6	12	60,0	63	47,4
SOBREPASE AUMENTADO	4	80,0	19	79,1	15	71,4	18	69,2	11	61,1	8	42,1	18	90,0	93	69,9
TOTAL	13		74		73		75		42		40		67		384	

Fuente: Modelo de encuesta

TABLA #7 Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según edad en niños de 5-11 años después de la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

ANOMALÍAS DENTOMAXILO FACIALES	EDAD														TOTAL n=133	
	5/ n=5		6/ n=24		7/ n=21		8/ n=26		9/ n=18		10/ n=19		11/n=20		#	%
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
INCOMPETENCIA BILABIAL	2	40,0	4	16,7	2	9,5	3	11,5	2	11,1	2	10,5	2	10,0	17	12,8
VESTIBULOVERSIÓN	2	40,0	3	12,5	3	14,3	3	11,5	8	44,4	2	10,5	2	10,0	23	17,3
APIÑAMIENTO	-	-	2	8,3	3	14,3	2	7,7	-	-	-	-	3	15,0	10	7,5
ADAQUIA	-	-	2	8,3	1	4,8	1	3,8	1	5,6	-	-	-	-	5	17,3
MORD. CRUZ. ANTERIOR	-	-	-	-	1	4,8	1	3,8	-	-	-	-	-	-	2	1,5
MORD. CRUZ. POSTERIOR	-	-	-	-	-	-	1	3,8	-	-	-	-	1	5,0	2	1,5
DIASTEMAS	2	40,0	1	4,2	4	19,0	3	11,5	1	5,6	1	5,3	1	5,0	13	9,8
RESALTE AUMENTADO	-	-	4	16,7	6	28,6	10	38,5	1	5,6	6	31,6	3	15,0	30	22,6
SOBREPASE AUMENTADO	2	40,0	1	4,2	6	28,6	14	53,8	11	61,1	4	21,2	5	25,0	43	32,3
TOTAL	8		17		26		38		24		15		17		145	

Fuente: Modelo de encuesta

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
ANOMALÍAS	EDAD	P
Incompetencia Bilabial	6 años	p=0.031
	10 años	p=0.039
Vestibuloversión	7 años	p=0.008
	8 años	p=0.012
Apiñamiento	6 años	p=0.039
	7 años	p=0.007
	11 años	p=0.006
Diastemas	6 años	p=0.000
	7 años	p=0.031
	8 años	p=0.039
Resalte Aumentado	6 años	p=0.007
	9 años	p=0.002
Sobrepase Aumentado	11 años	p=0.039

Las tablas #6 y 7 nos revelan que las anomalías más frecuentes según edades en el grupo de niños estudiados antes de la intervención, fueron: el sobrepase aumentado (69,9%), el resalte aumentado (47,4%) y la vestibuloversión (42,9%) lo cual coincide con resultados encontrados por Acevedo (69), Cantón (62), Duménigo (76) y Proaño (64). Para Da Silva (66), la mordida abierta anterior seguida de la mordida cruzada posterior son las anomalías más frecuentes en su estudio. Sin embargo, en este trabajo esas anomalías junto con la mordida cruzada anterior son las que menos predominaron.

Los niños de 8 años fueron los que más anomalías desarrollaron, al igual que en el estudio de Hernández (65) y para este grupo, las más representadas fueron: el

sobrepase aumentado (69,2%), el resalte aumentado (53,8%) y la vestibuloversión (42,3%).

El resalte aumentado y la vestibuloversión, que están dentro de las tres anomalías más frecuentes, se relacionan con los hábitos de protracción lingual y succión del biberón que resultaron ser los dos más comunes, lo cual infiere el vínculo estrecho entre los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales encontradas en esta muestra poblacional.

No coinciden con este estudio los resultados de la investigación de Montiel (68), donde la desviación de la línea media, ocupó el primer lugar en las edades de 9 y 10 años y el apiñamiento el segundo lugar en la edad de 11 años.

Barrios (81), Astorga (84), Orozco (50) y Rosell (61), determinaron que la anomalía más frecuente, era la incompetencia bilabial, lo cual difiere de este trabajo.

Antes de intervenir, las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes se observaban principalmente en las edades de la dentición mixta, lo que puede deberse a la gran variabilidad de la secuencia de erupción, las diferentes oclusiones que aparecen después de la erupción de cada diente (68) y a la presencia de hábitos bucales deformantes mayormente encontrados en estas mismas edades, los cuales constituyen un factor de riesgo para la aparición de anomalías.

De forma general, analizando la reducción de las anomalías dentomaxilofaciales después de la intervención, las tablas anteriores evidencian que en todos los grupos de edades, el total de las mismas se redujo considerablemente y en la mayoría de los casos hubo significación estadística. Esto demuestra los resultados satisfactorios obtenidos tras la aplicación de las medidas terapéuticas en la población objeto de estudio.

TABLA #8 Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según sexo en niños de 5-11 años antes de la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES	SEXO				TOTAL n=133	
	FEMENINO n= 69		MASCULINO n= 64			
	#	%	#	%	#	%
INCOMPETENCIA BILABIAL	21	30,4	20	31,3	41	30,8
VESTIBULOVERSIÓN	35	50,7	22	34,4	57	42,9
APIÑAMIENTO	28	40,6	25	39,1	53	39,8
ADAQUIA	12	17,4	2	3,1	14	10,5
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	4	5,8	5	7,8	9	6,8
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	5	7,2	6	9,4	11	8,3
DIASTEMAS	24	34,8	19	29,7	43	32,3
RESALTE AUMENTADO	40	58,0	30	46,9	70	52,6
SOBREPASE AUMENTADO	23	33,3	17	26,6	40	30,1
TOTAL	215		176		338	

Fuente: Modelo de encuesta

TABLA #9 Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según sexo en niños de 5-11 años después de la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES	SEXO				TOTAL n=133	
	FEMENINO n= 69		MASCULINO n= 64			
	#	%	#	%	#	%
INCOMPETENCIA BILABIAL	4	5,8	13	20,3	17	12,8
VESTIBULOVERSIÓN	5	7,2	18	28,1	23	17,3
APIÑAMIENTO	2	2,9	8	12,5	10	7,5
ADAQUIA	2	2,9	3	4,7	5	3,8
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	1	1,4	1	1,6	2	1,5
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	1	1,4	1	1,6	2	1,5
DIASTEMAS	-	-	13	20,3	13	9,8
RESALTE AUMENTADO	14	20,3	16	25,0	30	22,6
SOBREPASE AUMENTADO	21	30,4	22	34,4	43	32,3
TOTAL	50		95		145	

Fuente: Modelo de encuesta

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
ANOMALÍAS	SEXO	P
Incompetencia Bilabial	M	p= 0.007
	General	p= 0.001
Vestibuloversión	F	p= 0.000
	M	p= 0.043
	General	p=0.000
Apiñamiento	F	p=0.000
	M	p=0.000
	General	p=0.000
Adaquia	General	p=0.049
Mordida Cruzada Posterior	General	p=0.022
Diastemas	F	p=0.000
	M	p=0.003
	General	p=0.000
Resalte Aumentado	F	p= 0.000
	M	p= 0.001
	General	p= 0.000

Haciendo referencia a las anomalías según sexo antes y después de la intervención, en las tablas #8 y 9 se muestra que en sentido general, el sexo femenino antes de la intervención presentó mayor número de anomalías, lo que coincide con los resultados de Más (70), Rosell (61), Acevedo (69), Cantón (62), Castillo (46), Proaño (64), Hernández (65) y Yera (71) en sus estudios.

Para el sexo femenino, las anomalías más frecuentes son en primer lugar: el resalte aumentado (58,0%), seguido de la vestibuloversión (50,7%) y el

apiñamiento (40,6%), mientras que para el masculino coincide con el resalte aumentado en primer lugar (46,9%), luego el apiñamiento (39,1%) y en tercer lugar, la vestibuloversión (34,4%). Resultados similares encontraron Cantón (62), Rosell (61) y Acevedo (69), aunque en estas dos últimas se observó la incompetencia bilabial con una alta repercusión en su muestra poblacional.

El sexo femenino presentó el mayor número de anomalías, y es el más afectado por los hábitos deformantes bucales, lo cual demuestra la asociación entre la práctica de hábitos deformantes y la aparición de anomalías dentomaxilofaciales.

Autores como Barrios (81), Astorga (84), González (87) y Parra (87) en sus investigaciones encontraron que la incompetencia bilabial era la anomalía que ocupaba el primer lugar, lo cual no coincide con los resultados de este estudio.

Al analizar la frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales (ADMF) después de realizada la intervención, se constata que en el sexo femenino se logró una mayor reducción de las mismas, pues de un total de 215 anomalías, se logró una reducción a 50. No obstante de forma general, el total de cada una de las ADMF se logró reducir y en la mayoría su eliminación fue estadísticamente significativa.

TABLA #10 Conocimiento sobre hábitos deformantes bucales antes y después de los niños de 5 a 11 años. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

HÁBITOS	Antes		Después	
	#	%	#	%
SUCCIÓN DIGITAL	93	69,9	130	97,7
SUCCIÓN TETE	89	66,9	128	96,2
SUCCIÓN BIBERÓN	83	62,4	126	94,7
PROTRACCIÓN LINGUAL	28	21,1	122	91,7
ONICOFAGIA	31	23,3	127	95,5
RESPIRACIÓN BUCAL	19	14,3	116	87,2
HÁBITOS POSTURALES	17	12,8	125	94,0
	N=133			

Fuente: Modelo de encuesta

p=0,000

En la tabla #10 se analiza el conocimiento de los niños sobre los hábitos deformantes bucales antes y después de la intervención, donde se evidencia que antes de aplicar las diferentes técnicas afectivo- participativas existía un conocimiento que oscilaba entre el 12,8 % y el 69,9%. Los hábitos de los cuales existía un mayor desconocimiento antes de la intervención entre los niños, son los posturales (12,8%), la respiración bucal (14,3%) y protracción lingual (21,1%).

Al aplicar las actividades educativas se destaca que el nivel de conocimientos de estos niños se elevó en todos los hábitos con valores significativos estadísticamente.

Estos resultados demuestran la necesidad de que el EGI incremente y perfeccione la labor educativa en nuestra población infantil, enfatizando en las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Los resultados de esta investigación son similares a los obtenidos por López (88), Limonta (78) y Cueira (89), los cuales emplean medios didácticos como instrumentos de trabajo para promover la eficiencia de las acciones preventivas para la salud bucal, destacándose el uso de un cancionero dental que al igual que en nuestro programa transmite mensajes educativos en edad escolar, logrando resultados satisfactorios.

El desarrollo de técnicas creativas en la práctica de actividades educativas como las empleadas en este trabajo, donde se destacan la dramatización, demostración, juegos, láminas, objetos, adivinanzas, cuentos y canciones y todo tipo de creatividad didáctica, refuerzan y amenizan las actividades, logrando cambios de actitudes a partir de la incorporación de conocimientos.

Se han reportado de forma similar trabajos donde a través del juego didáctico (77) y crucigrama educativo (67), se promueven conocimientos con el fin de prevenir enfermedades bucodentales. Con el objetivo de promocionar el autocuidado en aras del bienestar individual y colectivo, logramos aproximación con otros estudios donde se confeccionan medios de enseñanza diversos para la educación y promoción de salud en niños. (24, 83)

TABLA #11 Conocimiento de hábitos deformantes bucales antes y después en padres y educadores. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

HÁBITOS	Antes		Después	
	#	%	#	%
SUCCIÓN DIGITAL	100	61,3	159	97,5
SUCCIÓN TETE	122	74,8	161	95,3
SUCCIÓN BIBERÓN	83	50,9	126	77,3
PROTRACCIÓN LINGUAL	14	8,6	122	74,8
ONICOFAGIA	24	14,7	129	79,1
RESPIRACIÓN BUCAL	19	11,7	148	90,8
HÁBITOS POSTURALES	15	9,2	152	89,9
	N=163			

Fuente: Modelo de encuesta

p=0,000

El conocimiento de los padres y educadores sobre los diferentes hábitos deformantes bucales está reflejado en la tabla #11, donde se refleja que antes de aplicar las diferentes técnicas existía solamente un conocimiento que oscilaba entre el 8,6% y 74,8%.

Estos resultados influyen negativamente sobre los niños, puesto que de ellos depende la educación y la transmisión de conductas favorables que pudieran reforzar el tratamiento estomatológico preventivo que se realice, con el objetivo de eliminar la práctica de hábitos deformantes.

En su estudio, Limonta (78) demuestra la efectividad de la intervención educativa mediante técnicas afectivas participativas, en las que se promueven conocimientos sobre cepillado correcto, hábitos bucales deformantes, logrando un incremento de los mismos en la población estudiada.

Otras investigaciones también han demostrado que a través de los juegos didácticos, los niños son capaces de captar y reproducir mensajes educativos promoviendo el autocuidado y elevando los valores de salud bucal (78, 90, 91, 92). Es por tanto prioridad nuestra, brindar a los docentes y padres, elementos esenciales y conocimientos básicos en materia de salud bucal que pudieran ser incorporados a los niños para de esta forma complementar la actividad educativa que como EGI nos corresponde realizar.

TABLA #12 Nivel de conocimiento de hábitos deformantes bucales antes y después de los niños de 5 a 11 años. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Antes		Después	
	#	%	#	%
BIEN	15	11,1	88	66,2
REGULAR	72	53,3	35	25,9
MAL	46	34,1	10	7,5

Fuente: Modelo de encuesta

p=0,000

La evaluación del nivel de conocimiento de los niños fue muy satisfactoria, pues la categoría de bien se elevó del 11,1% al 66,2%, teniendo una diferencia estadística altamente significativa. Lo cual demuestra una vez más la efectividad de las acciones realizadas en esta investigación.

Limonta (78), Duque de Estrada (40) y Cueira (89) elevaron el nivel de conocimiento de los niños al aplicarle intervenciones educativas hasta el 87,9%, 84,1% y 92,0% respectivamente, valores superiores a los alcanzados en esta investigación.

Esto demuestra que los programas educativos aplicados en las escuelas como lo afirma Duque de Estrada (93) son más eficaces y menos costosos, pues el niño es un individuo en período de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual lo hace el más receptivo de los educandos.

TABLA #13 Nivel de conocimiento de hábitos deformantes bucales antes y después de los padres y educadores. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Antes		Después	
	#	%	#	%
BIEN	23	14,1	132	81,0
REGULAR	67	41,1	12	7,4
MAL	73	44,8	19	11,7

Fuente: Modelo de encuesta

p=0,000

Al analizar de forma general el nivel de conocimiento adquirido sobre los hábitos deformantes en los padres y educadores (tabla #9) vemos que se elevó la categoría de bien hasta el 81,0%, con una alta significación estadística, lo cual reviste una gran importancia pues son ellos los responsables de la educación y formación integral de estos niños, constituyendo la célula fundamental de la sociedad.

Los educadores también han sido involucrados en algunas intervenciones educativas, logrando elevar su nivel de conocimiento sobre salud buco-dental. (93, 94)

Estos resultados coinciden con los obtenidos por autores como Maya (18) y Conde (28) que realizaron conversatorios con los padres para lograr mejores resultados,

utilizando la persuasión. Otros refieren la utilización de digitopuntura, sedación nocturna (83) y terapia floral (95); además se han utilizado psicófitos (13,96) y programas de intervención educativa (14, 97).

TABLA #14 Tratamientos aplicados durante la intervención. Consejo Popular “Abreus”. 2007.

TERAPÉUTICAS n = 365	TRATAMIENTOS APLICADOS	
	#	%
PSICOTERAPIA	133	36,4
MIOTERAPIA	116	31,8
MECANOTERAPIA	84	23,0
DESGASTE SELECTIVO	32	8,8

Fuente: Modelo de encuesta

En la tabla #14 se reflejan los tratamientos aplicados durante la intervención para detener la práctica de los hábitos deformantes y eliminar o reducir las anomalías causadas por los mismos. La psicoterapia con el 36,4 %, resultó ser la terapéutica más aplicada en los niños. A esta le siguen la mioterapia y mecanoterapia con el 31,8% y 23,0% respectivamente.

Una vez diagnosticada la presencia de la incompetencia bilabial y la lengua protráctil, por las cuales se ve afectado el sistema neuromuscular, aplicamos la psicoterapia y la mioterapia grupal, así como la individual en los niños que acudieron a consulta, lo cual está justificado por el papel decisivo de los músculos en el equilibrio bucodentario, constituyendo parte importante del sistema estomatognático, resultados estos que coinciden con estudios similares. (98, 99, 100)

Los resultados obtenidos después de la aplicación de estas actividades preventivas y terapéuticas, fueron satisfactorios pues se obtuvo una disminución de los hábitos deformantes bucales y de las ADMF causadas por los mismos. Todo esto basado en un diagnóstico certero al aplicar el método clínico y particularizando en cada paciente.

Romero y colaboradores (43) plantean que las posibilidades terapéuticas pueden ser:

- Tratamientos conductuales para modificar la conducta: reforzamiento diferencial, técnicas aversivas (sustancias líquidas de sabor desagradable impregnadas en los dedos del niño), técnicas de prevención de respuesta (brazaletes que impiden doblar el codo, apósitos en los dedos, cosido de las mangas, uso de guantes,...).
- Dispositivos ortodóncicos fijos/ extraíbles con diferentes diseños. El más clásico es la reja lingual. Este dispositivo actúa como barrera mecánica contra la succión, de un modo pasivo.
- Terapia miofuncional que incluye un conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar el patrón muscular inadecuado.

En esta investigación fueron utilizados gran parte de estos tratamientos excepto la utilización de sustancias de sabor desagradable. En su lugar se utilizaron técnicas afectivo-participativas para modificar conductas indeseables.

Los resultados obtenidos evidencian la eficacia de estas terapéuticas y demuestran que pueden ser aplicadas por el Estomatólogo General Integral logrando efectos favorables sobre el estado de salud bucal de los niños.

TABLA #15 Evaluación de la efectividad de la intervención realizada sobre los hábitos deformantes bucales. Consejo Popular “Abreus”, 2007.

Valor de prueba $p= 0,50$

EFFECTIVIDAD n=133	Después	
	#	%
ELIMINADOS	79	59,4
MANTENIDOS	54	40,6

Fuente: Modelo de encuesta $p = 0,037$

Valor de prueba $p= 0,50$

EFFECTIVIDAD n = 212	Después	
	#	%
ELIMINADOS	141	66,5
MANTENIDOS	71	33,5

Fuente: Modelo de encuesta $p = 0.000$

Después de la realización de las diferentes acciones preventivas y educativas, así como terapéuticas, se puede apreciar que hubo una reducción en el número de los niños con hábitos deformantes bucales, eliminándolos el 59,4 % de los casos. Estos resultados se corroboran estadísticamente, por tanto fue exitosa la intervención.

Si el análisis lo hacemos teniendo en cuenta los hábitos, en lugar de los pacientes portadores de hábitos, se pudo evidenciar que de un total de 212 hábitos que existían antes de la intervención, solo se mantuvieron al final 71 de ellos. Es decir que el 66,5% de esta entidad se eliminó de forma satisfactoria con una alta significación estadística. La importancia de estos resultados radican en que una vez eliminado este agente causal de las anomalías dentomaxilofaciales, se logrará restablecer el equilibrio bucal y dentario, quedando demostrada la efectividad de la

intervención realizada en esta población infantil, resultados inferiores fueron obtenidos por Duque de Estrada (93), que estudió solamente la succión digital.

Estos resultados evidencian la importancia de realizar acciones en la Atención Primaria de Salud por parte del Estomatólogo General Integral y el Grupo Básico de Trabajo que permitirán mejorar el cuadro de salud bucal y contribuir al restablecimiento de la armonía de los componentes del aparato estomatognático, propiciando un adecuado crecimiento y desarrollo craneofacial.

CONCLUSIONES:

- Se logró la reducción de cada uno de los hábitos deformantes bucales encontrados al principio de la investigación en todos los grupos de edades y en ambos sexos y con ello se modificaron exitosamente las anomalías dentomaxilofaciales después de aplicada la intervención.
- Se elevó significativamente el nivel de conocimiento de niños, padres y educadores después de aplicada la intervención, demostrándose que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para el Estomatólogo General Integral.
- Las acciones terapéuticas que más se aplicaron en esta intervención fueron la psicoterapia y la mioterapia determinadas por el diagnóstico individual de cada caso.
- La intervención se consideró efectiva por la reducción significativa de los hábitos deformantes producto de la labor conjunta de la familia, la comunidad, los profesores y los niños como protagonistas de ésta, que fueron motivados con las acciones educativas, preventivas y terapéuticas aplicadas, modificando su comportamiento ante esta práctica y alcanzando estilos de vida más saludables.

RECOMENDACIONES:

- Reforzar en las Consultas de Consejería de Salud Bucal de las Clínicas Estomatológicas, la importancia de los hábitos deformantes bucales como una de las principales causas de anomalías dentomaxilofaciales.
- Lograr una estrecha vinculación entre el Estomatólogo General Integral, las enfermeras, los médicos de familias y pediatras para lograr una labor educativa más efectiva en embarazadas y madres de niños menores de un año, con el fin de evitar la práctica de hábitos bucales deformantes desde edades tempranas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alfonso Betancourt MM, Martínez Naranjo T, Pría Barros MC, Roche Martínez A, García Alfonso A. Salud bucal de la población. Policlínicos “Plaza de la Revolución” y “Héroes del Moncada”; [en línea] 2004 [consultado 20 de julio 2007]. URL disponible en: <http://www.scielo.cu/scielo>.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2002:69.
3. Mora Pérez C de la C. Competencias docentes básicas del profesor de la Carrera de Estomatología: su perfeccionamiento. 2004. Trabajo para optar por el título de Máster en Educación Médica Superior.
4. Jacobino Cuba A. Salud bucal en niños y maestros. Venezuela. 2007. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
5. Chávez V. Propuesta de un folleto educativo para niños/as asmáticos de la escuela Guerrillero Heroico. Tesis de maestría en Promoción y Educación para la Salud. ENSAP; 2004:20.
6. Salas Adam M. Intervención educativa de higiene bucal en adolescentes. Municipio 10 de octubre. Tesis de maestría en Educación para la Salud. Ciudad de la Habana; 2003:52.

7. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev. Cubana Estomatología. 2003; 40(1): 33-7.
8. Varela M. Problemas Bucodentales en Pediatría. Tomado de: <http://www.entornosocial.es/reporta.html> 1999.
9. Bravo Lorenzo D. Nuevas alternativas en prevención de maloclusiones dentarias utilizadas en consejería de salud bucal. Cárdenas. Rev. Médica Electrónica 2006; 28(6): 19-27.
10. Alfaro Mon M, Ventura Hernández MI, Nazco Hidalgo N, Pons Pinillo Z. Prevención y tratamiento de las maloclusiones en la atención primaria de salud. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: Desoft; 2005.
11. MINSAP. Manual para médicos de familia sobre ITIH SIDA-VIH SIDA. Habana: MINSAP; 2003: 75.
12. Barber T. The concept of preventive Orthodontics. J Dent Chile; [en línea] 1966 [consultado 20 agosto 2007]; URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord01297.htm.
13. Bravo Lorenzo D, León de La Fe I., Llorach Duch J. Intervención educativa en hábitos bucales deformantes en el círculo infantil "Amores de la Patria". [en línea] 2004 [consultado 22 marzo 2007] Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol6%202004/tema03.htm>

14. Ojeda Selles D. Factores de riesgo predisponentes al hábito de succión digital en niños de Mopía. Estado de Miranda. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana. DESOFT; 2005.
15. Quirós O. Ortodoncia, Nueva Generación, Caracas: Ed. Amolca; 2003. p. 150-70.
16. Lima Álvarez M. y otros. Hábitos bucales deformantes en un consultorio del médico de la familia en Camagüey, Cuba. Archivo Médico de Camagüey 2004; 8(4): 14-19.
17. Pellitero Reyes BL, García Rodríguez B, Díaz Morell JE, Torres Cur EM. Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín 2003; 7(3):15-21.
18. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev. Cubana Ortodoncia [en línea] 2000 [consultado 8 julio 2007]. URL disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15-2-00/ord4200.html>
19. Proffit WR, Fields HW. Ortodoncia Contemporánea. Teoría y Práctica. 3 Ed. Barcelona: Harcourt; 2001: 113-45.
20. Cruz J. y otros. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Itzacala al diplomado de ortopedia maxilar 2003". Disponible en: Prevalencia de hábitos bucales deformantes. Ilzarbe LM, Pérez Reyes J. Onicofagia frente a estética dental, presentación de un nuevo método para la odontología. iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/

otros/Coloquios/contenido/oral/habitosoral58.htm - 50k (consultado 26 marzo 2007).

21. Moyers RE. Manual de Ortodoncia para el estudiante y Odontólogo General. Paraguay: Ed. Mundi S.A.I.C y F; 1976: 244-259.
22. Castro LA, Modesto A, Vianna R, Soviero VL. Cross-sectional study of the evolution of the primary dentition: shape of dental arches, overjet and overbite. *Pesqui Odontol Bras.* 2002; 16(4):367-73.
23. Yamaguchi H, Sueishi K. Malocclusion associated with abnormal posture. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2003; 44(2):43-54.
24. Fernández Ysla R, Cruz García A, Farah Dago S, Marin Manso G, Cautin Marie G. Factores de riesgos para anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 11 años. Ciudad de la Habana. 2004. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana. DESOFT; 2005.
25. Lauc T. Orofacial analysis on the Adriatic islands: an epidemiological study of malocclusions on Hvar Island. *Eur J Orthod.* 2003; 25(3):273-8.
26. Milosevic A. Occlusion: I. Terms, mandibular movement and the factors of occlusion. *Dent Update.* 2003; 30(7):359-61.
27. Soh J, Sandham A, Chan YH. Occlusal status in asian male adults: prevalence and ethnic variation. *Angle orthod.* [en línea] 2005 [consultado 15 junio 2007]; 75(5): 814-20. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=display&db=pubmed.html>

28. Conde Suárez HF, León de la Fe I, Rivera Lacorra DM. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentaria en niños de primaria. Municipio Cárdenas 2002. Matanzas: Ed. MINSAP; 2002: 29.
29. Finn SB. Odontología Pediátrica. 4ta Ed. México, DF: Ed. Interamericana; 1976:19-25.
30. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2003: 284-287.
31. Morales Montes de Oca TJ. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Área VII. 2006. Trabajo de terminación de la Especialidad para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
32. Gil Rodríguez M. Maloclusiones en niños de 5 a 11 años en el Consejo Popular Pastorita. Área VII. 2006. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
33. Lima Álvarez M. y otros. El Estomatólogo General Integral en la atención comunitaria de Ortodoncia. Camagüey, Cuba. Archivo Médico de Camagüey 2004; 8(6): 15-21.
34. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4 ed. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1992: 19-42.
35. Díaz Da Silva CI. La orientación masticatoria como terapia coadyuvante en maloclusiones. Rev. Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría. [en línea] 2005 [consultado 3 mayo 2007]; URL disponible en:<http://www.ortodoncia.ws/>.

36. Mayoral J, Mayoral G. Ortodoncia: principios fundamentales y práctica. 6 ed. Barcelona: Ed. Labor; 1990: 96-105.
37. El crecimiento y el desarrollo. La succión del pulgar [en línea]. Georgia: MCG Health System; 2005 [actualizado 18 may 2005]; [consultado 24 jul 2007]. URL disponible en: <http://www.mcghealth.org/Greystone/speds/growth/thumb.htm/>.
38. Succión de pulgar [en línea]. Estados Unidos: US National Library of Medicine; 2005 [actualizado 2 sept 2005]; [consultado 20 jun 2007]. URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001923.htm>
39. Succión del pulgar (Chuparse el dedo) [en línea]. Estados Unidos: McKesson Clinical Referente Systems; 1986-2005 [actualizado 2 may 2004]; [consultado 3 sept 2007]. URL disponible en: <http://www.childrenshospitaloakland.org>
40. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev cubana Estomatología [en línea] 2004 [consultado 5 julio 2007]; URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>
41. El Crecimiento y el Desarrollo: La succión del pulgar [monografía en línea] [consultado 2 junio 2007]; 2003. URL disponible en: <http://www.mmhs.com/clinical/peds/espanich/growth/thumb.htm>.
42. Barroso Espadero D. Chupetes y hábito de succión del pulgar. Orientaciones para informar a los padres. Foro Pediátrico Vol. II Diciembre 2005. N°4_ Web de la SPAPex.htm

43. Romero Maroto M, Romero Otero P, Pardo de Miguel A, Sáez López M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE [Serie en Internet] 2004 [consultado 20 jul 2007]; 9(1): URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n1/clinico1.pdf>
44. Succión del pulgar [en línea]: Zona Pediátrica; 2005 [actualizado 29 may 2004; [consultado 8 jul 2007]. URL disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/mod-htmlpages-display-pid-476html>.
45. Díaz Ortega L, Delgado Díaz, Alemán Sánchez PC, González Valdés D. Factores que ponen en riesgo la salud del complejo estomatognático en la infancia. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: DESOFT; 2005.
46. Castillo Muñoz C, Hernández Viguera S. Estudio comparativo de prevalencia de mordida abierta anterior y sus factores asociados en preescolares chilenos. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana. DESOFT; 2005.
47. Rogerio Torres F, Walter R. Otratamento ortodôntico da má oclusao advinda de un habito, como acao isolada, certas vezes nao induz. Rev. Dent. Pressortodon.ortop.maxilar. [en línea] 2003 [consultado 26 junio 2007]; URL disponible en: <http://www.bases.bimere.br/cgi-bin/wrislind.exe/ial/online>.
48. Miranda Cruz J, Villanueva Nandayapa E, Sánchez Aldama M. Hábitos orales frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala al Diplomado de Ortopedia

- Maxilar 2003. Rev. Dental Mexicana [en línea]. 2004. [consultado 1 agosto 2007]; URL disponible en: http://www.estomatol.com.mx/hábitos_orales%42.onicofag.succ/rev.5-72.pdf.
49. Dafabjanis P. Impact of nasal airway obstruction on dentofacial development and sleep disturbances in children: preliminary notes. J Clin Pediatr Dent 2003; 27(2):95-100.
50. Orozco Cuanalo L, García Castillo PD, Sánchez González CL, Moreno Méndez W, Álvarez Herrera AF. Diagnóstico multidisciplinario del paciente con respiración bucal con problemas del habla y maloclusión. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana. DESOFT; 2005.
51. López Rodríguez A, Soto Fernández A, Sarrount Pérez H, Varela Pérez H, Pantoja Valdéz D, Muñiz Manzano E. Tratamiento ortodóncico-quirúrgico de una adaquia anterior. Rev. Cubana Estomatología. [en línea] 2004 [consultado 2 julio 2007]. URL disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0034-75072004000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es>
52. Martínez Herrada YB. Maloclusiones dentarias y enfermedades respiratorias. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado de Estomatología General Integral. 2003. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Villa Clara.

53. Otaño Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Grau León I, Marin Manso GM, Masson Barceló RM, et al Guías prácticas de la Oclusión. En: Sosa Rosales Mc. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2003:261-340.
54. Mora Pérez C, López Fernández R. Tratamiento Ortodóncico - Logopédico utilizando un aparato de Hawley modificado, Rev. Electrónica. Medisur, 2004.
55. Vela Hernández VA. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en la infancia. [en línea] 2005 [consultado 5 julio 2007]. URL disponible en: <http://www.svnp.es/Documen/Ortodoncia.htm>.
56. Ruíz JG. Alergia Clínica [en línea] 2005 [consultado 2 junio 2006]. URL disponible en: [http://www.otorrinoweb.com/Jzquie/temas/41 alergi/clínica-5.htm](http://www.otorrinoweb.com/Jzquie/temas/41%20alergi/clínica-5.htm).
57. Pulido SM. El dedo: un vicio infantil. [en línea] 2005. [consultado 31 mayo 2007]. URL disponible en: <http://www.hacerfamilia.net/revista/articulo.asp?reportaje=97.htm>.
58. Cavaggioni G, Romano F. Psychodynamics of onichophagists. Eat weight Disord [en línea] 2003 [consultado 5 julio 2007]; URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Display&=pubmed>.

59. Mayoral J. Diagnóstico etiológico y patogénico. En: Ortodoncia: principios fundamentales y práctica. Ciudad de la Habana: Ed. Científico Técnica; 1984: 194-196.
60. Moreno Molina O. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años. Consejo Popular Primero de Mayo. 2005 -2006. Trabajo de terminación de la Especialidad para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
61. Rosell Silva CR. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años. Consultorios 33 al 36. Area II. 2005. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
62. Cantón Machín M. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años de 4 consultorios. Area III. Cienfuegos. 2006. Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
63. Fernández Martínez J. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Consejo Popular Abreus. 2006. Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
64. Proaño de la Teja C. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Consejo Popular Constancia. 2007. Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

65. Hernández Cáceres J. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Consejo Popular Charcas. 2007. Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
66. Da Silva Filho OG, Do Rego MVNN, Silva PRBE, Cavasah AO, Fernández Sánchez J. Hábitos de succión y maloclusión: Epidemiología en la dentadura temporal. Rev. Clínica Investigación Ortodóncica [en línea] 2004 [consultado 20 de octubre de 2007]; URL disponible en: <http://www.europa.sim.ucm.es/compludos/AA?a=da+silva+filho%c+o.g.&donde=castellano&2fr=0.html>
67. Agurto VP, Díaz MR, Cádiz DO. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años del área del Oriente de Santiago. Rev. Chil. Pediatr. [en línea] 1999 [consultado 2 de junio 2006]; URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=.](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=)
68. Montiel JME. Frecuencia de maloclusiones y asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM [en línea] 2004 [consultado 7 mayo de 2006]. URL disponible en: <http://www.mediagrapihc.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2004/e-od04-6/em-odo46c.htm>.
69. Acevedo Sierra O. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Area II. Cienfuegos. 2005. Trabajo de terminación de la

Especialidad para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

70. Más García MJ. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años. Consultorios 11,12 y 47. Area II. 2006. Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
71. Yera Perdomo A. Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria del consultorio 1,2 y 3. Municipio Cumanayagüa. 2006. Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
72. González RE, Águila RJ, Almiñaque GR, Céspedes IR. Prevalencia de hábitos bucales deformante. Rev. Cubana Estomatología. 2002: 19(1): 48-52.
73. Gálvez Pereira A. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 – 11 años del Consejo Popular Libertad. Aguada. 2007. Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral.
74. Lanza Tiefembrucker D. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 – 11 años. Consultorio Rancho Grande. Morón. Carabobo. 2007. Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral.
75. Gutiérrez Taillag J. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Consejo Popular Palmira Sur. 2006. Trabajo para optar por

el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral.

76. Duménigo Soler A. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años de 3 consultorios del Consejo Popular Rodas II. 2006. Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral.
77. Fernández Torres CM. Resultados del control de factores de riesgos de anomalías dentomaxilofaciales. Rev. Cubana Ortodoncia. [en línea] 2000 [consultado 22 julio 2006]; URL disponible en: <http://www.bus.sld.cu/revistas/ord/vol15-1-00/ord03100.pdf>.
78. Limonta E. Impacto de la Intervención educativa sobre el estado de salud bucal en escolares de primaria. Santiago de Cuba. 2002. Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral.
79. Paredes Gallardo V, Paredes CC. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Anales en Pediatría 2005; 62(3):261-262.
80. Vera AE, Chacón ER, Ulloa R, Vera S. Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo semestre del año 2001. Rev. Venezolana Estomatología [en línea] 2001 [consultado 20 de mayo 2007]; 40 (3). URL disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Display&DB=pubmed>.

81. Barrios Felipe L, Puente Benítez M, Castillo Coto A, Rodríguez Carpio MA, Duque Hernández M. Hábito de respiración bucal en niños. Rev. Cubana Ortodoncia [en línea] 2001 [consultado 7 agosto 2007]; 16(1). URL disponible en: http://www.bus.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord07101.html
82. Camacho Ruaigip O, Massón Barceló R. Respiración bucal en niños de 3 a 5 años de Ciudad de la Habana. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana. DESOFT; 2005.
83. Rodríguez Rivera N, Legra Silot A. Efectividad de la sedación nocturna como terapia para la eliminación del hábito de succión. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana. DESOFT; 2005.
84. Astorga Cid de la Paz ME, Gaspar Guerrero MC, Tellez Serna CJ, Yáñez Martínez JD. Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales en niños con respiración bucal. [en línea] 2005 [consultado 22 julio 2007]. URL disponible en: <http://odontología.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/cartelfrecuenciadeanomalias08.html>
85. Domínguez Fernández Y. Hábitos deformantes bucales en niños de 5-11 años de los consultorios 25,26,27,y 28. Area V. 2006. Trabajo

para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

86. Chávez A. Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria. Cumanayagüa. 2006. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
87. González Cuellar Y. Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria. Cumanayagüa. 2007. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.
88. López Pernia AR, Losada Fernández JA. Cancionero Dental: Por una alegre sonrisa. En: XIV Congreso Nacional de Estomatología. I Simposio Iberoamericano de Endodoncia. I Encuentro Odontológico del Caribe. I Simposio Internacional de Salud Bucal. Encuentro Internacional de técnicas de Atención Estomatológica, 27 al 31 de Mayo de 2002. Varadero: Centro de Convenciones "Plaza América"; 2002: 130.
89. Cueira Basalto M. Modificación del nivel de conocimiento en cuanto a salud bucal en escolares de 4^o grado. FCM Guantánamo. 2002. Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral.
90. Hernández Cruz MV, Muro N, Acosta Fidalgo C. La Muelita del Saber. En: XIV Congreso Nacional de Estomatología. I Simposio Iberoamericano de Endodoncia. I Encuentro Odontológico del Caribe. I Simposio Internacional de Salud Bucal. Encuentro Internacional de técnicas de Atención Estomatológica, 27 al 31 de Mayo

de 2002 Varadero: Centro de Convenciones "Plaza América"; 2002: 178.

91. Hernández Capote EJ. Juego didáctico estimula la adquisición de conocimientos sobre Salud Bucal. En: XIV Congreso Nacional de Estomatología. I Simposio Iberoamericano de Endodoncia. I Encuentro Odontológico del Caribe. I Simposio Internacional de Salud Bucal. Encuentro Internacional de técnicas de Atención Estomatológica, 27 al 31 de Mayo de 2002 Varadero: Centro de Convenciones "Plaza América "; 2002: 179.
92. Valdéz Ramos M, Marro Díaz A. Niño sano, hombre sano. En XIV Congreso Nacional de Estomatología. I Simposio Iberoamericano de Endodoncia. I Encuentro Odontológico del Caribe. I Simposio Internacional de Salud Bucal. Encuentro Internacional de Técnicas de Atención Estomatológica, 27 -31 de Mayo de 2002. Varadero: Centro de Convenciones "Plaza América"; 2002: 8.
93. Duque de Estrada Berlot ML. Intervención educativa en niños con hábitos de succión digital. Santiago de Cuba. 2003. Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral.
94. Borroto Abal O, Mora Pérez C, Araujo Liriano M, López Fernández R. Nivel de conocimientos de educación para la salud en ortodoncia de trabajadoras de círculos infantiles. Rev. Cubana Ortodoncia. 2001; 16: 83-8.

95. Celorio S. Sugestión nocturna en el tratamiento de succión... [Monografía en Internet]. 2005. [consultado 1 octubre 2007]. URL disponible en: <http://www.jagua.cfg.sld.cu/boletín-celorio/bol 3.htm>.
96. Bravo Lorenzo D. Uso de los psicotíteres en la eliminación del hábito de succión digital. Rev. Médica Electrónica 2005; 27(3): 9-14.
97. Díaz del Mazo L, Pérez Núñez H. y colaboradores: Instructivo “Sonrisas Saludables” para capacitar a adolescentes sobre salud bucal. MEDISAN 2003; 7(4):73-85.
98. Morera Pérez A. Resultados de la fuerza labial lograda con la mioterapia en pacientes con incompetencia bilabial. Cienfuegos. 2003. Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Ortodoncia.
99. Romero Zaldívar E. y otros. Atención primaria en Ortodoncia en dos consultorios del área Oeste del Municipio de Camagüey. 2004. Archivo Médico de Camagüey 2004; 8 (5). Instituto Superior de Ciencias Médicas. 2004.
100. Romero Maroto M, Romero Otero P, Pardo de Miguel A, Sáez López M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE 2004; 9(1): 77-82.

ANEXO 1

Cienfuegos, 8 de enero del 2007

“Año 49 de la Revolución”

A: Bárbara Pedraza Rodríguez

Directora Municipal de Educación Abreus.

ASUNTO: Solicitud de Aprobación.

Estimado Compañero:

Le dirigimos la presente para solicitarle a usted la autorización para realizar una investigación en una muestra de niños de la escuela primaria “Héroes del Moncada” entre las edades de 5 a 11 años, con el objetivo de brindarles atención estomatológica a los portadores de hábitos deformantes bucales, entidad que provoca deformidades en el complejo bucal.

Por lo antes expuesto necesitamos la aprobación por parte del Mined para el desarrollo de dicha investigación.

En espera de su acostumbrada atención, quedamos;

Fraternalmente:

Dra. Jeny Fernández Martínez

ANEXO 2

Consentimiento informado:

Estamos solicitando a usted su cooperación voluntaria para incluir a su hijo (a) dentro de la investigación que se desarrollará en la Escuela “Héroes del Moncada”, cuyo propósito es identificar los hábitos deformantes bucales y anomalías presentes en los portadores de esta entidad, para trazar una estrategia educativa, para el tratamiento que corresponda al nivel primario de atención de salud.

Si acepta que su hijo participe tiene derecho a abandonarla en el momento que estime conveniente.

Agradecemos su colaboración, si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite.

Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en autorizar la participación de su hijo le rogamos no los indique.

Declaración de voluntariedad:

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente que mi hijo (a) participe como una de las personas de la muestra.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA

FECHA

ACTA DE VALIDACIÓN DE ENCUESTA

Por medio de la presente informamos que las encuestas utilizadas para la realización de esta investigación han sido analizadas por el Comité Científico Asesor de la Sede Universitaria Municipal (SUM) de Abreus, y las mismas responden a los objetivos de dicho trabajo. En su contenido se miden los indicadores seleccionados para dar cumplimiento a la finalidad del mismo.

Fraternalmente:

Dra. María Elena Antelo Gordillo
Especialista I grado en Pediatría.

Dr. Juan Miguel Guerra Cabrera
Especialista I grado en Pediatría.

Dr. Raimundo Oquendo Rodríguez
Especialista I grado en Administración de Salud.

MODELO DE ENCUESTA

Nombre de la Institución: _____

Nombre del niño: _____

Edad: _____

Sexo: _____

	Antes		Después	
	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Hábitos	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Succión digital	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Succión del biberón	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Succión del tete	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Respiración bucal	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Protracción lingual	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Onicofagia	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Hábitos posturales	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Incompetencia bilabial	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Vestibuloversión	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Apiñamiento	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Adaquia	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Resalte aumentado	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Psicoterapia	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Mioterapia	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____
Mecanoterapia	Sí _____	No _____	Sí _____	No _____

Cuestionario dirigido a los niños:

Querido amiguito(a): Necesitamos que contestes las siguientes preguntas que nos permitirá conocer qué sabes sobre tu salud bucal y qué podemos enseñarte para que tus dientes se mantengan saludables. Marca con una x la respuesta que consideres correcta. Gracias.

1) ¿Conoces hábitos que deforman los dientes?

Sí _____

No _____

Cuáles _____

2) ¿Cuáles de estos hábitos pudieran perjudicar tus dientes?

_____ chupar dedo

_____ chupar tete

_____ tomar leche en pomo

_____ comerse las uñas

_____ respirar por la boca

_____ colocar la lengua entre los dientes cuando tragas

_____ colocar tus manos sobre la cara cuando estás en el aula y/o al dormir

_____ colocar el lápiz u otro objeto entre tus dientes

Cuestionario dirigido a los padres y educadores:

Con el objetivo de recoger información sobre algunas costumbres de sus hijos respecto a los hábitos bucales, necesitamos respondan las siguientes preguntas.

Agradecemos su cooperación y sinceridad al responder.

1) ¿Conoce usted algún hábito que provoca deformidades en los dientes de sus hijos?

Sí _____

No _____

2) ¿Cuáles de los hábitos que aparecen a continuación pueden perjudicar la posición de los dientes de su hijo?

_____ chupar dedo

_____ chupar tete

_____ tomar leche en biberón

_____ comerse las uñas

_____ proyectar la lengua entre ambas arcadas

_____ respirar por la boca

_____ colocar las manos sobre la cara al dormir y/o en la escuela

_____ colocación habitual de objetos entre sus dientes

4) ¿Cómo han repercutido los hábitos en los dientes de su niño?

_____ dientes botados

_____ mordida abierta

_____ desgastes de los bordes de los dientes

_____ desviación de alguna parte de la cara

Programa Educativo de Salud Bucodental.

Título: "Por la sonrisa de un niño"

Objetivos:

General: Desarrollar en los niños de 5 a 11 años de la escuela "Héroes del Moncada", los conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para el mantenimiento de una salud bucal adecuada.

Específicos:

1. Propiciar un medio favorable que le permita a los niños su desenvolvimiento en el resto del grupo, con ayuda de los maestros e investigadores.
2. Destacar la importancia del apoyo de todos los sectores en función del desarrollo de las actividades y objetivos comunes.
3. Incorporar la educación para la salud bucal en el proceso docente educativo.
4. Abordar los temas en materia de salud bucal que presentaron escaso nivel de conocimientos.
5. Promover la participación familiar para apoyar la actividad educativa que se inicia en la escuela.
6. Determinar la efectividad de las actividades realizadas a través de la comprobación de los objetivos propuestos en cada una de ellas.

Grupo destinatario: Niños de 5 – 11 años.

Propósito fundamental: Elevar el nivel de conocimiento sobre aspectos de salud bucodental.

Límites geográficos: Escuela Primaria: "Héroes del Moncada".

Población: Niños de 5 – 11 años.

Tiempo: Curso escolar 2006 – 2007.

ANEXO 8

Actividades dirigidas a los niños:

Encuentros	Temas	Sesiones
1- "La tela de la araña"	Introducción al programa.	1ra Sesión
2- "Por una sonrisa feliz"	Hábitos bucales deformantes.	1ra Sesión
3- "Una buena lección"	Hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.	1ra Sesión
4- "Sonreímos con esperanza"	Integración de los temas tratados.	1ra Sesión

ANEXO 9

Encuentro No.1: “La tela de la araña”.

Tema 1: Introducción al programa.

Objetivos:

- Crear un ambiente favorable que permita la interrelación de los niños.
- Motivar a los niños, relacionándolos con los temas a tratar.

Métodos y procedimientos:

- Se dará la bienvenida al grupo.
- Se realizará la técnica de presentación “La tela de la araña”. Se pide a los niños que se coloquen formando un círculo. El coordinador sujetará una madeja de hilo y se presentará respondiendo las siguientes preguntas:
 - a) Nombre y apellidos
 - b) ¿Cómo soy?
 - c) ¿Cómo me gustaría tener mis dientes?

Luego se lanzará la madeja al azar a un niño, sin dejar de sujetar el hilo. Así sucesivamente pasará la madeja de un niño a otro hasta que todos se hayan presentado y sujeten la porción del hilo que les ha tocado.

Evaluación:

Se realizará a los niños las siguientes preguntas:

- ¿Se sintieron bien en este encuentro?
- ¿Les gustaría que nos volviéramos a ver?

Se orientará a los niños que comenten con sus padres y otros niños sobre la actividad realizada.

Encuentro No. 2: "Por una sonrisa feliz".

Tema: Hábitos bucales deformantes.

1ra sesión

Objetivos:

- Brindar información acerca de los hábitos deformantes bucales.
- Mostrar a través de fotografías y láminas, los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes y las anomalías causadas por los mismos.

Contenidos:

- Hábitos bucales deformantes. Concepto. Tipos.
- Anomalías dentomaxilofaciales y su relación con los diferentes tipos de hábitos.

Métodos y procedimientos:

- Motivaremos la participación de los niños a través de preguntas, por ejemplo:
- ¿Por qué se consideran importante los dientes bien alineados?
- Escucharemos criterios y se escriben en una cartulina, al final se dará una valoración sobre la importancia de una correcta alineación y contacto de sus dientes y su relación con la estética, masticación, pronunciación y puntualizaremos que cuando no existen los mismos se ven afectadas dichas funciones.
- Se les muestra una lámina con dientes correctamente alineados y otra con dientes mal posicionados. Los niños deben describir lo que observan y exponer diferencias. Logrando entre todos definir un concepto.
- Observar en la boca del niño sentado a su lado si identifican malposiciones dentarias.

- ¿Cuál creen que sea la principal causa para que se produzcan las mismas?
- Se escriben en el reverso de la cartulina utilizada anteriormente.

EVALUACIÓN

1. Nos vemos al sonreír,
perfeccionamos tu fonética
te ayudamos en la masticación
y mejoramos tu estética.
(Respuesta: Los dientes)

2. Me prefieren los bebés,
aunque no soy un juguete;
tampoco soy caramelo,
y me chupan con deleite.
(Respuesta: El tete)

3. Rojita y bien mojadita
siempre estoy en mi casita...
blancas filas de soldados,
me tienen bien custodiada.
Respuesta: (La lengua)

4. Soy el más cortico y gordito
de todos mis hermanitos
si no me dejas de usar
tus dientes voy a empujar.
(Respuesta: Succión del pulgar)

CANCIÓN

“ALÉJATE, BIBERÓN”

Yo sé que eres biberón,
que sabes a caramelo;
pero yo a ti no te quiero,
¡aléjate, biberón...!
perdona que no te quiera,
biberón, biberoncito;
perdona que no te quiera;
pero yo sé tus maneras
de hacer que mis dienteitos,
se me inclinen hacia afuera...
Se me inclinen hacia afuera,
Biberón, biberoncito:
Yo conozco tus maneras,
y no quiero mis dienteitos
echaditos para afuera...
Yo sé que eres biberón,
que sabes a caramelo;
pero yo a ti no te quiero,
no te quiero, no te quiero;
¡aléjate biberón!
¡aléjate biberón!
¡aléjate biberón!
¡aléjate biberón!.

Encuentro No. 3: “Una buena lección”.

Tema 2: Hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

1ra Sesión

Objetivos:

- Informar nuevamente a los niños sobre los hábitos que deforman el complejo bucal.
- Lograr que interioricen a través del cuento, las alteraciones provocadas por estos hábitos.
- Explicar la importancia de su visita al estomatólogo.

Contenido:

- Hábitos bucales deformantes. Alteraciones patológicas.
- Consecuencias de la práctica de hábitos deletéreos.
- Importancia de su visita al estomatólogo.

Métodos y Procedimientos:

- Esta actividad se realizará con la participación de los padres y maestros.
- Técnica de sensibilización a través del cuento titulado: “Una buena lección”.
- Lectura y narración del cuento.
- Debate sobre el cuento a través de preguntas, las cuales estarán en tarjetas enumeradas, se pasará la “valija de correos” con papelitos, con el número de las tarjetas y otros en blanco, los niños que escojan cada papel con número deberán responder la pregunta de la tarjeta con ese número, luego se debatirá por el resto del grupo hasta que se respondan todas.

Algunas preguntas pueden ser:

1. ¿Te gustó el cuento? ¿Por qué?
2. ¿Cuáles aspectos negativos observaste?
3. ¿Cuáles hábitos tú conoces que también provoquen daño a los dientes?

CUENTO

“Una buena lección”

Una lágrima acababa de rodar por la mejilla de Andy formando al golpear con la mesita, un pequeño charquito, como resultado de casi diez minutos de llanto ininterrumpido.

-¿No sales al receso, Andy?

-No maestra, no tengo ganas. Contesta disimulando el llanto y secando a su vez las lágrimas.

-Algo debe ocurrirte. Eres de los más activos de la clase. ¿Es que te sientes mal?

-No, nada más quiero estar solo.

-Alguna razón importante tiene que haber. A ver, cuéntame.

La maestra se sienta frente al niño, que casi ni sube la cabeza para mirarla. Su llanto se había calmado casi totalmente. Alcanzó entonces a tomar aire y dijo:

-Es muy duro lo que me pasa, maestra. Llevo dos o tres días sintiéndome mal después de.... Calló repentinamente, dejó escapar un sollozo y se hundió entre sus brazos sobre la mesita.

-A ver, a ver, dijo dulcemente la maestra, deja que te ayude un poco, levántame la cabeza y cuéntame qué sucede.

-El caso es maestra que me da pena decirlo.

-No debes tener pena alguna, estoy para darte apoyo.

-Bien, lo que sucede es que tengo una mala manía, me chupo el dedo, además hago otra cosa, me como las uñas. Yo sé que está mal, pero no puedo evitarlo, desde pequeñito lo hago y parece que se me han botado los dientes por eso. El otro día mi

mamá me llevó al dentista porque me dolía una muela, cuando me revisaron enseguida me preguntaron por lo del dedo. Ahora me van a llevar para un tratamiento con aparatos y eso, creo que me va a doler, además he visto a otros niños con cosas raras en los dientes y hasta en la cabeza, la verdad es que dan risa. A veces me he reído de Arturo, vive cerca de la casa y le dicen "diente-lata". Ahora sé por qué siempre está triste y solo. Ah, y lo otro..., mi mamá me ha amenazado con venir y decir en el aula que me chupo el dedo, no sé si después de eso me miren igual o se rían de mí.

La maestra escuchaba atentamente a Andy, sus palabras salían de su boca como un torrente. Al fin y luego de un par de minutos en silencio, habló la maestra.

-Mira Andy, son normales muchas de las cosas que me cuentas. Aunque la verdad es que tienes que mejorar en eso de los malos hábitos. Debes saber que el mal hábito del dedo provoca que tus dientes se muevan de lugar y se te deforme la dentadura. Por otra parte, todos de cierta manera le tememos al dentista, pero él no es un enemigo, su trabajo es arreglarnos los dientes y enseñarnos a cuidarlos cada día. Si, en algunos casos los tratamientos duelen un poquitín, ellos te los hacen lo más dulcemente posible, además debes saber que la labor que realizan es sumamente importante. Otra cosa, no te preocupes que voy a hablar con tu mamá para que no diga nada en el aula. Pero tienes que prometerme que no te chuparás más el dedo ni te comerás las uñas.

-Ni morderé los lápices ni los casquillos, maestra.

-Queda claro todo, ¿No Andy?

-Sí maestra.

Ya en casa Andy se mira fijamente los dientes en el espejo del baño. - Es verdad que debo ir al dentista para arreglarme la dentadura, desde hoy, cero dedo ni uñas. Creo que esto me va a servir de una buena lección.

Se les propone a los escolares dramatizar el cuento en su aula y presentar a los demás grupos para seleccionar los mejores actores y compartir con familiares, amiguitos del barrio y otros de la escuela lo ocurrido en el cuento y sus valoraciones.

Encuentro No. 4: “Sonreímos con esperanza”

Tema 4: Integración de los temas tratados.

1ra Sesión

Objetivos:

- Valorar los criterios y conocimientos de los niños sobre los temas discutidos.
- Valorar la efectividad del programa.

Contenido:

- Abordar los aspectos más importantes referentes a los tópicos desarrollados con los escolares.
- Necesidad de la eliminación de los hábitos que deforman el complejo bucal y su relación con las anomalías.
- Aspectos preventivos.

Técnicas y Procedimientos:

- Se invitará a los padres y maestros a participar en intercambios, debatiendo los aspectos esenciales de cada tema discutido.
- Promover un intercambio de ideas sobre cada aspecto fundamental tratado en los encuentros pasados.
- Se propone desarrollar la actividad que más les haya gustado.

Evaluación:

- Se realizará a través del cuestionario a los niños y padres (Anexos 5 y 6) con la ayuda de las técnicas de atención estomatológica (TAE).
- Una vez terminada esta fase del programa, se debatirá acerca de la importancia de los conocimientos adquiridos y los progresos observados en los niños. Los padres y/o educadores reforzarán con sistematicidad los conocimientos adquiridos en el desarrollo del mismo.

Actividades dirigidas a los padres y educadores:

Encuentros	Temas	Sesiones
1	Introducción al Programa.	1 Sesión
2	Hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.	1 Sesión
3	Hábitos bucales deformantes. Importancia de su visita al estomatólogo.	1 Sesión
4	Integración de los temas tratados.	1 Sesión

Encuentro No. 1

1ra Sesión.

Tema: Introducción al programa.

Objetivos:

- Crear un ambiente favorable para el intercambio con los padres.
- Motivar la participación de los padres en las actividades a desarrollar resaltando la importancia del apoyo familiar.

Métodos y Procedimientos:

- Se dará la bienvenida al grupo.
- Realizaremos la presentación utilizando la técnica de los “refranes”. Por ejemplo tarjeta No. 1 (El que a buen árbol se arrima), tarjeta No. 2 (buena sombra lo cobija). Se vuelven todas las tarjetas en la “valija de correo” y al azar se reparte una tarjeta a cada participante, entonces cada persona debe buscar quien tiene la otra parte del refrán.

Cuando la pareja se encuentra se presentan y responden las siguientes preguntas ante el grupo:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Qué edad tienes?
- ¿En qué trabajas o a qué te dedicas?
- ¿Cuántos hijos tienes?

Se emplea una cantidad de refranes que serán la mitad del número de personas a participar. Cuando todos se hayan presentado se continúa el desarrollo de la actividad.

- Se explicará a los padres los objetivos que nos proponemos al aplicar el programa educativo, las características y la importancia de su apoyo, así se destacará el papel de la familia en la educación del niño.

- Proponer a debate la siguiente frase:

“Todo adulto necesita un niño a quien enseñar, en esa forma aprenden los mayores”

- Se aplicará el cuestionario inicial para identificar las necesidades de aprendizaje (Anexo 6)

Se planificará el próximo encuentro.

Encuentro No. 2

Tema 2: Hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

Objetivos:

- Brindar información acerca de los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes.
- Proporcionar conocimientos a los padres y educadores sobre las anomalías dentomaxilofaciales producidas por los hábitos.

Contenido:

- Hábitos bucales deformantes. Concepto.
- Anomalías dentomaxilofaciales. Concepto. Tipos. Relación con los hábitos deformantes bucales.

Métodos y Procedimientos:

- Brindar información a los padres y educadores acerca de los hábitos bucales deformantes, su concepto y relación con la aparición de anomalías dentomaxilofaciales.
- Se dará a conocer los efectos negativos de los hábitos en funciones como la estética, la fonación y la masticación.
- Se propicia el debate según los criterios de los padres sobre cómo eliminar los hábitos bucales deformantes.
- Se explicará a los padres sobre la importancia de corregir tempranamente los hábitos deformantes.

- Se podrá mostrar a través de láminas, los diferentes tipos de hábitos, alteraciones patológicas producidas por los mismos y aparatología empleada para su corrección.
- Se debatirán experiencias personales relacionadas con el tema tratado.

Evaluación:

Se realizará a través de preguntas.

- ¿Les gustó la actividad?
- ¿Aprendieron algo nuevo? ¿Qué?
- ¿Les resultó importante haber asistido a este encuentro? ¿Por qué?
- ¿Puede ayudar a su hijo en cuanto a la eliminación de algún hábito deformante bucal que posee?

Encuentro No. 3

Tema 3: Hábitos bucales deformantes. Importancia de la visita al estomatólogo.

1ra Sesión.

Objetivos:

- Informar a los padres con ayuda del cuento, sobre algunos hábitos que deforman el complejo bucal y la actitud que se debe tener en estos casos.
- Brindar información sobre los distintos tipos de tratamientos para la corrección de anomalías dentomaxilofaciales causadas por los hábitos deformantes.
- Resaltar la importancia de la visita al estomatólogo.

Contenido:

- Hábitos deformantes. Tratamientos utilizados. Prevención.

Métodos y Procedimientos:

- Los padres participarán en la actividad planificada en el encuentro No.3, oirán la narración del cuento y el debate, al igual que los maestros.
- Explicar mediante fotografías y láminas los diferentes tipos de tratamientos utilizados para la corrección de las anomalías causadas por los hábitos.
- Se destacará la importancia de su visita al estomatólogo y el peligro que representa no tratar las alteraciones producidas por los hábitos desde edades tempranas.

Evaluación:

- Se realizará a través de la técnica "Las caritas" que emplearemos para evaluar los niveles de satisfacción grupal. Se elaborarán 3 caritas en cartulina para

cada padre y representarán rasgos de satisfacción, tristeza e indiferencia y levantarán la que escoge para responder a las siguientes preguntas:

- ¿Creen que se han cumplido los objetivos previstos a lo largo de las actividades programadas?
- ¿Qué les pareció el diseño y la organización de las actividades?
- Se procede a repartir los cuestionarios finales para el análisis comparativo.

Encuentro No. 4

Tema 4: Integración de los temas tratados.

1ra Sesión.

Objetivos:

- Valorar los criterios y conocimientos de los niños sobre los temas discutidos.
- Valorar la efectividad del programa.

Contenido:

- Abordar los aspectos más importantes referentes a los tópicos desarrollados con los escolares.
- Necesidad de la eliminación de los hábitos que deforman el complejo bucal.
- Aspectos preventivos.

Técnicas y Procedimientos:

- Se invitará a los padres y maestros a participar en intercambios, debatiendo los aspectos esenciales de cada tema discutido.
- Promover un intercambio de ideas sobre cada aspecto fundamental tratado en los encuentros pasados.
- Se propone desarrollar la actividad que más les haya gustado. Ej. cuento dramatizado, debate, canción, adivinanzas, etc.

Evaluación:

- Se realizará a través del cuestionario a los niños y padres (Anexos 5 y 6) con la ayuda de las TAE.
- Una vez terminada esta fase del programa, se determinará la efectividad del mismo; los padres y educadores reforzarán con sistematicidad los conocimientos adquiridos en el desarrollo del mismo.