

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS.
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
“ARACELIO RODRÍGUEZ CASTELLÓN”.
CUMANAYAGUA**

TÍTULO: Intervención de salud bucal en escolares de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales .

Autora: Dra. MARÍA DE LOS SANTOS HACES YANES.
Especialista de primer grado en Ortodoncia.
Profesor Instructor.

Tutora: Dra. CLOTILDE DE LA C. MORA PÉREZ.
Especialista de segundo grado en Ortodoncia.
MSc: en Educación Médica.
Profesor Auxiliar.
Investigador Agregado.

Asesor: Lic. NICOLÁS R. CRUZ PÉREZ.
Profesor Auxiliar. Bioestadística y Computación

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

**“AÑO 50 DE LA REVOLUCIÓN”
2008**

ÍNDICE

	Páginas
1. Exergo-----	
2. Dedicatoria-----	
3. Agradecimientos-----	
4. Índice-----	
5. Resumen-----	
6. Introducción -----	1
7. Marco Teórico Referencial -----	12
8. Objetivos -----	23
9. Diseño Metodológico -----	24
10. Análisis y Discusión -----	35
11. Conclusiones -----	69
12. Recomendaciones -----	71
13. Bibliografía -----	72
14. Anexos	

RESUMEN

Los hábitos son patrones neuromusculares de naturaleza compleja que se aprenden por su repetición frecuente y que pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales. **PROPÓSITO:** se evaluó el resultado de las medidas educativas, preventivas y terapéuticas sobre los portadores de hábitos deformantes bucales en la escuela primaria “Raúl Suárez Martínez “ del consejo popular Rafaelito. **DISEÑO:** se realizó un estudio cuasiexperimental con intervención antes y después en un universo de trabajo constituido por 253 niños de 5 a 11 años. Después de identificados los tipos de hábitos que presentaba cada niño, se procedió a aplicar el programa “**Para Sonreír Feliz**”, con una frecuencia semanal. Se le aplicó una entrevista antes y después a los niños, padres o tutores y educadores después de aplicar las acciones educativas y preventivas y las terapéuticas para lograr la reducción de los hábitos deletéreos y sus manifestaciones clínicas. **RESULTADOS:** se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, y erradicar el 68.6% de los hábitos deformantes más frecuentes como fueron la protracción lingual, succión del biberón y el tete, por lo que se redujeron las anomalías dentomaxilofaciales. **CONCLUSIÓN:** la intervención tuvo éxito por el elevado nivel de conocimiento adquirido sobre los hábitos deformantes y buena efectividad por su repercusión en la eliminación de esta entidad en los niños; además, se logró mejorar la armonía de los componentes del aparato estomatognático.

Palabras claves: HÁBITOS DE LA BOCA / diagnóstico, EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL / método, ATENCIÓN DENTAL PARA NIÑOS / método

INTRODUCCIÓN

La atención estomatológica integral a la población presenta un amplio espectro en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Este nivel de atención es muy complejo por la magnitud de los problemas presentes en él, detectados mediante el diagnóstico y la vigilancia del estado de salud bucal y a partir de los resultados obtenidos se analiza la situación de salud y se establecen planes de medidas de acuerdo con los problemas. ¹

Al realizar el análisis de la situación de salud bucal se detectaron problemas muy frecuentes en la población menor de 19 años, como maloclusiones y los factores de riesgo a padecerla, entre los que se incluyen los hábitos deformantes bucales, la hipotonía muscular, la pérdida prematura de dientes, entre otros, que de ser descubiertos y controlados a tiempo, evitan que se produzca la enfermedad. ²

La OMS citado por Rodríguez³, plantea que los hábitos deformantes bucales constituyen un problema de salud frecuente en la población infantil.

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35% a 75% con diferencias según el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente que contribuye a la maloclusión, aproximadamente de un 40% a un 85%.⁴⁻⁵

Cuba, como potencia médica, es uno de los principales centros de la medicina a escala internacional en materia de salud, tiene sólidos antecedentes en lo realizado hasta hoy y se sustenta en la calidad humana, científica y revolucionaria de los trabajadores de este sector.⁶⁻⁷

Lo más significativo en la Estomatología General Integral (E.G.I) 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.⁷

Es propósito 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.⁷

De todos es conocida la importancia para el logro de la salud bucal, el control de los hábitos deformantes bucales (HDB), los cuales son comunes en los niños, y de manera general pueden considerarse normales hasta los dos años y medio, aunque no existe unidad de criterio hasta qué edad pueden ser considerados como normales⁸, después de esta edad deben eliminarse³, por su repercusión en el desarrollo de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico, además de ser muy costosos estos tratamientos.

7-9

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución, respiración normal y fonación y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los 3 años. Estos hábitos deformantes traen como

consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.¹⁰⁻¹¹

Generalmente, estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación debido a la poca capacidad de comprensión del niño. Por eso es ésta la tarea más importante y en ocasiones compleja del profesional al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados; es importante, además, la cooperación de los padres, pues la clave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo.¹² Según Maya¹⁰, similar criterio tuvo *Finn* cuando planteó; **"Si queremos tener buenos pacientes infantiles primero tendremos que educar a los padres"**. Las relaciones entre padre e hijo son las principales dentro de las interpersonales.

Los hábitos orales perniciosos, el niño los utiliza como un vehículo para calmar su necesidad emocional, ellos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, a la vez que interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

13 -14- 15

La detección se realiza en muchas ocasiones por el odontólogo, pero en otras por el pediatra que explora al niño, y debe identificarlos de manera precoz. He ahí la importancia de conocer los signos clínicos más evidentes de estos hábitos para tener éxito en el tratamiento.¹³

La frecuencia de los hábitos dependerá de la edad del niño, ya que en edades entre 2-6 años, la succión digital y del chupete está ampliamente extendida,

mientras que en los niños mayores de 6 años lo son la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica.¹⁶

Dentro de los hábitos más frecuentes podemos encontrar la protracción lingual, succión digital, del biberón y del chupete, respiración bucal, queilofagia, onicofagia y hábitos posturales.¹⁷

El uso prolongado de chupetes y biberones produce micrognatismo (estrechamiento del maxilar) y prognatismo alveolar superior. Debe prohibirse el uso de chupetes, que son además muy antihigiénicos y afectan la salud general, y no prolongar el uso del biberón más de un año en la lactancia artificial.¹⁸⁻¹⁹

La protracción lingual constituye otro de los hábitos deformantes que con mayor frecuencia afectan a nuestros pacientes. Esta afección consiste en la ubicación de la lengua entre las arcadas dentarias, ya sea en la zona anterior o entre los sectores laterales, observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación.²⁰⁻²¹

No podemos dejar de referirnos a la onicofagia, que se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas, y puede provocar heridas en dedos, labios y encías, y desarrollar diversas infecciones. En relación con sus características clínicas, cabe mencionar la desviación de uno o más dientes, el desgaste dentario localizado y la afectación localizada de los tejidos periodontales.⁸

Hay un vínculo muy significativo en la mayoría de los grupos de edades entre los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales. Este vínculo se debe a la potencialidad de los primeros de interferir con el patrón

regular de crecimiento facial. Esto tiene como consecuencia, producir anomalías tanto morfológicas como funcionales.²²

El odontólogo debe evaluar al niño en busca de implicaciones psicológicas antes de proporcionar tratamiento para eliminar cualquier hábito bucal parafuncional. La más sencilla, aunque es la menos utilizada, consiste en asesorar al paciente mediante una charla del odontólogo, acerca de los problemas que produce la succión no nutritiva (*non-nutritive sucking*). De esta forma se está brindando información que puede motivar al niño a eliminar los hábitos, pues está en formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje, que lo hacen el más receptivo de los educandos.²³⁻²⁴⁻²⁵

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. En el niño, la educación para la salud tiene como finalidad inculcarle actitudes, conocimientos y hábitos positivos que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de la salud, y la prevención de enfermedades evitables en su edad.²⁴⁻²⁵

La promoción se refiere a mejorar las condiciones de salud e incluye la prevención para evitar enfermedades. Aquí la educación para la salud ocupa la función central al representar una estrategia a desarrollar ante la población. Es de suma importancia la responsabilidad del individuo y la familia, la valoración individual de la salud propia, y la participación de cómo éste valore su salud en su preservación.²⁶⁻²⁷⁻²⁸

Es imprescindible adentrarse en el estudio científico de lo cotidiano en contactos interpersonales entre los adultos y los niños, trascender científicamente para erradicar frases, prejuicios y costumbres que repetimos sin darnos cuenta, pues se ha demostrado que los niños captan más favorablemente el proceso de aprendizaje cuando tiene la oportunidad de reflexionar, de discutir con otros y cuando encuentran aplicaciones prácticas a sus conocimientos; de esta forma se logra que abandonen hábitos que no les son beneficiosos para su crecimiento y desarrollo.²⁴⁻²⁹

Basado en lo antes expuesto se demuestra la importancia de la comunicación, que se define como un proceso encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos. Una de las posibilidades que ofrece la comunicación interpersonal es la orientación-consejería en aspectos relacionados con la salud bucal. El término Consejería proviene del inglés "*counseling*", que no posee una traducción exacta, pero en ningún caso debe ser confundido con la actividad de dar consejos.³⁰

Consejería se debe entender como una forma profesional peculiar de prestar ayuda; es un diálogo mediante el cual el paciente puede explorar sus sentimientos, expresar su miedo y temores; conocer a qué se va a enfrentar y qué situaciones difíciles debería superar, para lo cual recibirá la información necesaria y precisa de modo que le sirva para elaborar alternativas de comportamiento.²⁸

Es importante, que el estomatólogo aproveche cada contacto con el paciente para profundizar y mejorar los conocimientos de aquel 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. 31

La estomatología debe ser cada vez más preventiva y educacional, nuestra atención debe ir dirigida muy especialmente a nuestra población infantil, 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 sus condiciones de salud individuales y comunitarias. 31

Hoy se plantea mantener y consolidar lo alcanzado y desarrollar una nueva etapa en la que se priorizan las estrategias poblacionales de intervención dirigidas a transformar los estilos de vida. En esta proyección las acciones de promoción y prevención ocupan el centro de la atención. 31

En nuestra provincia se han realizado diferentes investigaciones acerca de los hábitos deformantes bucales. Debemos citar los estudios realizados por Mora³²⁻³³ que arrojan que más del 85 % son portadores de hábitos deformantes bucales.

En el municipio de Cumanayagua existen estudios descriptivos sobre este tema, como los realizados por Castillo³⁴, Chávez³⁵, Yera³⁶ y González³⁷, los cuales hallaron gran cantidad de maloclusiones fundamentalmente por hábitos deformantes bucales. A partir de lo antes expuesto, decidimos realizar un estudio más completo sobre el tema.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Los hábitos deformantes bucales son de indudable causa primaria o secundaria de anomalías dentomaxilofaciales. La OMS citada por Rodríguez³ señala los hábitos deformantes bucales como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población infantil.³⁻³⁴

Los hábitos son la causa más frecuente de que asistan los niños a nuestras consultas porque afectan a gran parte de la población infantil específicamente en nuestro territorio³⁴⁻³⁵⁻³⁶⁻³⁷, estos presentan afecciones en el aparato estomatognático, de la estética y no menos importante los trastornos psicológicos.³⁸

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular al ser patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Algunos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, por ejemplo la acción normal de los labios y la masticación adecuada.³⁸

Cuando los hábitos persisten por mucho tiempo tenemos que usar la psicoterapia, tratamiento de la psiquis, que se realiza a través de la terapia verbal, y proporciona la eliminación del hábito, pues mediante ella el Estomatólogo General Integral (E.G.I.) debe enseñar al paciente a desarrollar su capacidad de adaptación, comprender y valorar adecuadamente su enfermedad, superar o compensar las limitaciones que le provoca y llevarle nuevos modos y estilos de vida.³⁴

Entre las medidas terapéuticas que se pueden aplicar para eliminar hábitos, podemos citar: la psicoterapia, la mioterapia, la mecanoterapia y la utilización de técnicas educativas, entre otras.³⁴

Es imprescindible el fisiologismo muscular normal en el área facial por constituir un elemento que permite un mejor crecimiento y desarrollo de los tejidos blandos, óseo y dentario. Mediante la ejercitación muscular se busca devolver el tono y función normal a los grupos musculares que hayan sido alterados.³⁸

La mioterapia que tiene como objetivo fundamental lograr la función normal de los tejidos blandos, favorece al tratamiento ortodóncico en tres formas distintas: como prevención, como tratamiento propiamente dicho y como contención de los objetivos logrados al finalizar el tratamiento en pequeñas anomalías dentofaciales. En cuanto a prevención, podemos citar el caso de Polonia, donde se aplicó la mioterapia en forma masiva en los Círculos Infantiles y se evitaron maloclusiones.³⁸ Como tratamiento propiamente dicho, citamos los obtenidos por Lima³⁹ en la investigación realizada donde disminuyó las disfunciones neuromusculares.

La mecanoterapia es el tratamiento ortodóncico más utilizado y generalizado entre los E.G.I, dentro de ellos se encuentran el Hawley y sus modificaciones y mantenedores de espacios, que actúan sobre el arco dental coronario.³⁸

Para la eliminación de los hábitos se aplican diferentes técnicas educativas, cuyos procedimientos están encaminados a modificar los conocimientos, actitudes y prácticas, así como a elevar la conciencia de salud individual y

colectiva. Entre estas técnicas se encuentran los cuentos dramatizados, los juegos de roles, las adivinanzas, el amigo secreto, las canciones...⁴⁰

Ferrer²⁹ plantea que los niños aprenden más rápido y eficazmente la enseñanza si esta se torna interesante y amena, con variedad de métodos y de los medios auxiliares que se emplean. Así hará que más pronto se atraiga la atención de los educandos, además la investigación ha demostrado que los infantes captan favorablemente el proceso de aprendizaje cuando tiene la oportunidad de reflexionar, discutir con otros y encontrar aplicación práctica para sus conocimientos.²⁴

Se ha recomendado aplicar programas de tipo preventivo que enfoquen las intervenciones hacia los grupos que potencialmente pudieran incurrir en conductas inadecuadas o problemas que afecten de alguna manera su salud; principalmente aquellos que puedan llevarse a cabo en centros estudiantiles y áreas donde residan estos pobladores con riesgo.⁴¹

En Cuba, a pesar de contar con un sistema único de salud, que vigila el estricto cumplimiento de los programas, nos enfrentamos a deficiencias en la aplicación de las acciones encaminadas al control de los factores de riesgo por parte de la Atención Primaria de Salud en Estomatología, encontrándose errores de diagnóstico y en el tratamiento de los hábitos deformantes bucales y sus consecuencias en la población general y fundamentalmente en los niños de 5 a 11 años de edad.³⁴

A pesar de existir en el municipio de Cumanayagua algunos estudios descriptivos sobre este tema, como los realizados por Castillo³⁴, Chávez³⁵,

Yera ³⁶ y González ³⁷, los cuales hallaron alta frecuencia de hábitos deformantes bucales en las edades de 5 a 11 años, no existen estudios, sin embargo, en el área urbana, al respecto en los que se realice una intervención, que incluya actividades en el nivel primario que permitan actuar sobre este problema de salud en la población infantil. He aquí que la **situación problémica (problema práctico)** está centrada en la convicción de que: si conocemos la frecuencia de hábitos deformantes en nuestra área y si aplicamos medidas educativas y terapéuticas en el nivel primario, podemos reducir o eliminar los hábitos y sus consecuencias.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO.

A pesar de que los hábitos constituyen una de las causas principales de motivo de consulta en la Atención Primaria de Salud (A.P.S), no existen estudios precedentes en el área urbana de Cumanayagua que incluyan acciones específicas sobre esta entidad , ¿ Se logrará al realizar acciones educativas, preventivas y terapéuticas, en conjunto con los padres y personal docente, reducir o eliminar los hábitos deformantes y las ADMF que alteran el equilibrio de los componentes del aparato estomatognático, así como modificar el modo y estilo de vida de esta población infantil que asiste a estas instituciones educacionales?

HIPÓTESIS

Si se tiene conocimiento de la frecuencia de hábitos deformantes bucales de la población infantil objeto de estudio, si en la A.P.S. se aplican medidas terapéuticas y educativas que incidan solamente sobre los niños, se podrán controlar y evitar éstos, en el desarrollo

de maloclusiones que provocan deformaciones dentomaxilofaciales, lo cual garantizaría la recuperación de la salud bucal.

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

El tratamiento de los dientes mal alineados se remonta hasta casi 2500 años a las escrituras de Hipócrates. El año 1900 marca aproximadamente el comienzo de la Ortodoncia. Los pioneros fueron Norman William Kingsley y Edward H. Angle; la enseñanza fue puesta en práctica rápidamente.⁴²

En 1849 Joseph Watson Ver Valín en su libro Odontotecnia llamaba la atención sobre el arreglo de los dientes de los niños antes de los 14 años y sobre la primera dentición del niño. Entre otras cosas, dice: “Si los padres y las madres supieran que anualmente se presentan al dentista multitudes de niños que atribuyen el estado ruinoso de sus dientes al descuido de sus padres durante la niñez, y manifiestan que preferirían una dentición arreglada y hermosa a la riqueza que pudieran heredar”...³⁸

En 1897 surge la primera persona que estudia la profesión dental: Evangeline Jordon quien se dedicó exclusivamente a la atención de los niños.³⁸

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.³⁸

La relación entre los músculos y las maloclusiones es muy estrecha y ha sido estudiada desde los inicios de la Ortodoncia.⁴³

Rogers es conocido como el padre de la mioterapia, pues fue el primero en reconocer la importancia que tienen los músculos para el crecimiento y

desarrollo. Esta es, además una actividad preventiva, fácil de realizar que puede ser ejecutada por el Estomatólogo General Integral. Se plantea que favorece el tratamiento ortodóncico en: la prevención, en el tratamiento propiamente dicho, y en la contención de pequeñas anomalías dentofaciales.

44-45

También descubrió Rogers 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 mismo 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.³⁸

En Cuba antes del triunfo de la revolución existían alrededor de 30 ortodoncistas, radicados en la capital del país y casi todos dedicados a la práctica privada; la formación de estos la realizaron algunos en EE.UU. y otros de forma autodidacta.³⁸

Después del triunfo revolucionario, emigraron casi en su totalidad; quedaron sólo 9 ortodoncistas, que se ocuparon de la docencia y de la formación de nuevos especialistas, cuando fue creada la especialidad en 1962 por el Ministerio de Salud Pública.³⁸

De conformidad con las orientaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de diferentes resoluciones y actividades internacionales, en 1982, la Federación Dental Internacional (FDI) elaboró algunas metas específicas sobre salud bucal y recomendó, a todos los países

miembros, la adopción de metas nacionales, en concordancia con sus problemas de salud, características y posibilidades.⁴⁶

A partir de esta recomendación y si se tiene en cuenta que en Cuba no se contaba con un adecuado diagnóstico de salud bucal, la Dirección Nacional de Estomatología se dio a la tarea de realizar una encuesta epidemiológica en el período comprendido de septiembre de 1982 y febrero de 1983, con la finalidad de obtener una primera aproximación acerca del estado de salud bucal de la población cubana.⁴⁶

Dentro de la Odontología la Ortodoncia es la parte más especializada y compleja, el diagnóstico es difícil y los tratamientos son largos y complicados.
42

Mundialmente las maloclusiones se presentan en la población entre el 35% a 75% con diferencias según el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente que contribuye a la maloclusión, aproximadamente de un 40% a un 85%.⁴⁷⁻⁴⁸

En Cuba, en estudios realizados se ha podido comprobar que 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, 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 femenino⁴⁷. En estudio realizado por Gil⁴⁹ en niños de 5 a 11 años, se observó que el 61.8% eran portadores de esta enfermedad. 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; la literatura plantea que son múltiples y complejas las causas de esta entidad.⁴⁷⁻⁵⁰

Los hábitos bucales se definen como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto por su repetición frecuente que no es funcional ni necesaria y que hace que actúen fuerzas no naturales sobre los dientes. Pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales como por ejemplo las maloclusiones dentarias.

1-9

De forma general se presentan entre el 56% y 75% de los niños, producen alteraciones del balance neuromuscular, discrepancia hueso-diente, mordida cruzada posterior, anterior y mordida abierta anterior y pueden provocar desviaciones de la mandíbula cuando existen interferencias oclusales asociadas a hábitos posturales.¹

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.³⁴⁻⁴⁷

Etimológicamente los hábitos pueden ser clasificados en:

- Instintivos: como el hábito de succión, el cual al principio es funcional, pero que puede tornarse en perjudicial por la persistencia en el tiempo.
- Placenteros: como algunos casos de succión digital.
- Defensivos: en pacientes con rinitis alérgica, asma; y 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, son claros ejemplos de actitudes imitativas.⁵¹

La protracción lingual constituye otro de los hábitos deformantes que con mayor frecuencia afectan a nuestros pacientes, el mismo consiste en la ubicación de la lengua entre las arcadas dentarias, ya sea en la zona anterior o entre los sectores laterales, observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación.⁵²

Entre la etiología de las maloclusiones se encuentra la deglución con la lengua adelantada, que pueden ser de dos tipos: el empuje lingual simple que puede ser con los dientes juntos o asociado con deglución normal, generalmente asociada con una succión digital y deglución con empuje lingual complejo asociado con una deglución con dientes separados.⁵³

Existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación, que determinan la posición lingual en deglución; el patrón de deglución infantil, que se presenta en el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción

de los primeros dientes permanentes, en que la lengua irá colocándose de forma paulatina en una nueva posición en la boca, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.⁵⁴

La lengua debe colocarse por detrás de los dientes al articular determinados fonemas, pero en el niño con deglución infantil se produce una interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores; esta interposición se presenta especialmente en la emisión de los fonemas D, T, S⁵⁵, sin embargo en estudios realizados donde se utilizaron aparatos removibles con modificaciones, se encontró que cuando se reducían las anomalías, se lograba una adecuada articulación de los fonemas F, R, S y T, lo que demuestra que cuando los órganos articulatorios están normales se restablece el lenguaje adecuadamente.³²⁻³³

Algunos autores plantean que existe una relación directamente proporcional entre la deglución atípica severa y la adaquia, así como una incorrecta dicción y el rendimiento escolar bajo.⁵⁶⁻⁵⁷

La succión del pulgar o “chuparse el dedo” es una de las costumbres más frecuentes en los niños. Aproximadamente del 50% al 87% de los niños se chupan el pulgar. El hábito comienza en las primeras horas de vida, un gran porcentaje de los recién nacidos muestran alguna forma de chuparse la mano.

58

La literatura expresa que el hábito de succión digital en casi todos los niños normales tienen actividad succionadora sin intenciones alimenticias, el hábito mantenido de chuparse el dedo puede dar lugar a maloclusión. Como norma general, los hábitos de succión durante los años de la dentición primaria tienen

a largo plazo efectos escasos o nulos. Sin embargo, si dichos hábitos persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión, caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior y un arco superior estrecho, lo que facilita, a su vez, la instauración del hábito de deglución infantil o lengua protráctil. ¹⁸⁻⁵⁸

La succión del dedo se presenta en una gran variedad de formas en cuanto a intensidad y frecuencia, pero además en cuánto al número de dedos involucrados, aunque el más frecuente es el pulgar. Este es presionado sobre la parte anterior del paladar y provoca mordida abierta con protrusión dentoalveolar superior y retrusión del sector incisivo inferior. ²⁴⁻⁵⁹

Constituye la succión del pulgar uno de los primeros actos coordinados a través del cual el niño puede proporcionarse satisfacción y hacerse algo menos dependiente de su medio ambiente, es un proceso de gratificación oral, una actividad normal cuyo pico se alcanza a los dos años, cuando esta persiste después de la lactancia, particularmente en los años preescolares se debe pensar en la posibilidad de que exista un trastorno de adaptación. Algunos autores consideran que este hábito puede ser normal o poco significativo hasta los 3 años y después de los cuatro años, puede desarrollar una maloclusión en los dientes. ⁶⁰⁻⁶¹⁻⁶²⁻⁶³

El uso prolongado del chupete o biberón más allá de los dos años, puede también provocar deformaciones, aunque es menos dañino que el dedo para la estructura bucal porque es más blando, pero también puede producir deformaciones en la boca. ⁶⁴

Las consecuencias del uso excesivo del chupete son las mismas que provoca la succión del pulgar o digital. Si una madre comprende las consecuencias de un uso excesivo, el hábito es permisible, siempre y cuando el niño lo abandone antes de la edad crítica de los tres años. El hábito puede ir tan lejos que el chupete puede usarse durante el juego, y para calmar al niño, acaba por utilizarse todo el día. Los efectos de este hábito pueden ser sorprendentes. En el niño alimentado con biberones la actividad muscular no es normal y se acostumbra a una deglución anormal.³⁸⁻⁵⁷⁻⁶⁰⁻⁶⁵

La onicofagia, del griego onyx-uña y phagein-comer, 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.⁶⁶⁻⁶⁷

En relación con sus características clínicas cabe mencionar la desviación de uno o más dientes, el desgaste dentario localizado y la afectación localizada de los tejidos periodontales.⁴⁷

La onicofagia coincide habitualmente con la succión de los dedos, generalmente los afectados se muerden todas las uñas. Hay desigualdad según sexo, pues las mujeres parecen más preocupadas por el problema estético. La causa de ésta es un comportamiento que no se extinguió convenientemente en su momento a los 2 ó 3 años, cuando el niño se chupaba el dedo.²⁶

La respiración bucal es otro de los hábitos deformantes más frecuentes, 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, constituye un síndrome que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por el hábito y por anatomía. Se considera un mal hábito cuando persiste una vez superada el problema de obstrucción nasal.^{18-34-68-69-70-71- 72}

Las anomalías que puede producir la respiración bucal son:

- vestibuloversión de incisivos superiores.
- arcada superior triangular.
- bóveda profunda.
- retrognatismo mandibular.
- mordida abierta.
- hipotonía de las alas de la nariz.
- cierre bilabial incompetente.
- micrognatismo transversal.
- facies adenoidea.
- depresión del tercio medio con poco desarrollo de los pómulos.
- labios resecaos y agrietados.
- surco mentolabial pronunciado.
- ronquido y babeo nocturno.
- problemas de aprendizaje.⁴⁷⁻⁵⁸

Los hábitos posturales se refieren a posiciones inadecuadas que adopta el niño durante las actividades diurnas y nocturnas fundamentalmente durante el sueño. Las personas con postura corporal defectuosa, frecuentemente muestran también una posición postural indeseable en la mandíbula. Este

hábito puede producir asimetría facial, laterognatismo y trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).⁴⁷⁻⁷³

En la terapia oclusal el estomatólogo asume la responsabilidad ya que tiene que anticiparse a la instalación de las maloclusiones y tomar medidas apropiadas para evitarlas, para que se incremente y se sistematice el conocimiento de los hábitos en niños, padres/ o tutores y educadores, a fin de controlar el problema que se presenta en ese gran número de niños que ellos educan, y a su vez ayuden a eliminarlos en edades tempranas.⁴²

Rogers en un trabajo presentado en la XIX Asamblea Anual de la Sociedad Americana de Ortodoncia, señala que “debemos enseñar a nuestros pacientes a romper con viejos y desastrosos hábitos musculares, sustituyéndolos por una acción muscular normal”.⁷⁴

Friel fue uno de los primeros en utilizar un dispositivo mioterapéutico, ideó un disco metálico con un vástago para que el niño lo sujetara entre los labios sin intervención de los dientes, tira el niño del vástago hacia afuera y hace resistencia a la vez para que no se salga de los labios.³⁸

Balters en sus trabajos realizados en Polonia obtiene experiencia en la aplicación masiva de mioterapia en Círculos Infantiles durante 20 años. Plantea que tiene éxito en los inicios de las anomalías dentofaciales, con una mioterapia en niños pequeños, tomada como una terapia precoz, se puede prevenir anomalías dentofaciales.³⁸

Actualmente el país cuenta con clínicas dedicadas a la docencia en todas las provincias y municipios donde existen servicios de Estomatología General

Integral, de Ortodoncia, que brindan atención preventiva y curativa a la población infantil. ³⁸

Entre los métodos más exitosos en el tratamiento encontramos la psicoterapia, la mioterapia, y en algunos casos, se ofrece ayuda con los aparatos ortodóncicos. Ante casos severos, se consulta al psicólogo; las medidas violentas tienden a arraigar más el hábito o a cambiarlo por otro incluso más perjudicial. ⁷⁴

OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto de la intervención aplicada en niños de 5 a 11 años de la escuela primaria “Raúl Suárez Martínez” de Cumanayagua portadores de hábitos deformantes bucales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la reducción de los hábitos deformantes bucales al realizar 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/o educadores.
4. Identificar las terapéuticas aplicadas durante la intervención.
5. Evaluar la efectividad de la intervención en los niños portadores de hábitos deformantes bucales después de aplicar acciones educativas, preventivas y terapéuticas.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Se realizó un estudio Cuasiexperimental con intervención antes y después en niños portadores de hábitos deformantes bucales comprendidos entre las edades de 5-11 años de la escuela “Raúl Suárez Martínez” del consejo popular Rafaelito, municipio de Cumanayagua en el período comprendido de octubre del 2006 a noviembre del 2007.

El universo estuvo constituido por 253 niños de la citada escuela, lo cual coincide con la muestra de esta intervención.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- ❖ Los niños que presenten hábitos deformantes bucales.
- ❖ Los niños que pertenezcan al consejo popular Rafaelito.
- ❖ Los niños que no tengan 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.

Esta investigación se realizó con previa autorización del MINED y la debida comunicación a la dirección municipal de educación, además, con el consentimiento informado de los padres o tutores de los niños. (Anexo 1,2)

Para dar cumplimiento al objetivo I se obtuvo una muestra de 253 niños del municipio de Cumanayagua portadores de hábitos deformantes bucales, se dividieron según sexo y edades de 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 años. Se realizó un

examen clínico en el que la autora de la investigación utilizó luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales, y hubo control de la calidad por parte de la misma. Se realizó un examen funcional donde se pudieron detectar alteraciones en la función deglución, respiración, fonación y masticación. Los datos fueron recogidos en un formulario confeccionado al efecto. (Anexo 3)

También se tuvo en cuenta lo que referían en las entrevistas cada niño, padres o tutores y/o educadores en cuanto a la práctica de algún hábito deformante bucal. (Anexo 4,5) Para detectar alteraciones en la deglución (protracción lingual) se les indicó a los niños que tragaran saliva sin separar los dientes. Se le separó los labios para observar si ocurría proyección de la lengua entre las arcadas dentarias.

Para identificar a los niños portadores de hábitos de respiración bucal, se observó mediante el examen facial si el niño respira con la boca abierta. También se le preguntó a la maestra (o) 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 padres y/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, donde se descartan a los niños que presentaban enfermedades nasofaríngeas.

Para detectar a los portadores de succión digital, además del interrogatorio a los niños, padres y / o tutores, se realizó un examen de 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 y / o tutores, y se corroboró por las características clínicas que pudieran estar presentes.

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

Para identificar a los niños con hábitos posturales, además del interrogatorio a los padres, tutores, se le preguntó a la maestra (o) 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 **“Para Sonreír Feliz”** (Anexo 6) 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 en las que 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 .

Se evaluó el cambio de comportamiento en relación con el abandono o mantenimiento del hábito basado en la observación directa no participativa en los niños en sus horarios de descanso, así como del resultado de entrevistas a padres y/o 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 localizan las anomalías, observamos las arcadas dentarias por separado y en oclusión mediante el método observacional y, 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 aplicaron entrevistas de conocimientos sobre los hábitos deformantes bucales y las consecuencias de su mantenimiento en el normal desarrollo del aparato estomatognático, la cual fue validada por criterios de expertos (Especialistas de promoción, Educación para la salud, Psicólogos y Estadísticos) y sometida a un proceso de pre test.

Para ello se diseñaron instrumentos diferentes y se tuvo en cuenta el lenguaje adecuado y la validación por parte de los psicólogos. (Anexo 7)

Una vez obtenida la información inicial se recogió el resultado de la aplicación del programa “**Para Sonreír Feliz**”.

Este programa constituyó la expresión de organización, planificación y control de un conjunto de técnicas educativas en las que se involucraron niños, padres y/o educadores, y predominaron las técnicas afectivas participativas. Se usaron herramientas claves como la comunicación bidireccional, la 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 con los sentidos que tenemos para comunicarnos fueron: vivenciales (animación y análisis), de actuación y visuales (gráficas y escritas).

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

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

A cada pregunta de las entrevistas, aplicadas a los niños, padres y/o educadores se le estableció una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de su puntuación sobre la base a 10 puntos, se evaluó en: Bien, Regular y Mal. Este valor se obtuvo del resultado de la suma 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 a los niños con disfunciones neuromusculares se les aplicó terapias grupales e individuales; así se logró

mejorar el equilibrio bucal y dentario con una selección de 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.

OPERACIONALIZACIÓN 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	No existe un cierre bilabial adecuado.	Antes si----- no----- Después si----- no-----
Resalte	Distancia en sentido horizontal entre borde incisal de incisivos superiores y caras vestibulares	Antes si----- no----- Después si-----

	de los incisivos inferiores considerándose normal de 0 a 3 mm.	no-----
Vestibuloversión	Posición adelantada de los incisivos superiores respecto a su eje axial y relacionado con el resalte aumentado.	Antes si----- no----- Después si----- no-----
Adaquia	Distancia entre los bordes incisales superiores e inferiores mayor de 0 mm.	Antes si----- no----- Después si----- 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 si----- no----- Después si----- 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 si----- no----- Después si----- no-----

Hábito de succión	Refiere hábito de succión de tete, biberón ó cualquier dedo o por la observación clínica.	Antes si----- no----- Después si----- no-----
Hábito de deglución atípica	Se observa proyección de la lengua entre ambas arcadas durante el acto de la deglución.	Antes si----- no----- Después si----- no-----
Onicofagia	Mordedura de las uñas se determina por referencia u observación clínica.	Antes si----- no----- Después si----- no-----
Mioterapia	Ejercicios musculares encaminados a mejorar la función en el grupo muscular afectado.	Antes si----- no----- Después si----- no-----
Psicoterapia	Modalidad terapéutica que emplea recursos psicológicos en la curación de enfermedades y la maduración de la personalidad.	Antes si----- no----- Después si----- no-----
Mecanoterapia	Aparatología que se instala	Antes si-----

	para corregir el resalte hasta 5 mm y diastemas u otras anomalías dentomaxilofaciales.	no----- Después si----- no-----
Desgaste selectivo	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 si----- no----- Después si----- no-----
Nivel de conocimiento sobre hábitos deformantes bucales	Conocimiento de los padres, niños y educadores sobre hábitos deformantes bucales basado en el resultado del instrumento aplicado.	1.Bien:7-10 puntos 2.Regular: 5.1 - 6.9 puntos 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/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 deformatores 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 deformatores, con el propósito de motivarlos a modificar su comportamiento y que se caracteriza por el seguimiento periódico para comprobar los cambios en la actitud del paciente que modifican su estilo de vida.	Antes si----- no----- Después si----- no-----

Una vez recogida toda la información necesaria se confeccionó una base de datos en la que se empleó el paquete de programas EpiInfo, 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 número y por cientos.

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 %.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla1 Distribución de los pacientes según la Edad y el Sexo. Cumanayagua 2007.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5	9	6.0	6	5.8	15	5.9
6	25	16.7	14	13.6	39	15.4
7	25	16.7	15	14.6	40	15.8
8	26	17.3	14	13.6	40	15.8
9	21	14.0	17	16.5	38	15.1
10	23	15.3	18	17.5	41	16.2
11	21	14.0	19	18.4	40	15.8
Total	150	100.0	103	100.0	253	100.0

Fuente: Formulario de datos.

En este estudio se examinaron 253 niños portadores de hábitos deformantes bucales, predominó el sexo femenino con 59,3% La mayor cantidad de niños se agrupan en el sexo femenino en las edades de 6, 7 y 8 años, con 16.7% y 17.3% respectivamente, tabla 1.

Se aprecia de forma general que predominó el sexo femenino, resultados que coinciden con los obtenidos por Maya ¹⁰, Castillo ³⁴, Yera ³⁶, González ³⁷, Morales ⁵⁰, Da Silva ⁷⁵, Montiel ⁷⁶, Acevedo ⁷⁷, Rosell ⁷⁸, Cantón ⁷⁹, Mas ⁸⁰, Gálvez ⁸¹, Proaño ⁸², Lanza ⁸³.

La mayor susceptibilidad según Montiel ⁷⁶, puede plantearse alrededor de las diferentes educaciones sexistas que se dan como norma y necesidad, donde a las mujeres se les somete a mayor presión y supresión social, además de que existen factores etiológicos que provocan malos hábitos tales como conflictos familiares, celos, ansiedad y presión escolar.

Estos resultados constituyen un reto para la Atención Primaria de Salud en el que el Estomatólogo General Integral tiene un papel decisivo, porque tiene que desarrollar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y tratamientos de las establecidas para lograr la recuperación de la salud bucal en esta población infantil. La detección ha de efectuarse de forma precoz para evitar o limitar el desequilibrio entre los diferentes componentes del aparato estomatognático.

Tabla 2 Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 según edad antes y después de aplicar la intervención. Cumanayagua 2007.

Edad		Protracción Lingual		Succión del Biberón		Succión del Tete		Onicofagia		Succión Digital		Respirador Bucal		Hábitos Posturales		Total N=434	
		A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
		5 n = 15	No	10	10	11	8	11	11	3	3	3	3	1	1	0	0
	%	66,6	66,6	73,3	53,3	73,3	73,3	20,0	20,0	20,0	20,0	6,6	6,6	0,0	0,0		
6 n = 39	No.	29	27	16	13	24	19	7	7	8	8	1	1	0	0	85	75
	%	74,3	69,2	41,0	33,3	61,5	48,7	17,9	17,9	20,5	20,5	2,5	2,5	0,0	0,0		
7n = 40	No.	25	23	20	11	21	15	5	5	9	9	3	3	1	1	84	67
	%	62,5	57,5	50,0*	27,5*	52,5	37,5	12,5	12,5	22,5	22,5	7,5	7,5	2,5	2,5		
8 n = 40	No.	26	21	21	11	14	4	6	6	4	3	2	2	4	4	77	51
	%	65,0	52,5	52,5*	27,5*	35,0*	10,0*	15,0	15,0	10,0	7,5	5,0	5,0	10,0	10,0		
9 n = 38	No.	21	14	7	1	6	0	5	4	7	5	5	5	2	1	53	30
	%	55,2	36,8	18,4*	2,6*	15,7 **	0,0 **	13,1	10,5	18,4	13,1	13,1	13,1	5,2	2,6		
10 n=41	No.	18	9	8	0	5	0	7	5	6	4	6	5	0	0	50	23
	%	43,9*	21,9*	19,5**	0,0**	12,1**	0,0**	17,0	12,1	14,6	9,7	14,6	12,1	0,0	0,0		
11 n=40	No.	15	7	3	0	3	0	11	2	6	2	2	1	6	4	46	16
	%	37,5*	17,5*	7,5**	0,0**	7,5**	0,0**	27,5*	5,0*	15,0	5,0	5,0	2,5	15,0	10,0		
Total n=253	No.	144	111	86	44	84	49	44	32	43	34	20	18	13	10	434	298
	%	56,9*	43,8*	33,9*	17,3*	33,2*	19,3*	17,3	12,6	16,9	13,4	7,9	7,1	5,1	3,9		

Fuente: Formulario de datos. A (antes) D (después) (*) Evidencia Significativa (**) Se explica por la evidencia

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
HÁBITO	EDAD	P
Protracción lingual	10 años	p= 0.0356
	11 años	p=0.0383
	General	p=0.0181
Succión del Biberón	7 años	p=0.0473
	8 años	p=0.0328
	9 años	p=0.00217
	General	p=0.000074
Succión del Tete	8 años	p=0.0055
	General	p=0.00093
Onicofagia	11 años	p=0.0032

En la tabla 2 se expresa la frecuencia de los diferentes tipos de hábitos según edad, antes de la intervención se aprecia el predominio de la protracción lingual 74,3% a los 6 años, los hábitos de succión del biberón y succión del tete ambos con 73.3% a los 5 años, seguida de la onicofagia 27,5% a los 11 años.

Autores como Conde ³¹, Castillo ³⁴, Yera ³⁶, González ³⁷, Gálvez ⁸¹, Proaño ⁸², Lanza ⁸³, Fernández Yzla ⁸⁴ y Macias ⁸⁵ encontraron resultados similares en cuanto a la frecuencia de estas entidades.

Estos resultados demuestran que los niños que presentan succión enérgica del tete y chupeteo del dedo por largos períodos, incluso cuando juegan, son

hábitos que pueden provocar deformidades en la boca, e impedimento del correcto alineamiento de los dientes. ⁶⁴

Peng ⁸⁶ en la Universidad Médica de Taipei en Taiwán realizó un estudio donde encontró que de los pacientes examinados el 37.5% presentaron lengua protráctil, resultados estos inferiores a este estudio.

Fernández ⁸⁴ en un estudio sobre hábitos bucales deletéreos encontró que éstos estaban presentes durante el crecimiento del niño, y que ejercen su influencia en el desarrollo de los maxilares y la dentición, destacándose resultados significativos en la protracción lingual en un 50.7% de los niños con anomalías, lo cual comprueba su importancia en la aparición de estas afecciones.

En otro estudio González ⁸⁷ en una muestra de 300 niños, en 8 consultorios del médico de la familia de los municipios escogidos de la provincia Habana; entre los resultados más significativos encontró la interposición lingual con deglución atípica con un 45.3%, resultado inferior al de esta investigación.

En este estudio observamos que la protracción lingual se incrementa a los 6 años 74.3%, coincidimos con Rodríguez ⁸⁸ sin embargo tienen tendencia a disminuir con la edad y principalmente en la dentición mixta.

La literatura recoge consejos para la retirada del chupete:

-.La edad ideal para retirar activa y definitivamente el chupete es hacia los 3 años; ya en la segunda mitad del primer año se debe comenzar a limitar progresivamente su uso. En el segundo año conviene tener restringido el recurso al chupete a sólo algunas situaciones, como cuando se vaya a la cama

o en situación de mucha tensión emocional.

- Nunca recurra a castigos o medidas humillantes para forzar a su hijo a abandonar el hábito del chupete. Reprender a un niño mayorcito por usar el chupete, dificulta su retirada definitiva. Alabe a su niño cuando logre dejarlo definitivamente. Festéjelo y muéstrenle el orgullo que nos produce el que vaya haciéndose mayorcito. Recuerde, utilice siempre estos refuerzos positivos.

- Procure hacer partícipe a su hijo en la decisión de abandonar el chupete. Intente involucrarlo ofreciéndole, por ejemplo, que elija entre diferentes posibilidades, manifestándonos sus preferencias. Se le puede plantear para que elija entre tirarlo a la basura, enviarlo a la casa de los abuelitos, dejarlo una noche bajo la cama para que lo coja el ratoncito Pérez, implicar a algún familiar (por ejemplo el padrino)... Desde el punto de vista clínico estos resultados son de gran significación, porque van a favorecer la reducción de las ADMF en estos niños. (¡Use su imaginación!).

- Como hemos explicado anteriormente, en los niños mayorcitos, muchas veces funciona muy bien que el pediatra o estomatólogo le explique lo que le puede pasar a su boca, y lo “fea” que se le puede quedar, si sigue usando mucho tiempo el chupete.

- Permítale que exprese sus sentimientos y preocupaciones en las situaciones en que más suele recurrir al chupete.⁶⁴

Lo anteriormente planteado es muy útil y se aplica en estas intervenciones educativas donde se motiva al niño sobre su problema para que modifiquen su comportamiento y de esta forma eliminen estos hábitos deletéreos.

De mantenerse el hábito, éste provoca la aparición de gran número de anomalías dentomaxilofaciales; si actuamos tempranamente sobre los diferentes tejidos se limitará el agravamiento de estas manifestaciones clínicas en el futuro y por tanto disminuirán las anomalías.

Como se puede apreciar ya en estas edades, el hábito alcanza valores clínicamente elevados, lo que requiere de la vinculación del Estomatólogo General Integral (E.G.I) y en ocasiones debemos recurrir al psicólogo, para dar resolutivez inicialmente a las causas psicógenas que pueden provocar el hábito y luego actuar sobre éste y las anomalías que pudieran presentar estos niños.

Al observar los resultados generales después de aplicada la intervención, se puede constatar que la frecuencia de los diferentes hábitos perniciosos se redujo evidentemente con significación estadística. La lengua protráctil disminuyó a un 43.8%, entidad que comenzó a reducirse a partir de los 6 años y alcanza sus valores máximos de reducción a partir de los 8 años y en las edades de 10 y 11 años tienen significación estadística. Debemos destacar que desde el punto de vista clínico la disminución de esta entidad siempre es favorable, pues repercutirá en menor número de alteraciones en el aparato estomatognático; lo que demuestra que las medidas aplicadas fueron más favorables. Debido a que en estas edades desde el punto de vista psicológico no existen crisis de la personalidad; el niño está sometido a lo que percibe, controla su comportamiento, desarrolla su espíritu de participación y cooperación, Morera ⁴³, lo que hizo posible que a través de las actividades

realizadas en los centros escolares y en el servicio de ortodoncia se logran estos resultados.

Clínicamente estos resultados son de gran significación, porque van a favorecer la reducción de las ADMF, pues con la eliminación del agente causal se limita el daño producido en los sitios etiológicos primarios como lo describe la ecuación de Dockrell y se podrán restablecer las funciones bucofaríngeas afectadas.

Al comparar con un estudio realizado por Limonta ²⁵, en una intervención educativa se constató la reducción de la lengua protráctil, pero con valores inferiores a los alcanzados en esta investigación, lo que demuestra que si se aplican acciones educativas, preventivas combinadas con las terapéuticas se logran resultados más satisfactorios.

En orden de frecuencia se redujo la succión de tete y biberón en el 19,3% y 17,3% respectivamente, lo que es significativo estadísticamente, por ser producto de las acciones educativas aplicadas durante la intervención.

Díaz ⁸⁹ 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, este estudio coincide con esa observación y corrobora que todos estos hábitos mantenidos conllevan la ruptura del equilibrio buco- dentario.

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, como es lógico se adhieren cuerpos extraños y microorganismos que pueden transmitirles otras enfermedades, situación esta por la cual debe estar

atenta la familia, para que los infantes mantengan su salud general y en particular la bucal.

Al analizar las variaciones de la frecuencia de hábitos según las edades éstos presentaron su mayor reducción en la protracción lingual, el biberón y el tete, todos con significación estadística, aunque se debe destacar que el biberón y el tete se lograron reducir en edades tempranas correspondientes a la dentición mixta. A partir de los 7 y 8 años alcanzan sus valores estadísticamente significativos. Debemos tener en cuenta que en estas edades se instaura la mayor cantidad de hábitos y por tanto las probabilidades de producirse ADMF son mayores por esta causa. Sin embargo, la protracción lingual es el hábito más frecuente en este estudio, su complejidad en la mayoría de los casos radica en la asociación de otros al mismo, y se adquiere con la premisa del tete y el biberón, lo que impide que madure la deglución normal.

En esta investigación se encontraron otros hábitos que aunque fueron menos frecuentes, se constató su disminución. Tal es el caso de la onicofagia; representada solamente en un 12,6%, resultados similares a los de Limonta²⁵, se debe vigilar muy de cerca y tratar de eliminarse con la colaboración de los padres y educadores, para tratar de elevar desde el sistema educacional los estilos de vida saludable, ya que desde la infancia se van modelando las condiciones que favorecen la salud.

Se debe destacar que los hábitos posturales, se redujo al 3,9% en los practicados en horarios diurnos y nocturnos donde la familia, el profesor y las

auxiliares pedagógicas adquirieron conocimientos sobre este problema de salud, y fueron capaces de influir positivamente sobre los niños.

La bibliografía consultada insiste en la importancia de la atención multidisciplinaria la que debe estar integrada por el Grupo Básico de Trabajo, donde los E.G.I. tiene una función protagónica, pues con la detección precoz de los hábitos deformantes y al realizar acciones educativas, preventivas y terapéuticas se lograron resultados satisfactorios que permitan restablecer la salud bucal de esta población infantil. ¹³

Tabla 3 Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 según sexo antes y después de aplicar la intervención. Cumanayagua 2007.

Hábitos	Sexo									
	Femenino n= 150				Masculino n= 103				Total	
	Antes		Después		Antes		Después		Antes	Después
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	n= 434	n=298
Protracción Lingual	89	59,3	68	45,3 *	55	53,3	43	41,7	144	111
Succión del Biberón	53	35,3	35	23,3 *	33	32,0	9	8,7 *	86	44
Succión del Tete	53	35,3	37	24,6 *	31	30,0	12	11,6 *	84	49
Onicofagia	24	16,0	15	10,0	20	19,4	17	16,5	44	32
Succión Digital	20	13,3	13	8,6	23	22,3	21	20,3	43	34
Respiración Bucal	10	6,6	8	5,3	10	9,7	10	9,7	20	18
Hábitos Posturales	5	3,3	3	2,0	8	7,7	7	6,7	13	10

Fuente: Formulario de datos. A (antes) D (después) (*) Evidencia Significativa

evidencia

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
HABITO	SEXO	P
Protracción lingual	F	p=0.0453
Succión del Biberón	F	p=0.0260
	M	p=0.000034
Succión del Tete	F	p=0.0437
	M	p=0.00126

En la tabla 3 se muestra la frecuencia de los diferentes hábitos según sexo. Se puede observar que antes de la intervención la mayoría de los hábitos son más frecuentes en el sexo femenino, excepto la succión digital, onicofagia, respiración bucal y los posturales.

Coincidimos con algunos autores como Maya¹⁰ Paredes¹³, Castillo³⁴, Chávez³⁵ Yera³⁶ González³⁷, Morales⁵⁰, Astorga⁶⁹, Da Silva⁷⁵, Montiel⁷⁶, Cantón⁷⁹, Domínguez⁹⁰ y Castro⁹¹, esta última, 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 deformantes bucales que son utilizados para liberar tensiones serían sinónimo de debilidad.

Los hábitos más frecuentes que aparecen en el femenino son: la protracción lingual, la succión del biberón y la succión del tete, lo cual coincide con la bibliografía consultada.¹⁰⁻¹³⁻³⁴⁻³⁵⁻³⁶⁻³⁷⁻⁵⁰⁻⁶⁹⁻⁷⁵⁻⁷⁶⁻⁷⁹⁻⁹⁰⁻⁹¹

En el sexo masculino la protracción lingual se presentó en primer lugar, en segundo la succión el biberón, seguido de la succión del tete, en este último, Paredes ¹³ en un estudio similar obtuvo iguales resultados.

Al analizar ambos sexos se debe destacar que la mayor reducción de los porcentajes de hábitos fue en el sexo femenino con mayor significación estadística la protracción lingual, la succión del biberón y la succión del tete. En el masculino fueron los dos últimos mencionados, sin embargo, en ambos se constató la eliminación de esta entidad que de 434 se redujo a 298 que representa el 68.6%, lo que demuestra los resultados de la aplicación de las medidas educativas y terapéuticas en el control de este factor de riesgo causante de las maloclusiones, que constituye un problema de salud para la población infantil estudiada, aunque somos del criterio de continuar en un período más prolongado con estas acciones que mejorarían sustancialmente el cuadro de salud existente.

Cuando se comparan los resultados de la intervención se observó que la protracción lingual se redujo en ambos sexos, sin embargo en los casos del biberón y del tete, que fueron de los más frecuentes, su reducción más relevante fue en el masculino, lo que puede explicarse debido a que las niñas son más sobreprotegidas por los padres y ratifica según nuestro criterio, lo planteado sobre la educación sexista referida por Montiel ⁷⁶ y Castro⁹¹.

Tabla 4 Frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales en niños antes y después de aplicar la intervención de 5 a 11 según edad. Cumanayagua 2007

Edad		Vestíbulo- versión		Resalte Aumentado		Incompetencia Bilabial		Adaquia		Apiñamiento	
		A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
5 n=15	No	6	6	6	6	3	3	7	7	0	0
	%	40,0	40,0	40,0	40,0	20,0	20,0	46,6	46,6	0,0	0,0
6n =39	No	19	15	19	15	11	10	16	15	3	3
	%	48,7	38,4	48,7	38,4	28,2	25,6	41,0	38,4	7,6	7,6
7n =40	No	20	16	20	16	16	13	14	12	5	4
	%	50,0	40,0	50,0	40,0	40,0	32,5	35,0	30,0	12,5	10,0
8n =40	No	22	14	22	14	17	13	21	19	13	11
	%	55,0	35,0	55,0	35,0	42,5	32,5	52,5	47,5	32,5	27,5
9n = 38	No	21	12	21	12	22	20	17	12	18	14
	%	55,2	31,5	55,2	31,5	57,8	52,6	44,7	31,5	47,3	36,8
10 n=41	No	23	11	23	11	19	18	19	16	29	21
	%	56,0 *	26,8 *	56,0 *	26,8 *	46,3	43,9	46,3	39,0	70,7	51,2
11 n = 41	No	23	9	23	9	18	16	21	17	23	14
	%	57,5 *	21,9 *	57,5 *	21,9 *	45,0	39,0	52,5	41,4	57,5	34,1
Total n =253	No	134	83	134	83	106	93	115	98	91	67

Fuente: Formulario de datos.

(*) Evidencia Significativa

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
ANOMALÍAS	EDAD	P
Vestibuloversión	10 años	p=0.0150
	11 años	p=0.0035
Resalte Aumentado	10 años	p=0.0150
	11 años	p=0.0035

Al analizar la Tabla 4 se constató que las anomalías más frecuentes antes de aplicar la intervención fueron: la vestibuloversión y el resalte aumentado a los 8 años, seguido de la adaquia en esta misma edad y la incompetencia bilabial en la edad de 9 años, se observa que a medida que se incrementa la edad aumentaron las ADMF, lo que corrobora que cuando se mantienen los hábitos por tiempos prolongados afectan más gravemente los tejidos duros que componen el aparato estomatognático, lo que demuestra lo planteado por Dockrell que el resultado depende del tiempo y la frecuencia con que se practique, que aunque este estudio no incluye la frecuencia con que se practique esta entidad, se puede inferir de los resultados obtenidos en esta investigación.

Adair ⁹² plantea que en un estudio que se realizó en la Universidad Médica de Georgia se encontró que los hábitos pueden causar efectos negativos en la oclusión, tales como resalte aumentado, sobrepase aumentado, mordida cruzada posterior y demás cambios esqueléticos, resultados estos similares en las dos primeras manifestaciones a este estudio.

En estudio realizado por Acevedo ⁷⁷ y Rosell ⁷⁸ hubo un predominio de la adaquia en la edad de 5 años, lo cual difiere de esta investigación, ya que en la edad que predominó fue a los 8 años, en presencia de la dentición mixta.

Castillo ⁹³ en un estudio realizado en dos poblaciones preescolares de la IX región en Chile sobre mordida abierta anterior y sus factores de riesgo relacionados, las cuales se caracterizan por pertenecer: una al Consultorio Amanecer de Temuco, población principalmente urbana, obtuvo resultados donde la frecuencia de la adaquia fue de 17%. La otra al consultorio de Freire, población rural con un 25% y como factor de riesgo asociado en ambos casos la succión digital.

De forma general las anomalías que más se redujeron fueron la vestibuloversión y el resalte aumentado, principalmente a partir de los 8 años, las cuales son clínicamente significativas, seguido de la adaquia y la incompetencia bilabial, las que se corresponden con los hábitos más frecuentes en este estudio. Estos resultados referidos a la incompetencia bilabial pueden deberse a las pocas anomalías diagnosticadas inicialmente y a que estos niños son menos proclives a deformarse pues poseen supuestamente un sistema neuromuscular más fuerte, además de que no deben tener presentes otros agentes etiológicos de las maloclusiones.

García ⁹⁴ con la aplicación de la mioterapia en pacientes sin cierre bilabial por la ruptura del equilibrio del buccinador demostró que con ejercicios se incrementa la fuerza labial superior, y se logra mejorar el balance neuromuscular del sistema estomatognático, de igual forma lo demostró Morera ⁴³ y Mora ⁹⁵ al aplicar la mioterapia de forma grupal en escolares de primaria.

En intervenciones realizadas por Lima y colaboradores ¹⁻³⁹ en la población infantil de Camagüey se evidenció la reducción del resalte al 38,9% y la incompetencia bilabial al 55,5%, resultados éstos inferiores a este estudio, donde se logró reducir al 32,8% y 36,7% respectivamente, lo que demuestra que la labor educativa con la

utilización de terapias grupales, individuales y la participación del grupo promotor cultural es más efectiva al involucrar a la comunidad.

Por eso se debe llevar a cabo un estricto control de la aplicación de los programas establecidos al menor de 19 años, para detectar tempranamente la presencia de estos factores y evitar así que causen anomalías. La labor educativa ha de llevarse a cabo por todos los miembros del área de salud.

Es de destacar en los resultados de esta intervención cómo todas las ADMF se redujeron, con significación estadística a partir de los 10 años en la vestibuloversión y el resalte aumentado, lo que demuestra que las acciones utilizadas en esta investigación han producido un resultado satisfactorio en la salud bucal de esta población infantil.

Tabla 5 Frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 5 a 11 años antes y después de aplicar la intervención según sexo. Cumanayagua 2007.

Anomalías Dentomaxilofaciales	Sexo							
	Femenino				Masculino			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Vestibuloversión	69	46,0	42	28,0 *	65	63,1	41	39,8*
Resalte Aumentado	69	46,0	42	28,0 *	65	63,1	41	39,8*
Incompetencia Bilabial	61	40,6	54	36,0	45	43,6	39	37,8
Adaquia	71	47,3	58	38,6*	44	42,7	40	38,8
Apiñamiento	44	29,3	29	19,3 *	47	45,6	38	36,8
n= 150					n= 103			

Fuente: Formulario de datos.

(*) Evidencia Significativa

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
ANOMALÍAS	SEXO	P
Vestibuloversión	F	p= 0.0043
	M	p=0.0083
Resalte Aumentado	F	p= 0.0043
	M	p=0.0083
Adaquia	F	p= 0.0034
Apiñamiento	F	p=0.0379

La tabla 5 muestra la frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales según sexo antes de la intervención fueron en orden decreciente la adaquia, la vestibuloversión y el resalte aumentado en el sexo femenino, mientras que estas dos últimas y el apiñamiento en el masculino, todas estas manifestaciones clínicas están en correspondencia con los hábitos más frecuentes encontrados en

este estudio, aunque debemos señalar que en el caso del apiñamiento puede ser la consecuencia de la presencia de otras causas no analizadas en esta investigación, y se demuestra el origen multicausal de las maloclusiones.

En el sexo femenino predominó la adaquia 47.3%, la vestibuloversión y el resalte aumentado con 46.0% respectivamente, seguido de la incompetencia bilabial con el 40.6%.

En cuanto al sexo masculino la vestibuloversión y el resalte aumentado predominaron con 63,1% respectivamente, seguido del apiñamiento 45.6%, y la incompetencia bilabial 43.6%.

Las investigaciones realizadas por Da Silva ⁷⁵, Castillo ⁹³ y Podadera ⁹⁶, no coinciden con este estudio; mientras que en la investigación realizada por Montiel ⁷⁶ resultó ser la desviación de la línea media.

Los labios participan en muchas funciones del sistema estomatognático como son: succión, masticación, deglución los cuales pueden participar de forma beneficiosa, sin embargo puede alterarse el mecanismo del buccinador con la presencia de los hábitos ⁵³, lo que justifica que la incompetencia bilabial es frecuente en los niños.

Para evaluar la incompetencia bilabial se tuvo en cuenta el criterio de Proffit ⁹⁷ que afirma, que para un correcto cierre bilabial deben exponerse no más de 3 mm los incisivos superiores cuando el paciente está en posición de reposo.

Márquez Netto ⁶⁸, Astorga ⁶⁹, y Parra ⁹⁸ en sus investigaciones encontraron incompetencia bilabial en primer lugar en el sexo femenino, lo cual no coincide con estos resultados.

Conde ³¹ plantea: **“Hay algunos muchos más débiles que otros porque ya tienen una anomalía previa de tipo congénita”**. Este autor hace referencia a que en la adaquia los dientes superiores no contactan con los inferiores, y queda un espacio abierto entre ambos; este a su vez produce un segundo hábito: la interposición lingual, la que agrava y perpetúa el problema de la mordida abierta. Al analizar la frecuencia de las ADMF después de realizada la intervención se observa que en el sexo femenino fue donde mayor reducción hubo de estas anomalías. Las de mayor significación estadística fueron: la adaquia, la vestibuloversión, el resalte aumentado y apiñamiento para el femenino, sin embargo en los varones fueron las dos primeras de ellas, lo que inferimos que este resultado se debe a las características propias del sexo femenino, lo cual coincide con lo planteado por Castro ⁹¹.

Tabla 6 Nivel de conocimiento de hábitos deformantes bucales antes

después de aplicada la intervención en niños de 5 a 11 años.
Cumanayagua 2007.

Hábitos	Antes		Después		Significación Estadística
	No.	%	No.	%	
Succión Digital *	93	62,0	141	94,0	p=0.00058
Succión del Tete*	89	59,3	138	92,0	p=0.00036
Tomar leche en pomo*	75	50,0	136	90,6	p=0.0000040
Protracción Lingual *	45	30,0	139	92,6	p=0.000000
Onicofagia *	31	20,6	137	91,3	p=0.000000
Respirador Bucal *	29	19,3	129	86,0	p=0.000000
Hábitos Posturales *	21	14,0	126	84,0	p=0.000000
n = 150					

Fuente: Formulario de datos.

(*) Evidencia Significativa

En la tabla 6 se analiza el nivel de conocimiento de los niños sobre los hábitos deformantes bucales donde se constata que antes de aplicar las diferentes técnicas existía un gran desconocimiento que oscilaba entre el 14.0% al 62.0%, principalmente en la succión digital, el tete y el biberón.

Situación esta alarmante ya que en nuestro país existe un sistema de salud muy bien estructurado y protagonizado por el G B T, así como por los E.G.I los cuales deben incrementar la labor educativa en nuestra población infantil, lo que demuestra que no se cumple la planificación, organización y ejecución de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Al aplicar las actividades educativas se debe destacar como el nivel de conocimiento de estos niños se elevó en todos los hábitos con valores altamente significativos estadísticamente.

Estos resultados son superiores a los obtenidos por Limonta²⁵, Conde³¹, y Cueira⁹⁹, los cuales emplean medios didácticos como: instrumentos de trabajo para promover la eficiencia de las acciones preventivas por la salud bucal, en el que se destaca el uso de un cancionero dental, que al igual que en este programa, transmiten mensajes educativos en edad escolar, en el cual se logra resultados satisfactorios en iguales aspectos estudiados.

Desarrollar de forma variada técnicas creativas en la práctica de actividades educativas como las empleadas en este programa, donde se destacan la dramatización, juegos, adivinanzas, demostración de láminas, objetos, y todo tipo de creatividad didáctica le confieren a las actividades una connotación especial en lo dinámico y ameno, que permite transmitir la motivación al cambio de actitudes, reflexión, modificar conocimientos o que se refuercen, para acertadamente mejorar la calidad de vida y el estado de salud.¹⁰⁰

El hecho de haber detectado en estas investigaciones que la condición de sus conocimientos resultan inadecuadas en un alto porcentaje, nos hizo pensar que si ellos son orientados a través de programas educativos, entonces podrán asumir actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental e incidir directamente en la disminución de la frecuencia de los hábitos deformantes, por lo que se justifica la aplicación de esta intervención educativa.⁴¹

Se han reportado de forma similar trabajos donde a través del juego didácticos y crucigramas educativos, se promueven conocimientos con el fin de prevenir enfermedades bucodentales. Con el objetivo de promocionar el autocuidado en aras del bienestar individual y colectivo, se logra aproximación con otros estudios

donde se confeccionan medios de enseñanzas diversas para la educación y promoción de salud en niños. ^{84- 87-88}

Tabla 7 Nivel de conocimiento de hábitos deformantes bucales antes y después de aplicada la intervención en padres y / o educadores. Cumanayagua 2007.

Hábitos	Antes		Después		Significación Estadística
	No.	%	No.	%	
Succión Digital *	97	76,3	126	99,2	p=0.0240
Succión del Tete*	91	71,6	121	95,2	p=0.0181
Tomar leche en pomo*	87	68,5	119	93,7	p=0.0115
Protracción Lingual *	78	61,4	124	97,6	p=0.0036
Onicofagia *	71	55,9	125	98,4	p=0.000020
Respirador Bucal *	69	54,3	114	89,7	p=0.00025
Hábitos Posturales *	66	51,9	117	92,1	p=0.000030
n = 127					

Fuente: Formulario de datos. (*) Evidencia Significativa

En la tabla 7 se analiza el nivel de conocimiento de los padres y /o educadores sobre los hábitos deformantes bucales donde se constata que antes de aplicar las diferentes técnicas existía solamente un conocimiento que oscila entre el 51.9% al 76.3%.

Situación esta preocupante ya que la educación de los niños es responsabilidad de la familia, educadores, instituciones infantiles, Programa Educa a tú Hijo (responsabilidad del MINED y asesorado por el MINSAP) entre otros, y el protagonismo del médico y enfermera de la familia, así como los Estomatólogos

Generales Integrales los cuales deben incrementar la labor educativa de la población en general para de esta forma lograr un mejor modo y estilo de vida.

Similar a este estudio, Limonta Vidal ¹⁰¹ demuestra la efectividad de la intervención educativa mediante técnicas afectivas participativas, en las que se promueven conocimientos sobre el cepillado correcto, hábitos deformantes bucales, y se logra un incremento de los mismos en la población estudiada.

Rossetti ¹⁰² plantea que cuando los educadores enseñan, lo hacen con naturalidad, el saber del maestro es verdadero, los niños le creen y tratan de imitarlo o hacen lo que ellos indican.

Debe valorarse entonces como prioridad nuestra brindar a los docentes elementos esenciales, conocimientos básicos en materia de salud bucal que pudieran incorporar a sus alumnos y complementar en tal sentido la actividad educativa, considerándose que nos corresponde redoblar esfuerzos por la acertada promoción y a su vez prevención de enfermedades bucales.

La modificación de conocimientos que evidentemente se muestra en los resultados alcanzados, dado por su significación estadística, estuvo favorecida por la forma en que estos fueron impartidos a través del grupo, en general el trabajo realizado de esta forma requiere más tiempo que el trabajo individual, pero los efectos psicológicos positivos son mayores, quien trabaja en grupo se siente más seguro, satisfecho y aceptado, el grupo a su vez influye en los valores, actitudes y modelos de conocimientos, no es posible modificar la realidad con esfuerzos individuales, es preciso a través de grupos bien orientados y concientizados ¹⁰².

Tabla 8 Evaluación de conocimiento de los niños antes y después

de aplicada la intervención. Cumanayagua 2007.

Evaluación	Antes		Después		Significación Estadística
	No.	%	No.	%	
Bien	12	8,0	123	82,0 *	P = 0.00000
Regular	26	17,3	18	12,0	P = 0.01917
Mal	112	74,6	9	6,0 *	P = 0.0000
N = 150					

Fuente: Formulario de datos.

(*) Evidencia Significativa

La evaluación del nivel de conocimiento de los niños, tabla 8 fue muy satisfactoria, pues la categoría de bien se elevó a 82.0%, con una alta significación estadística. Y se demuestra la efectividad de las acciones realizadas en esta investigación.

Duque de Estrada ²⁴, Limonta ²⁵ y Cueira ⁹⁹ elevaron el nivel de conocimiento de los niños al aplicarle intervenciones educativas hasta 87.9%, 84.1% y 92.0% respectivamente, valores superiores a los alcanzados en esta investigación, aunque debemos resaltar que algunos de los estudios con el que se estableció comparación lo hicieron sobre hábitos determinados como es el caso de Duque de Estrada ²⁴, que lo efectuó sobre la succión digital, lo que influye sobre los resultados alcanzados.

Esto demuestra que los programas educativos aplicados en las escuelas como lo afirma Duque de Estrada ²⁴ 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 9 Evaluación de conocimiento de los padres y /o educadores antes y después de aplicada la intervención. Cumanayagua 2007.

Evaluación	Antes		Después		Significación Estadística
	No.	%	No.	%	
Bien	17	13,3	118	92,9 *	p= 0.00000
Regular	34	26,3	6	4,7 *	p= 0.00000
Mal	76	59,8	3	0,7 *	p= 0.00000
n = 127					

Fuente: Formulario de datos. (*) Evidencia Significativa

Al realizar un análisis general sobre el nivel de conocimiento adquirido sobre esta problemática en los padre y/o educadores tabla 9 vemos cómo existe una inversión en la pirámide, donde se elevó de bien hasta el 92.9%, con una alta significación estadística, lo que reviste una gran importancia pues son ellos los responsables de la educación y formación integral de estos niños. Además repercutirá en otros miembros de la familia de los padres y educadores, por lo tanto se elevará la promoción y prevención de los hábitos bucales en general.

Los educadores también han sido involucrados en otras intervenciones educativas, y se ha logrado elevar su nivel de conocimiento sobre salud buco-dental ^{24- 103}.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por autores como Maya ¹⁰ y Conde ³¹ que realizaron conversatorios con los padres para lograr mejores resultados y utilizaron la persuasión. Otros autores como: Rodríguez ⁸⁸ Bravo ¹⁰⁰ Celorio ¹⁰⁴ y Ojeda ¹⁰⁵, refieren la utilización de digitopuntura, sedación nocturna, utilización de psicoterias, terapia floral, y programas de intervención educativa.

Si comparamos estos resultados con el nivel de conocimiento de los niños, vemos cómo ambos resultados son muy satisfactorios, lo que demostró que las acciones desarrolladas donde participó la comunidad son muy positivas para el control de esta entidad por parte del nivel primario de salud.

Tabla # 10 Tratamiento aplicados durante la intervención. Cumanayagua 2007.

Terapéuticas n = 253	Tratamientos Aplicados	
	No.	%
Psicoterapia	253	100,0
Mioterapia	201	79,4
Mecanoterapia	107	42,2
Desgaste Selectivo	41	16,2

Fuente: Formulario de datos.

La tabla 10 muestra los tratamientos aplicados en la intervención, donde al 100.0% de los niños se le aplicó la psicoterapia, el 79.4% la mioterapia individual y colectiva, el 42.2 % la mecanoterapia y el 16.2% los desgastes selectivos.

Una vez diagnosticada la presencia de la incompetencia bilabial y la lengua protráctil, por los 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, el cual constituye parte importante del sistema estomatognático, resultados estos que coinciden con el estudio realizado por Morera ⁴³.

García ¹⁰⁶ en un estudio realizado con diferentes ejercicios para tratar pacientes con incompetencia bilabial, aplicó la mioterapia con tres ejercicios; con el de la

máscara fue con el que obtuvo mejores resultados, en el cual logró incrementar la fuerza labial.

Según el estudio realizado por Vela⁶⁰ sobre el diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en la infancia, al referirse al tratamiento de los niños portadores de hábitos y anomalías plantea: **“lo primero es lo primero”**, lo que significa que se determinan prioridades y se seleccionan técnicas para conseguir los primeros objetivos.

Como resultado después de realizadas las actividades obtuvimos una disminución de los hábitos deformantes bucales y de las ADMF; producto de la aplicación de estas terapéuticas basadas en un diagnóstico certero, al aplicar el método clínico adecuado y la observación de las particularidades en cada paciente.

Romero¹⁰⁷ y Grohmann¹⁰⁸ 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 de barrera mecánica contra la succión, de un modo pasivo.
- Terapia miofuncional. Incluye un conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar el patrón muscular inadecuado.

En esta investigación se utilizaron en gran medida estos tratamientos excepto la utilización de técnicas que utilizan sustancias de sabor desagradable y para

cambiar su comportamiento frente a los hábitos deletéreos se combinó con técnicas afectivo-participativas.

Los resultados obtenidos son elementos palpables de que estas terapéuticas pueden ser aplicadas por el Estomatólogo General Integral y le permitirán trazar estrategias para satisfacer las necesidades de tratamiento de estos niños.

TABLA 11: Evaluación de la efectividad de la intervención realizada sobre los hábitos deformantes bucales. Cumanayagua 2007.

Efectividad n=253	Después	
	No.	%
ELIMINADOS	132	52.2
MANTENIDOS	121	47.8

Fuente: Formulario de datos. $p = 0.53$

Efectividad n = 434	Después	
	No.	%
ELIMINADOS	298	68.6
MANTENIDOS	136	31.4

Fuente: Formulario de datos. $p = 0.0000$

Al realizar el análisis después de la aplicación de las diferentes terapéuticas, acciones preventivas y educativas tabla 11 corroboramos que hubo una reducción de los hábitos deformantes bucales, eliminándose el 52,2 % en los niños afectados por esta entidad, esto no tiene significación estadística, pero desde el punto de vista clínico sí tiene gran significación, pues se debe tener en cuenta que cada niño inicialmente presentaba un promedio de 1.72% de hábitos, por lo que fue exitoso la aplicación de las acciones realizadas durante la intervención,

sumado a esto se evidenció la gran reducción en el número de hábitos en los que sí existe significación estadística, ya que el 68.6% fueron erradicados, esto reviste una gran importancia porque eliminamos el agente causal de las anomalías instauradas en los diferentes componentes del aparato estomatognático, lo que contribuirá a lograr restablecer el equilibrio bucal y dentario, en el cual queda demostrado la efectividad de la intervención realizada en esta población infantil, resultados inferiores fueron obtenidos por Duque de Estrada ²⁴, que fue solamente sobre 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 a la vez que propicia un adecuado crecimiento y desarrollo craneofacial.

CONCLUSIONES

- Se evidenció la reducción de los hábitos deformantes bucales, principalmente en los más frecuentes: la protracción lingual se redujo en un tercio, el biberón y el tete alcanzaron valores más elevados. En todos, a partir de los 8 años, se constató su eliminación y fueron las féminas las de mayor reducción.
- Se constató modificación en las anomalías dentomaxilofaciales después de aplicada la intervención, se destacó su reducción en: la vestibuloversión y el resalte aumentado, que disminuyeron en dos tercios a partir de los 8 años,

seguido de la aduquia y la incompetencia bilabial, con mayor frecuencia en el sexo femenino su eliminación.

- Se elevó significativamente el nivel de conocimiento de niños y padres/educadores después de aplicada la intervención, por lo que se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para el Estomatólogo General Integral.
- Las acciones terapéuticas aplicadas en esta intervención en la Atención Primaria de Salud constituyen elementos palpables de la labor que puede desarrollar el Estomatólogo General Integral para satisfacer sus necesidades de tratamiento y lograr el restablecimiento del equilibrio de los componentes del aparato estomatognático.
- Se consideró que la intervención tuvo buena efectividad por la reducción significativa de los hábitos deformantes bucales como resultado de la labor conjunta de la familia, la comunidad, los educadores y los niños como protagonistas, que lograron motivarse con las acciones educativas, preventivas y terapéuticas aplicadas y modificar su comportamiento ante esta entidad, para alcanzar estilos de vida más saludables.

RECOMENDACIONES

- Se deben aplicar programas educativos y terapéuticos sobre los hábitos deformantes bucales por parte de los Estomatólogos Generales Integrales y del Médico de la Familia, principalmente en centros educacionales y con la participación de la comunidad, para controlar este factor de riesgo que provoca maloclusiones y que constituyen un problema de salud en la población infantil.

- Fomentar en las Clínicas Estomatológicas en el departamento de consejería bucal la labor preventiva sobre: ¿Qué son los hábitos y que repercusión tienen sobre el aparato estomatognático?
- Divulgar los juegos didácticos, adivinanzas, dramatizaciones y otros medios utilizados en la intervención educativa sobre los hábitos deformantes bucales en los niños a través de los diferentes medios de difusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Aguirre Galera L.D. Maloclusiones en niños de 5 a 11 años de los consultorios 41 y 44. Area II. 2006. /Test/ : trabajo para optar por el título de Especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2006.

3. Rodríguez Calzadilla A. Vigilancia y Evaluación de la Salud Buco Dental. Ginebra. Serie Informes Técnicos. 1995; (782): 21-26.
4. Dos Santos.J. Diagnóstico y tratamiento de la Sintomatología Craneomandibular. 1era ed. Venezuela : Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 2004 pp. 77, 186 ,187.
5. Vega González S. Maloclusiones en niños de 5 a 11 años en el Consejo Popular Palmira Norte. 2006. /Tesis/: trabajo para optar por el título de Especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2006.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Sociedad y salud.-- La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 986: p73.
7. Bravo Lorenzo D, León de La Fe I., Llorach Duch J. Ll. Intervención educativa en hábitos bucales deformantes en el círculo infantil "Amores de la Partía". /Serie en Internet/./citado22 de marzo 2007/. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol6%202000ema03.htm>. (cite 22, marzo 2007).
8. Cruz J. y otros. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de Ortopedia Maxilar 2003. /Serie en Internet/ /citado 26, marzo 2007/.Disponible en: p://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/habitosoral58.htm.
9. Pellitero Reyes B. L, García Rodríguez B, Díaz Morell J. E, Torres Cur E. M. Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín 2003; 7(3):15-21.

10. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. /Serie en Internet/ 2000
[Citado 8 de septiembre 2005]. Disponible en:
<http://www.bvs.sld.cu/revista/ord/voll5-2-00/ord4200.html>.
11. Romero Zaldivar E y otros. Atención primaria en Ortodoncia en dos consultorios del área Oeste del Municipio de Camagüey. Archivo Médico de Camagüey 2004; 8 (5):1025 – 0255.
12. González Santana I. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años en el Consejo Popular Palmira Norte. /tesis/ : trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado 2006.
13. Paredes Gallardo V, Paredes C. C Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Anales en Pediatría. 2005; 62(3):261-262.
14. Ruiseco Palomares A. Efectividad del ajuste oclusal en pacientes de alta de ortodoncia. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(4).
15. Pérez. D. La prevención en cualquier edad, en cualquier situación [serie en Internet 2003. /Citado 2 de agosto 2004]. Disponible en:
<http://.Ortomax.octo.com/prevsalud/bucal.htm>.
16. Gutiérrez Taillag, J. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 – 11 años. Consejo popular Palmira Sur.2006. /tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2006.

17. Hernández Casares J. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 – 11 años. Consejo Popular Charca Abreus.2007. /Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2007.
18. Quiñones Ybarría M. E. y otros. .Estado nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en Etiología de las maloclusiones, Zona Ortodoncia 2001-2002. /monografía en Internet/ 2005 /citado 28 de enero 2008/. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/programa.pdf>.
19. Hernández Cuétara L y Col. Hábitos bucales deformantes y anomalías de la oclusión en niños de 5 – 11 años. 2005. /tesis/: trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2005.
20. Lois Hernández D. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 – 11 años. Real Campiña. Aguada de Pasajeros.2006. / Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2006.
21. Domenico Soler A. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años en 3consultorios del Consejo Popular de Rodas II 2006. / Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral: Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dórticos Torrado; 2006.

22. Cubaweb. Hábitos bucales deformantes. / Periódico en Internet/. / Citado 29 enero 2008/. Disponible en: www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/t/c07.html - 8k
23. Vargas Karen G. Hábitos bucales parafuncionales en el paciente infantil. *Odont Moder* 2006; 2(21): 1-10.
24. Duque de Estrada Berlot, M.L. Intervención educativa en niños con hábitos de succión digital. /tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Facultad de Estomatología; 2003.
25. Limonta Vidal, E.: Impacto de la Intervención educativa sobre el estado de salud bucal en escolares de primaria.2002. /Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2002.
26. Bravo Lorenzo D. Nuevas alternativas en prevención de maloclusiones dentarias utilizadas en consejería de salud bucal.Cárdenas. *Revista Médica Electrónica* 2006; 28(6): 19-27.
27. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual para médicos de familia sobre ITS SIDA-VIH SIDA. La Habana: MINSAP; 2003. p.75.
28. Quirós Álvarez O. Ortodoncia. Nueva generación. Cáp. II. *Rev Méd. Electrónica* 2005; 27(3).
29. Ferrer Mustelier, A.: Efecto de las técnicas educativas y afectivo-participativas en el cambio de actitud sobre salud bucal.2000. /tesis/:

- Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Periodoncia.
Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2000.
30. AMOLCA. Etiología de las maloclusiones. Venezuela: s.ed; 2003. p. 220.
31. Conde Suárez H. F, León de la Fe I. de, Rivera Lacorra D. M. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentaria en niños de primaria. Municipio Cárdenas 2002. /tesis/: Trabajo para optar por el título de 1er Grado en Estomatología General. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas; 2002.p 29.
32. Mora Pérez, C., López Fernández, R: Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. , Rev. Cubana de Ortod. 2001; 16(1):38-46.
33. Mora Pérez, C., López Fernández, R: Tratamiento Ortodóncico – Logopédico utilizando un aparato de Hawley modificado. Rev. Electrónica. MEDISUR 2004; vol (2) 1: ICSISSN 1727-897X.
34. Castillo Fuentes Y. Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria. /tesis/: trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en: Estomatología General Integral. Cumanayagua. Cienfuegos Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2006.
35. Chávez González A: Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria. /Tesis/: Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en: Estomatología General Integral. Cumanayagua. Cienfuegos. Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2006.
36. Yera Perdomo A. Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria. /Tesis/: Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en : Estomatología General Integral. Cumanayagua. Cienfuegos

- Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2006.
37. González Cuellar Y: Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria. /Tesis/: Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Cumanayagua. Cienfuegos Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2007.
38. Cabaña Lores C. y otros. Temas I, II de Ortodoncia Infantil. La Habana: Ed. Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1982. p- 7, 150-153, 280,281, 283- 295.
39. Lima Álvarez, M. y otros. El Estomatólogo General Integral en la atención comunitaria de Ortodoncia. Camagüey, Cuba. Archivo Médico de Camagüey 2004; 8(6): p 15-21.
40. Jacomino Cuba A. Salud bucal en niños y maestros/ Tesis/: trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Venezuela; 20007.
41. Díaz del Maso, L., Pérez Núñez, H. y colaboradores: instructivo "Sonrisas Saludables" para capacitar a adolescentes sobre salud bucal. MEDISAN 2003; 7(4):73-85.
42. Barnett E.M. Terapia Oclusal en Odontopediatría. /Edgard M. Barnett. La Habana: Ed ECIMED; 1997. p -1-7.
43. Morera Pérez A. Resultados de la fuerza labial lograda con la mioterapia en pacientes con incompetencia bilabial 2003. / Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Ortodoncia. Cienfuegos: Instituto Superior de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2003.

44. Bacha S.M, Rispoli C.F. Myofunctional therapy: brief intervention. Int. J Orofacial Myology 1999; 25: 37-47.
45. Morera Pérez, A., Mora Pérez .C. Resultados de la terapia Miofuncional en pacientes con incompetencia bilabial. Rev. Ortodoncia Española 2005 ; 45(3):176-191.
46. Mora Pérez C de la C. Competencias Docentes Básicas del Profesor de la carrera de Estomatología: su Perfeccionamiento. / Tesis/: trabajo para optar por el título de Máster en Educación Médica Superior. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2004.
47. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
48. Agruña Álvarez D. Prevalencia de maloclusiones en niños de 5 a 11 años en el Consejo Popular Palmira Sur. 2006./tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2006.
49. Gil Rodríguez, M.: Maloclusiones en niños de 5 a 11 años en el Consejo Popular Pastorita .Área VII / tesis /: trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2006.

50. Morales Montes de Oca T. J. Hábitos bucales deformantes en niños de 5-11 años del área VII. Cienfuegos. /tesis/: trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2006.
51. Díaz Da Silva C.I. La orientación masticatoria como terapia coadyuvante en maloclusiones. Rev. Chilena de Ortodoncia 1991; 8:54-68.
52. Blanco Cerril, Guerra M.E. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. Acta odontol 2003; 45 (1):13-15.
53. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4^{ta} ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. p.19-42.
54. Gregoret J. Diagnostico y planificación. Examen Funcional, Capítulo 3. Ortodoncia y Cirugía Ortognática. Barcelona: Ed. Salvat; 1998. p 83- 88.
55. Lauc T. Orofacial analysis on the Adriatic islands: an epidemiological study of malocclusions on Hvar Island. Eur. J Orthod 2003; 25(3):273-8.
56. Vera A.E, Chacón E.R. y col: Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendición escolar por sexo y edad en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria en el segundo trimestre del 2001. Rev. Venezolana Estomatol. junio de 2006; 40(3).
57. Milosevic A. Occlusion: I. Terms, mandibular movement and the factors of occlusion. Dent Update 2003; 30(7):359-61.
58. Canut. Exploración al paciente. Hábitos. Barcelona: Editorial Salvat; 2002. Cap. 7: 107.

59. Aparicio Subarnaba M. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años Consejo Popular Maria Victoria Aguada 2007. /tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2006.
60. Vela Hernández V.A. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas. [Monografía en Internet]. 2005. [Consultado Junio 2 2006]. URL disponible en:
<http://www.svnp.es/Documento/ortodoncia.htm>.
61. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de Riesgo asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol. 2006; 41(1).
62. El Crecimiento y el Desarrollo: La succión del pulgar (monografía en Internet [fecha de acceso 2 de junio 2006]; 2003. Disponible en URL en: <http://www.mmhs.com/clinical/peds/espanich/growth/thumb.htm>.
63. Podadera Valdés Z. R. Chupete o pulgar. Rev. Cubana Estomatología 2007; 44(4): 129
64. Web de la SPAPex. Barroso Espadero D.: Chupetes y hábito de succión del pulgar. Orientaciones para informar a los padres. /monografía en Internet/ /citado 29 enero 2008/. Disponible en:
UR [www.meshedsystems.com/2005/Web de la SPAPex.htm](http://www.meshedsystems.com/2005/Web%20de%20la%20SPAPex.htm).
65. Pulido S.M. El dedo: un vicio infantil. [monografía en Internet/] 2005. [citado 31 de mayo 2006]. Disponible en:
<http://www.hacerfamilia.net/revista/articulo.asp?reportaje=97.htm>

66. Cavaggioni G, Romano F. Psychodynamics of onichophagists. Eat weight Disord [Doc. En Internet] 2003 [consultado 15 mayo] Disponible en: :
[:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Display&DB=pumbed.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Display&DB=pumbed)
67. Miranda Cruz J, Villanueva Nandayapa E, Sánchez Aldama M. Hábitos orales frecuentes en una población de cinco trece años que acuden a la clínica de Iztacala al Diplomado de Ortopedia Maxilar 2003. Rev. Dental Mexicana [en línea]. 2004. [fecha de acceso 2 de junio de 2006]; vol 61. URL disponible en: [http://www.estomatol.com.mx/hábitos orales 42%. onicofag.succ/rev.5- 72. pdf.](http://www.estomatol.com.mx/hábitos_orales_42%_onico_fag_succ/rev.5-72.pdf)
68. Márquez Netto Mercadante M. Hábitos en Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. En Flavio Velline Ferreira. Artes Médica Latinoamericana 1ra Edición. Barcelona: Ed Salvat ; 2002. Capítulo 13.
69. Astorga Cid de la Paz M. E, Gaspar Guerrero MC. Frecuencia de Anomalías dentomaxilofaciales en niños. Rev. Cubana de Ortodoncia. 2005; vol 26: 400- 406.
70. Ruiz J.G. Alergia Clínica [serie en Internet] 2005 [citado 2 de junio 2006]. UR disponible en: [http://www.otorrinoweb.com/Jzquie/temas/41 Alergi/clínica- 5.htm.](http://www.otorrinoweb.com/Jzquie/temas/41Alergi/clínica-5.htm)
71. Junco Vargas M.E y Quintana Pérez S. Respiración Bucal: Conocimientos y actividades. Modalidad Cartel. Clínica Docente de Especialidades. Santa Clara Villa Clara. Primer Encuentro Internacional de Odontoestomatología, /monografía en Internet/ 2004. Publicada en el

volumen 9 n° 1 del 2005, Disponible en:

<http://www.vcl.sld.culmedcentro.v9n1o5http://cmsanexos.pdf>.

72. Santo Povis I. F. Estudio comparativo de la oclusión entre un grupo de niños, respiradores bucales y un grupo de control./ serie en Internet // citado 29 de enero 2008/. Disponible en:
<http://sisbid.unmsm.edu.pe/Bibvittual/tesis/salud/santop?/cpa2.htm>.2005.
73. Yamagueh.H, Susishi. K. Malocclusion associated abnormal posture. Bull. Tokyo Dent coll 2003; 44 (2): 43-54.
74. La Luce M. Tratamientos precoces. Terapias Ortodónticas. Actualidades Médico Odontológicas. 2002; 14(3):127.
75. Da Silva F, Filho O. G, Cavasah A. O, et al. Hábito de succión y Maloclusión: Epidemiología en la dentadura temporal. Rev. Clínica Investigación Ortodoncia. 2005]; 44(2): 127-140.
76. Montiel JM. Frecuencia de maloclusiones y asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos. Rev. DM. 2004; 61: 209-214.
77. Acevedo O, Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años del área II 2005. /tesis/ Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. . Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2005.
78. Rosell C, Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años del área II 2005./tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2005.

79. Cantón Machín M.: Hábitos deformantes bucales en niños de 5-11 años de los consultorios .Área III /Tesis /: trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en: Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2006.
80. Mas García M.: Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años de los consultorios 11, 12, 47y 28. Área II. /Tesis/:Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2006.
81. Gálvez Pereira A.: Hábitos bucales deformantes en niños de 5 – 11 años del Consejo Popular Libertad. Aguada. 2007. /Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2007.
82. Proaño de la Teja C.: Hábitos bucales deformantes en niños de 5 -11 años del Consejo Popular Constancia. Abreus. /Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2007.
83. Lanza Tiefembrucker D.: Hábitos bucales deformantes en niños de 5 -11 años. Consultorio Rancho Grande. Morón. Carabobo.2007 /Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología

General Integral. Carabobo Instituto superior de Ciencias Médicas Carabobo; 2007.

84. Fernández Ysla, R., Alemán Sánchez, P. C González Valdés, D Coutin Marie, G: Influencia de los hábitos bucales deformantes en la producción de anomalías dentomaxilofaciales. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.
85. Macías Gil R, Sánchez González L., Moreno Méndez, W., Orozco Cuanalo, L., Pérez Ribas, D.: El control preventivo/interceptivo en ortodoncia a escolares de primaria del municipio Bartolomé Masó 2001-2004. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.
86. Peng C.L, Jost Brinkman P.G., Yoshida N, Chou H.H, Lin C.T. Comparison of tongue functions between mature and tongue thrust swallowing and ultrasound investigation. Am J Orthod Dentofacial 2004; 125(5): 562-70.
87. González Valdés. D., Fernández Ysla R., Alemán Sánchez, P.C, Díaz Ortega L, Delgado Díaz, Y. Disfunciones asociadas a las anomalías Dentomaxilofaciales en niños de 3 a 5 años. Provincia Habana. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: Ed. ECIMED; 2005.
88. Rodríguez Rivera N, Legra Silot E. Congreso Internacional de Estomatología 2005. [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: ED. ECIMED; 2005.

89. Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y, Alemán Sánchez P.C, González Valdés D. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD- ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: Ed. ECIMED; 2005.
90. Domínguez Fernández, Y.: Hábitos deformantes bucales en años de 5-11 años de los consultorios 25, 26, 27, y 28. área V. /tesis/: trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en: Estomatología General Integral. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Raúl Dorticós Torrado; 2006.
91. Castro Espín M. Voy a tener que ser varoncito. Sexología y Sociedad. 1994; 1: 18-21.
92. Adair SM. Pacifier use in children: a review of recent literature. *Pediatr Dent.* 2003;449-58 Review. PMID14649608 [PubMed- indexed for medicine].
93. Castillo Muñoz C, Hernández Viguera S: Estudio comparativo de prevalencia de mordida abierta anterior y sus factores de riesgo asociados en preescolares chilenos. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: Ed. ECIMED; 2005.
94. García González B, García González J, Soto Cantero L : Efectividad de la mioterapia en el fortalecimiento de la fuerza labial superior. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: Ed. ECIMED; 2005.
95. Mora Pérez C, López Fernández R, Pausa González P, Álvarez Mora I: Fuerza labial lograda con la terapia Miofuncional en pacientes con

- incompetencia bilabial. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD- ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.
96. Podadera Valdés Z.R, Ruiz Núñez D: Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3-6 años de edad. Rev. Cubana de Estomatol. 2004; 40: 135-142.
97. Proffit W. R, Fields H. W. Ortodoncia contemporánea: 4ta ed. Canadá: Ed. Mosby; 2007. pp. 151-159 .
98. Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta. 1996-2001. Acta Odontológica Venezolana 2004; 42 (2) 112-27.
99. Cueira Basalto M.: Modificación del nivel de conocimiento en cuanto a salud bucal en escolares de 4^o grado. / Tesis/: Trabajo para optar por el título de especialista en 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Guantánamo: F.C.M. Guantánamo; 2002.
100. Bravo Lorenzo D. Uso de los psicófiteros en la eliminación del hábito de succión digital. Rev Méd. Electrón 2005; 27(3): 9-14.
101. Limonta Vidal E, Lugo Agudo E, Ruiz Guerrero I, González Heredia. Universidad por la Salud en el consultorio. XIV Congreso Nacional de Estomatología. I Simposio Ibero latinoamericano 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, Cuba: Centro de Convenciones Plaza América, 2002.p. 189.
102. Rossetti H. Pilares para un plan de salud: la educación como principal

herramienta y la escuela como principal lugar de trabajo. En su:

Salud para la odontología. Argentina: s. ed; 1995. p. 101 – 109.95.

103. Borroto Abal O, Mora Pérez C, Araujo Liriano M, López Fernández .Nivel de conocimiento de educación para la salud en ortodoncia de trabajadoras de círculos infantiles. Rev. Cubana Ortodoncia. 2001; vol. 16: 83-8.
104. Celorio S.: Sugestión nocturna en el tratamiento de succión... [Monografía en Internet]. 2005. [Consultado 2006 Junio 1]. URL disponible en:
<http://www.jagua.cfg.sld.cu/boletín-celorio/bol 3.htm>.
105. Ojeda Selles D. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.
106. García González B, García González J, Soto Cantero L.: Efectividad de tres modalidades terapéuticas en el fortalecimiento de la fuerza labial superior. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.
107. 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.
108. Grohmann U. Aparatología en Ortodoncia Funcional. Atlas grafico. Amolca. Caracas. Venezuela: s.ed; 2002. pp. 10.

ANEXO 1

ASUNTO: Solicitud de Aprobación.

Estimada Compañera:

Le dirigimos la presente para solicitar a usted la autorización para llevar a cabo la investigación por parte de la Doctora María de los S. Haces Yanes, en la Escuela Primaria "Raúl Suárez Martínez" perteneciente al Municipio de Cumanayagua, la cual consistirá en la aplicación de una intervención de salud bucal en escolares de 5-11 años portadores de hábitos deformantes bucales.

Por lo antes expuesto necesitamos la aprobación por parte del Organismo MINED para el inicio de dicha investigación.

En espera de su acostumbrada atención, quedamos;

Fraternalmente;

Dra. María de los S. Haces Yanes.

Lic. Farah Iglesias González.

Directora Municipal de Educación

Municipio de Cumanayagua.

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 “Raúl Suárez Martínez”, que tiene el propósito de identificar los hábitos deformantes bucales y las anomalías presentes en los portadores de esta entidad. Para poder trazar una estrategia educativa, de acuerdo con el tratamiento que corresponda al nivel primario de atención de salud.

Si acepta que su hijo participe, y si en algún momento no está de acuerdo en que éste siga en la investigación tiene el derecho de 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 nos lo comunique.

Declaración de voluntariedad

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente que mi hijo (a) participe como miembro del grupo de la muestra.

FIRMA DEL PADRE:

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

FECHA:

FECHA:

ANEXO 3

Encuesta.

Nombre de la Institución. _____

Nombre y apellidos del niño: _____

Edad: _____

Sexo: _____

VARIABLES	ANTES		DESPUÉS	
	SI	NO	SI	NO
Hábitos				
Succión digital				
Succión del biberón				
Succión del Tete				
Respiración Bucal				
Protracción lingual				
Onicofagia				
Hábitos posturales				
Manifestaciones clínicas				
Incompetencia bilabial				
Vestibuloversión				
Apiñamiento				
Adaquia				
Resalte aumentado				
Terapias				
Psicoterapia				
Mioterapia				
Mecanoterapia				
Desgaste Selectivo				

ANEXO 4

Entrevista dirigida a los niños.

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

1) ¿Conoces que existen hábitos que deforman tus dientes?

Si -----

No -----

2) ¿Cuáles de los hábitos que aparecen a continuación crees que puedan afear tus dientes?

_____ chuparte el dedo.

_____ chupar chupete.

_____ tomar leche en pomo.

_____ comerte las uñas.

_____ colocar la lengua entre los dientes cuando tragas.

_____ mantener la boca abierta para respirar.

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

_____ colocar el lápiz u otro objeto entre tus dientes.

Gracias.

ANEXO 5

Entrevista dirigida a los padres y educadores.

Con el objetivo de recoger información sobre algunas costumbres de sus hijos respecto a los hábitos deformantes 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?

Si _____

No _____

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

_____ succión del dedo (chupar dedo).

_____ succión del tete (chupar tete).

_____ tomar leche en biberón.

_____ comerse las uñas.

_____ proyectar la lengua entre ambas arcadas.

_____ respirador bucal (respirar por la boca).

_____ la colocación de las manos al dormir y/o en la escuela sobre la cara.

_____ la colocación habitual de objetos entre sus dientes.

Gracias.

ANEXO 6

Programa Educativo de Salud Bucodental.

Título: "Sonríe feliz"

Objetivos:

General: Proporcionar a los niños de 5 a 11 años de la escuela "Raúl Suárez Martínez" la motivación necesaria para el mantenimiento de una salud bucal adecuada.

Específicos:

1. Proporcionar un ambiente adecuado que le permita a los niños su desenvolvimiento con el grupo, con la ayuda de los educadores.
2. Destacar la importancia del desarrollo de las actividades y el cumplimiento de las mismas, con la calidad requerida en sus objetivos.
3. Desarrollar los temas de salud bucodental que presentaron escaso nivel de conocimiento.
4. Destacar la importancia de la familia como apoyo medular en la educación de los infantes.

Destinario: Niños de 5 – 11 años.

Propósito fundamental:

- Eliminar los hábitos deformantes bucales.
- Elevar el nivel de conocimiento sobre aspectos de salud bucodental.

Límites geográficos: Escuela Primaria: "Raúl Suárez Martínez"

Población: Niños de 5 – 11 años

Tiempo: Curso escolar 2006 – 2007.

ANEXO 7

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 Cumanayagua, y responden a los objetivos del trabajo que nos ocupa. En su contenido se miden los indicadores seleccionados para dar cumplimiento a su finalidad.

Fraternalmente:

Lic. María Cecilia López Heredia.

Psicóloga

Sub-directora de Post- grado e Investigación

SUM Cumanayagua.

Lic. María Aleida López Arística.

Psicóloga

Coordinadora de la Carrera de Psicología

SUM Cumanayagua.

Lic. Elvira Bermejo Ferrer.

Psicóloga

Docente del Policlínico Universitario “Aracelio Rodríguez Castellón”.

ANEXO 8

Actividades dirigidas a los niños.

Encuentros	Temas	Sesiones
1- ¡Amiguito, aquí estoy!	Introducción al programa	1ra Sesión
2- Para una bella sonrisa	Hábitos deformantes bucales.	1ra Sesión
3- “La pena del niño dedo”	Hábitos deformantes bucales y Anomalías dentomaxilofaciales	1ra Sesión
4- Un mundo lleno de alegres sonrisas	Integración de los temas tratados	1ra Sesión

ANEXO 9

Encuentro No. 1: ¡Amiguito, aquí estoy yo!

Tema 1: Introducción al programa.

Objetivos:

- Crear un ambiente favorable que permita la interrelación con los niños.
- Motivar a los niños relacionándolos con la salud bucal.

Métodos y procedimientos:

- Dar la bienvenida al grupo.
- Se realizará la técnica de presentación “Amigo secreto”. Donde cada niño en un papel pequeño pondrá su nombre y apellidos con el objetivo de conocer con exactitud a los presentes. Se recogerán en una “valija”. Se les explica que la caja es representativa y que viajará por invitación nuestra a todas las actividades que desarrollaremos durante el curso escolar. Luego de remover los papelitos en la valija se pide que cada uno tome uno y vayan pronunciando el nombre del amigo seleccionado. El que se presenta, responderá a los demás:

- a) ¿Cómo soy?
- b) ¿Cómo me gustaría tener mis dientes?

Se escribirán en la pizarra con tiza las preguntas para no ser olvidadas y para que las respuestas puedan ser pensadas.

Evaluación:

- ¿Se sintieron bien en este encuentro?
- Se orientará a los niños que comenten con otros grados y con los padres sobre la actividad.

ANEXO 10

Encuentro No. 2: Para una bella sonrisa.

Tema: Hábitos deformantes bucales.

1ra sesión

Objetivos:

- Brindar información acerca de los hábitos deformantes bucales.
- Definir qué es un hábito.
- Mostrar a través de adivinanzas, canciones, cuento, fotografías y láminas, los diferentes tipos de hábitos deformantes bucales y las anomalías que causan.

Contenidos:

- Hábitos deformantes bucales. 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:
- Le gustaron las adivinanzas, cuento y canciones.
- ¿Por qué se considera importante que los dientes estén bien alineados?
- Escucharemos criterios y se escriben en una cartulina; al final se dará una valoración sobre la importancia de una correcta alineación y el adecuado contacto de sus dientes, su relación con la estética, la masticación y la pronunciación.
- Se les muestra una lámina con los dientes correctamente alineados y otra con dientes en posición incorrecta. Los niños deben describir lo que observan y exponer las diferencias. Entre todos lograr definir un concepto.

- Observar en el niño sentado a su lado, si identifican las mal posiciones dentarias en sus bocas.
- ¿Cuál creen que sea la principal causa para que se produzcan estas mal posiciones?
- Se escriben las respuestas en el reverso de la cartulina utilizada anteriormente.

ADIVINANZAS

1. Somos visibles al sonreír

Perfecciono tu fonética

Te ayudo en la masticación

Y mejoramos tu estética.

R/ Los dientes.

2. Me prefieren los bebés,

Aunque no soy un juguete;

tampoco soy caramelo,

y me chupan con deleite...

¡Ay, pero que malo soy

con los pobrecitos dientes,

que me temen y rehúyen,

y se inclinan hacia el frente.

...Si quieres saber quién soy,

¡adivínalo si puedes!

(Respuesta: El Tete).

3. Guardada en una cajita de

juego: inquieta, roja y larga...

Blancas filas de soldados,

me tienen bien custodiada:

Una arriba, y otra abajo,

están las dos filas blancas...

Pero si empiezo, y empiezo,

juguetona y obstinada,

¡los soldados delanteros,

rompen fila por mi causa!

¿Quién soy, que, aunque no

soy mala,

debo controlar mis mañas?

Respuesta: (La Lengua)

CANCIÓN

“BLANQUECÍN”.

“Blanquecín” está enojado con “Rojita”...

“Blanquecín” está enojado con “Rojita”...

Porque Rojita, que es la lengüita,

Se las pasa empujando a Blanquecín...

Y él, que es un diente chico,

Tan serio y tan gentil,

Se siente abochornado,

porque ahora está asomado,

como un diente malcriado,

siempre listo al salir...

¡ Ay, que pena ! , ¡ que pena

da el pobre “blanquecín” ...!

Él siempre formalito,

tan serio y derecho,

ahora está así inclinado,

indiscreto y asomado,

todo porque a “Rojita”,

juguetona y maldita,

le dio por empujar, empujar, empujar, empujar

a “Blanquecín” ...!

por eso... (Se repiten los cuatro primeros versos).

“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 dientecitos,
se me inclinen hacia afuera...

Se me inclinen hacia afuera,

Biberón, biberoncito:

Yo conozco tus maneras,
y no quiero mis dientecitos
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!

ANEXO 11

Encuentro No. 3: “La pena del niño dedo”.

Tema 2 Hábitos deformantes bucales 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 sobre las alteraciones provocadas por estos hábitos.
- Explicar la importancia de su visita al Estomatólogo.

Contenido:

- Hábitos deformantes bucales.
- 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; cuento titulado: “Una buena propuesta”.
- Lectura y narración del cuento.
- Debate sobre el cuento a través de preguntas, las cuales estarán en tarjetas enumeradas, se pasará la “valija” 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 así 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 daños a los dientes?

CUENTO

La pena del niño dedo

Niño dedo estaba abochornado. Por su culpa, Dientecito y Dientecín, no podían entrar a su casita. ¡Y algo peor aun...! La casita, ¡ya no podía cerrar!: se quedaba entrecerrada... o entreabierta...! Como si Dientecito y Dientecín, estuvieran de más, o mal parados... e impidieran cerrar. ¡Siempre entreabierta... o entrecerrada, estaba ahora la casa de Dientecito y Dientecín!

- ¿Por qué lloras, Niño Dedo? – Preguntó Palma de Mano, que es muy sabia...
- Lloro porque... porque... porque de tanto jugar con Niña Lengua, ahora Dientecito y Dientecín, están así: asomados a la puerta de su casa, sin entrar, sin salir... Yo, sin querer, los fui empujando... Ellos: blancos, callados, se inclinaban, se inclinaban, y yo, sin darme cuenta, un día, una noche; otro día, otra noche; otro día... otra...
- ¡Si, si, Niño Dedo, ya comprendo...! – Le interrumpió impaciente palma de mano - ¡pero llorar, nunca ha resuelto nada! ¡hay que hacer algo!
- ¿Y que voy a hacer? – así preguntaba Niño Dedo, con una pena, que daba pena. - ¡Yo me arrepiento de lo que hice? – repetía Niño Dedo.
- ¡Tampoco el arrepentimiento, amigo mío, sirve de mucho! – Le contestó palma de mano. – siempre es mejor prevenir: pensar, antes de actuar. ¡pero basta de lamentos! ¡Ya sé que puedes hacer!
- ¡¿ De verdad...?! – Se entusiasmó Niño Dedo.
- Sí: de verdad. – Confirmó palma de mano. – Mira: tú que sabes señalar, porque eres un dedo, señala Dientecito y a Dientecín el camino de la Clínica...
- ¡¿ La Clínica?!

- ¡Sí!, - Dijo palma de mano. – Allí podrán reparar el mal que has hecho, y la casita quedará nuevecita, nuevecita... aunque sufrirán un poquito durante las reparaciones...
- ¡Ay, qué bueno! ¡Ahora mismo señalo el camino de la Clínica!
- Ya estaba más contento Niño Dedo. Pero entonces, Palma de mano, muy seria, le dijo:
- Falta una cosa más que debes hacer...
- ¿Qué es? – Se interesó Niño Dedo

Y Palma de Mano le dijo muy solemnemente:

- Tienes que advertir a todos los Niños Dedos, Niños del mundo, que es dañino jugar con Niña Lengua. Que hay muchos juguetes y cosas que hacer a nuestro alrededor, en vez de echarles a perder la vida a ningún Dientecito o Dientecín...
- ¡Lo haré! – Prometió Niño Dedo, y se fue rápido, a señalar a sus infortunados amigos, el camino de la Clínica Dental...

Se les propone a los escolares dramatizar el cuento en su grupo 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.

ANEXO 12

Encuentro No. 4: “Un Mundo lleno de bellas sonrisas”

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 los debates de los aspectos esenciales de cada tema.
- Promover un intercambio de ideas sobre cada aspecto fundamental tratado en los encuentros anteriores.
- Se propone desarrollar la actividad que más le haya gustado; ej cuento, canción, dramatizado, adivinanzas, entre otros.

Evaluación:

- Se realizará a través de las entrevistas a los niños y padres y/o educadores (Anexos4, 5) con la ayuda de las Técnicas de Atención Estomatológica (TAE).

- Una vez terminada esta fase del programa, se determinará la efectividad del mismo; los padres y/o educadores reforzarán con sistematicidad los conocimientos adquiridos en el desarrollo del mismo. El Estomatólogo efectuará una visita de control mensual.

ANEXO 13

Actividades dirigidas a los padres y educadores.

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

ANEXO 14

Encuentro No. 1

1 sesión

Tema: Introducción al programa.

Objetivos:

- Crear condiciones favorables para el intercambio con los padres y/o educadores.
- Motivar la participación de los padres y educadores en las actividades a desarrollar y enfatizar la importancia de la familia en la educación de sus hijos.

Métodos y Procedimientos:

- Se dará la bienvenida al grupo.
- Realizaremos la presentación utilizando la técnica de los “refranes”. Por ejemplo tarjeta No. 1 (No por mucho madrugar), tarjeta No. 2 (amanece más temprano). Se vuelven todas las tarjetas en la “valija” 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?
- ¿En qué trabajas?
- ¿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 y educadores los objetivos que nos proponemos al aplicar el programa educativo, las características y la necesidad del apoyo que sería necesario que nos brinden para la cooperación, así se destacará el apoyo de la familia y la escuela en la educación del niño.

ANEXO 15

Encuentro No. 2

Tema 2: Hábitos deformantes bucales y anomalías dentomaxilofaciales.

Objetivos:

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

Contenido:

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

Métodos y Procedimientos:

- Brindar información a los padres y/o educadores acerca de los hábitos deformantes bucales, su concepto y su relación con la aparición de anomalías dentomaxilofaciales.
- Se dará a conocer el efecto perjudicial de los hábitos y su vinculación con la estética, la fonación, respiración y la masticación.
- Se propone debatir según los criterios de los padres y educadores las sugerencias cómo eliminar los hábitos deformantes bucales.
- Se explicará como enseñar al niño el cuidado bucal adecuado, a una temprana edad.

- 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 debatirá sobre experiencias personales relacionadas con el tema tratado.

Evaluación:

- Se realizará a través de preguntas.
- ¿Les gustó la actividad?
- ¿Les resultó importante haber asistido a este encuentro? ¿Por qué?
- ¿Puede ayudar al niño en cuanto a la eliminación de algún hábito deformante bucal que posea?

ANEXO 16

Encuentro No. 3

Tema 3: Hábitos deformantes bucales. Importancia de su visita al Estomatólogo.

1ra Sesión.

Objetivos:

- Informar a los padres y educadores con ayuda del cuento sobre algunos hábitos que deforman el complejo bucal y la actitud que se debe tener ante 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 su visita al Estomatólogo.

Contenido:

- Hábitos deformantes bucales. Prevención. Tratamientos utilizados.

Métodos y Procedimientos:

- Los padres y educadores participarán en las actividades planificadas, escucharán la narración del cuento y participarán en el debate.
- Explicar mediante laminarios, papelógrafos, los diferentes tipos de tratamiento utilizados para la corrección de las anomalías.
- Se hará énfasis en 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 de los mismos. Se elaboraran 3 caritas en cartulina para cada padre y educador y representaran rasgos de **satisfacción, tristeza e indiferencia**, se levantará la que escoge para responder a las siguientes preguntas:

- ¿los objetivos previstos en las actividades programadas se han cumplido?
- ¿Consideran que con las actividades realizadas han adquirido nuevos conocimientos útiles para sus hijos y educandos?

ANEXO 17

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.
- Aspectos preventivos.
- Necesidad de la eliminación de los hábitos que deforman el aparato estomatognático. Su relación con las anomalías dentomaxilofaciales.

Técnicas y Procedimientos:

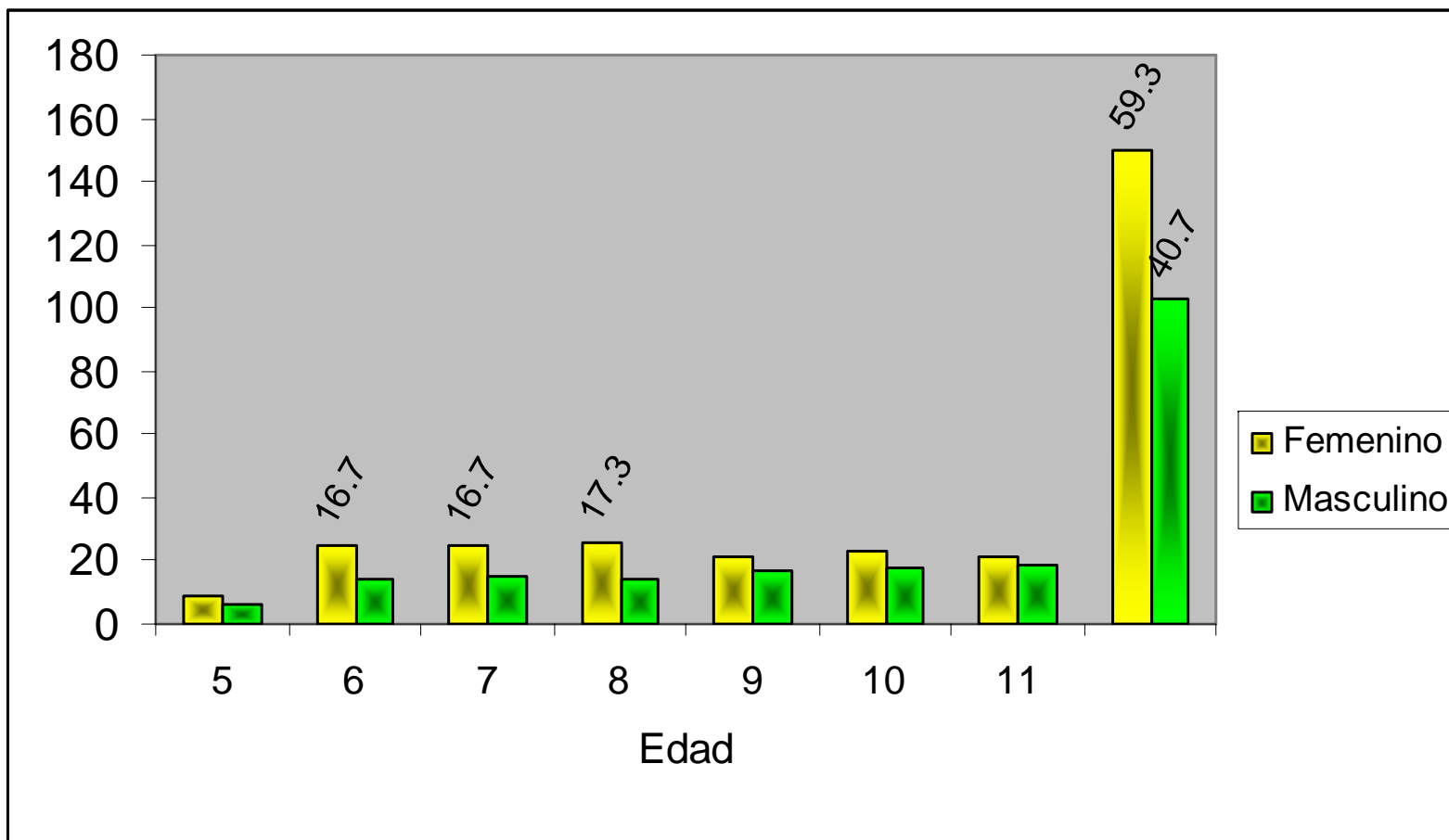
- Se invitará a los padres y /o educadores a participar en los debates de los aspectos esenciales de cada tema.
- Realizar un intercambio de ideas sobre cada aspecto fundamental tratado en los diferentes encuentros.
- Se les propone realizar la actividad que más le haya gustado.

Evaluación:

- Se realizará a través de entrevistas a los niños, padres y/o educadores (Anexos4, 5) con la ayuda de las TAE.

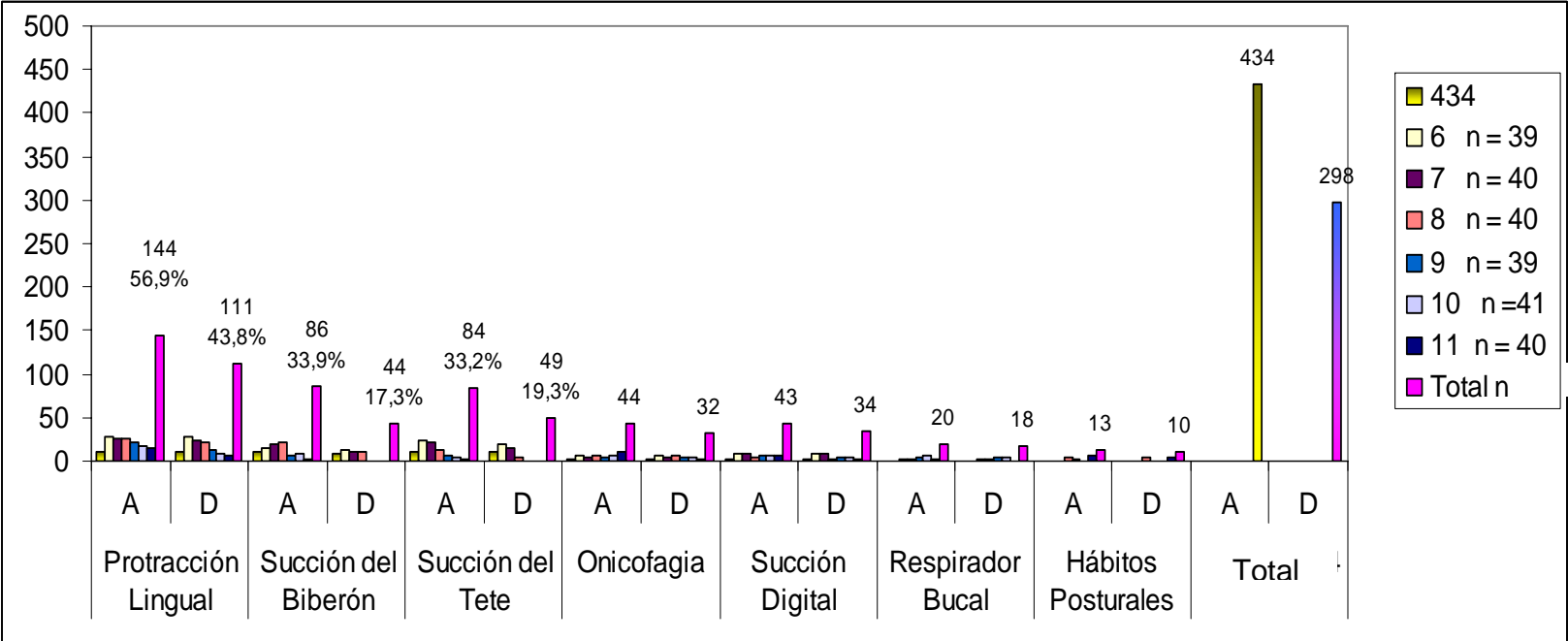
- Al terminar esta sesión del programa, se determinará su efectividad; los padres y/o educadores reforzarán los conocimientos adquiridos en el desarrollo del mismo. El Estomatólogo lo comprobará con su visita mensual.

Gráfico 1 Distribución de los pacientes según edad y sexo Cumanayagua 2007.



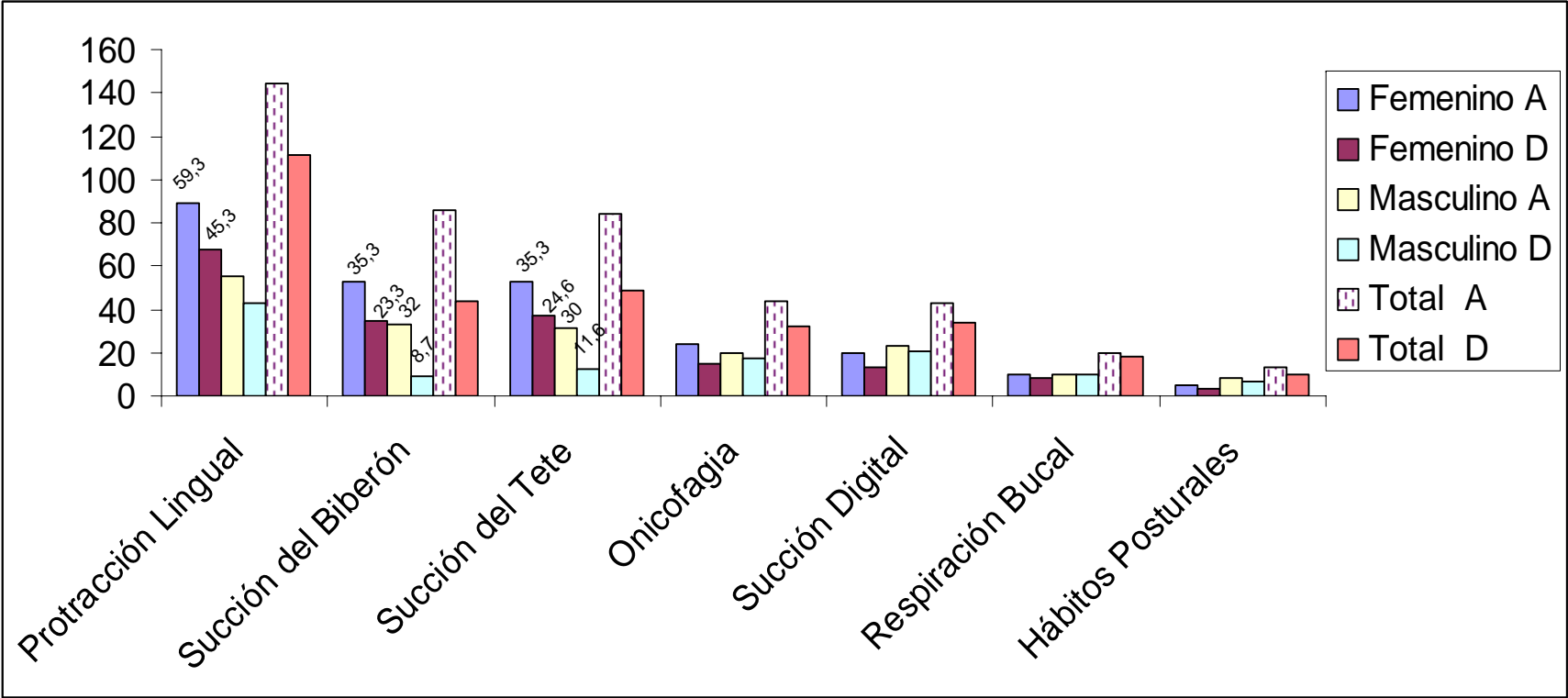
Fuente: Tabla 1

Gráfico # 2 Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 según edad antes y después de aplicar la intervención. Cumanayagua 2007.



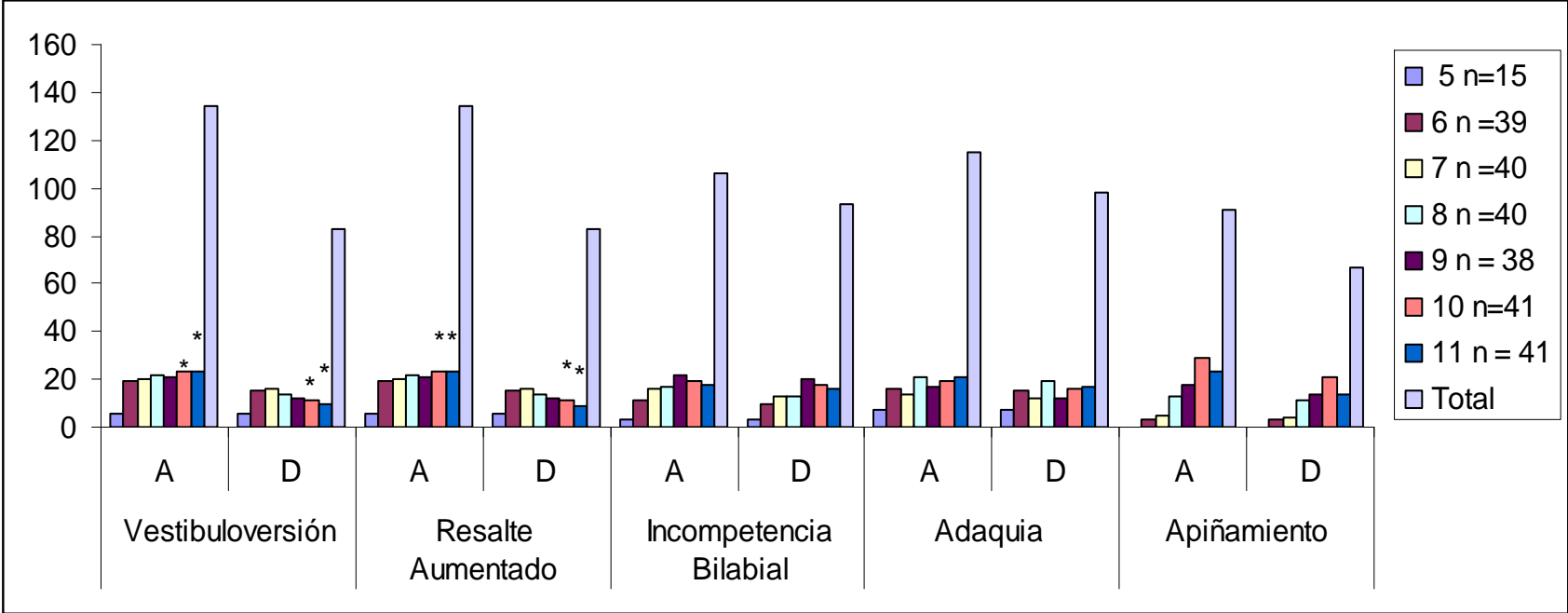
Fuente: tabla 2

Gráfico # 3 Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 según sexo antes y después de aplicar la intervención. Cumanayagua 2007.



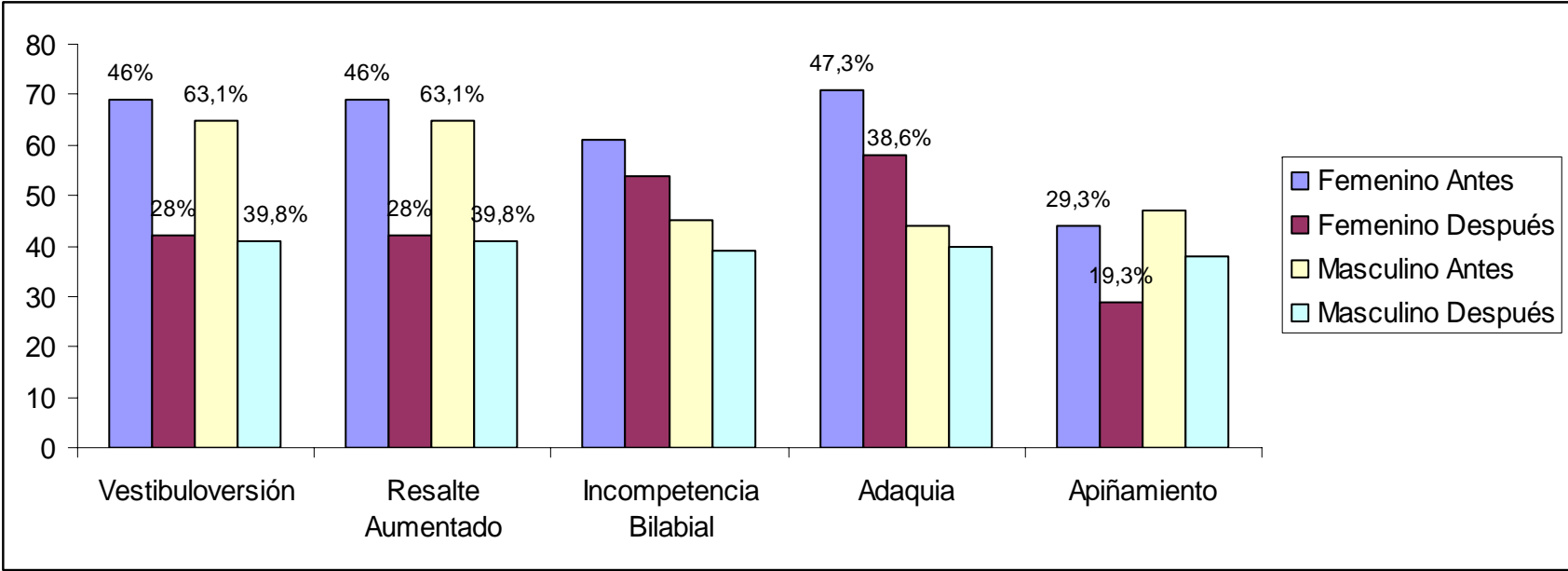
Fuente: tabla 3

Gráfico # 4 Frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales en niños antes y después de aplicar la intervención de 5 a 11 según edad. Cumanayagua 2007.



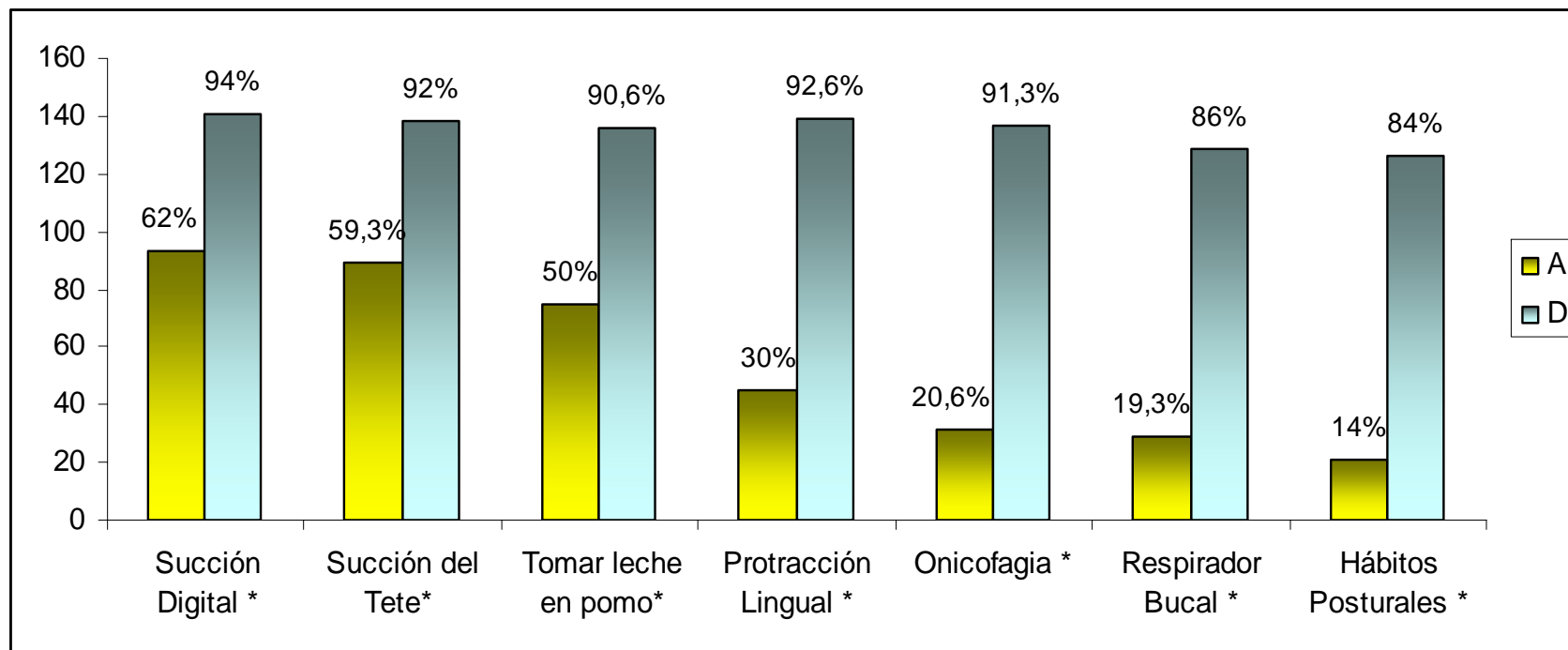
Fuente: tabla 4

Gráfico # 5 Frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 5 a 11 años antes y después de aplicar la intervención según sexo. Cumanayagua 2007.



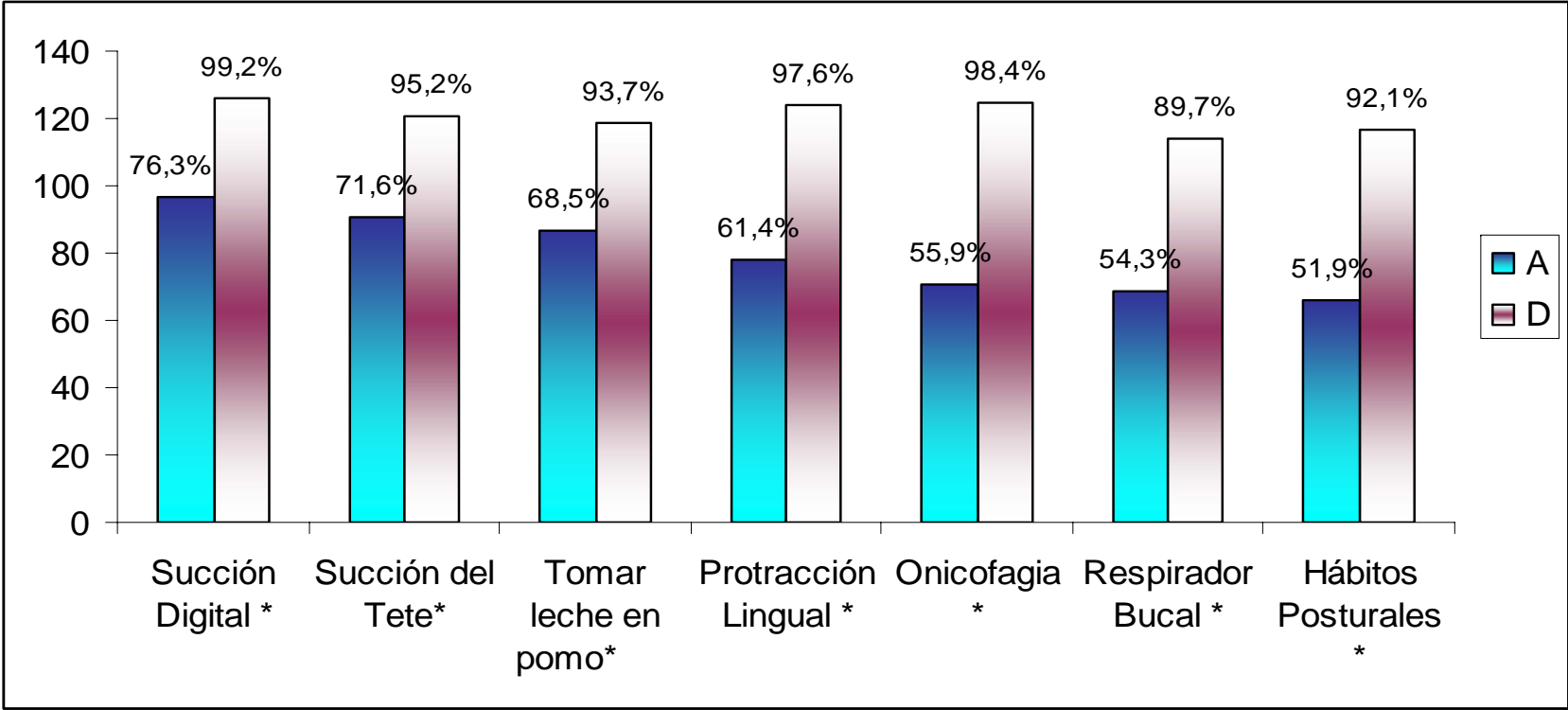
Fuente: tabla 5

Gráfico # 6 Nivel de conocimiento de hábitos deformantes bucales antes y después de aplicada la intervención en niños de 5 a 11 años Cumanayagua 2007.



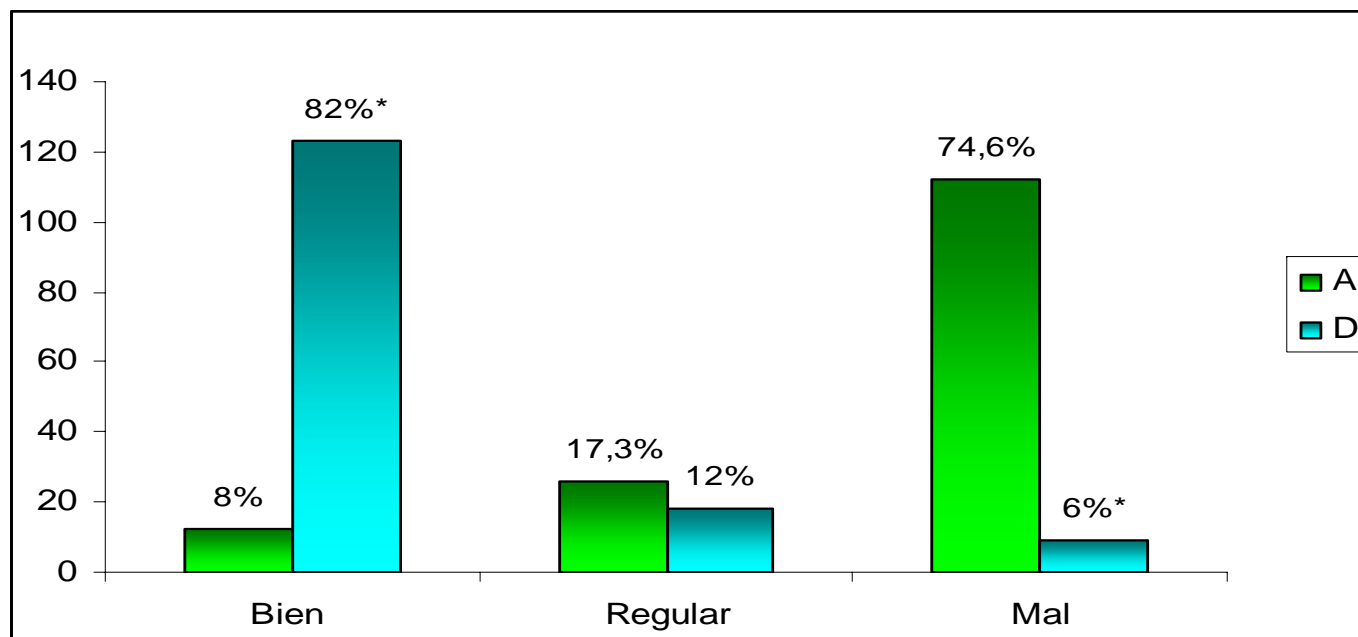
Fuente: tabla 6

Gráfico # 7 Nivel de conocimiento de hábitos deformantes bucales antes y después de aplicada la intervención en padres y / o educadores Cumanayagua 2007.



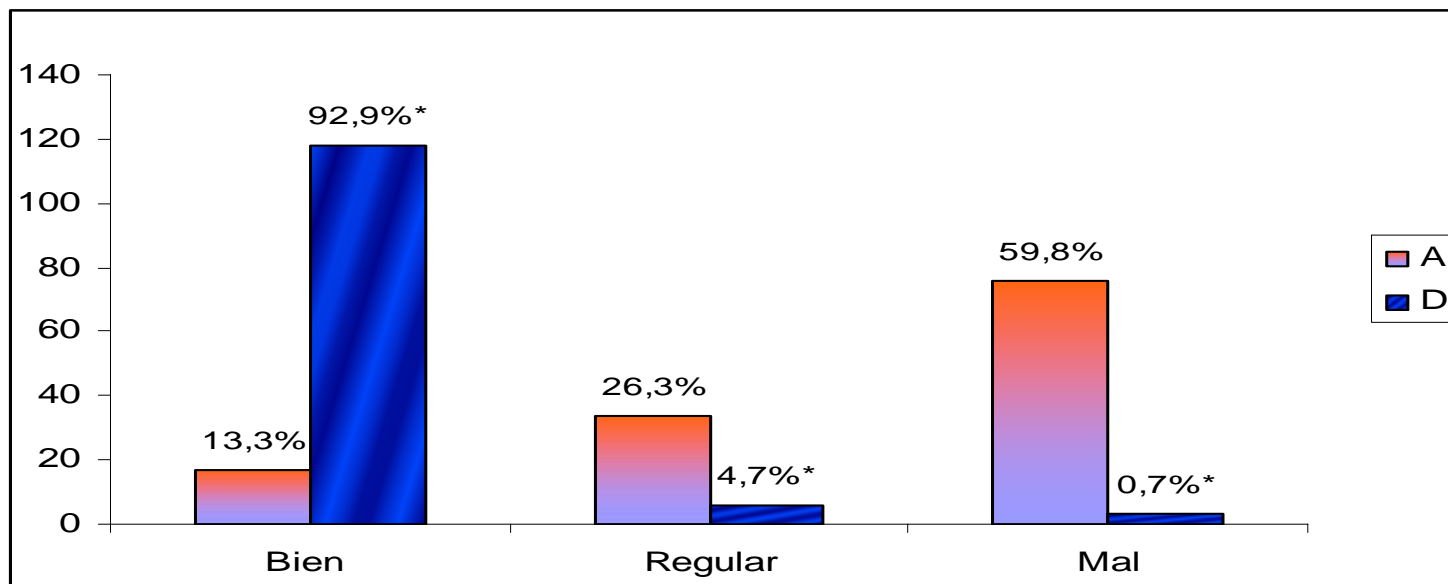
Fuente: tabla 7

Gráfico # 8 Evaluación de conocimiento de los niños antes y después de aplicada la intervención Cumanayagua 2007.



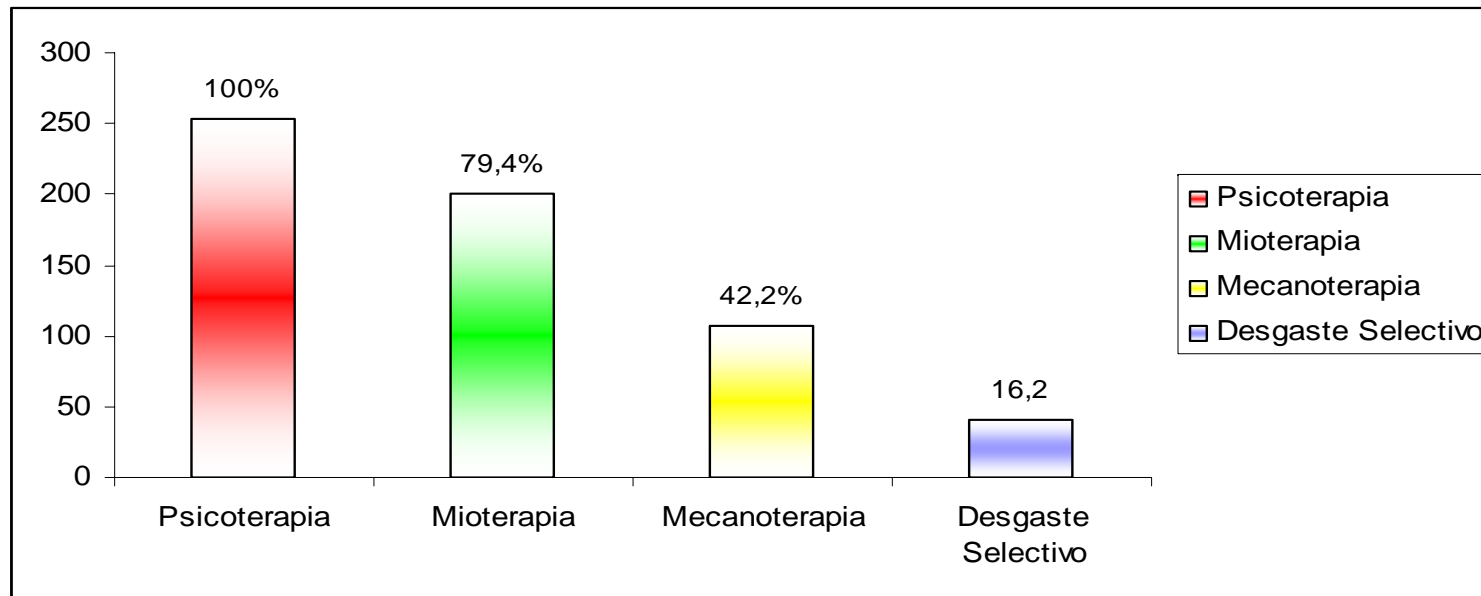
Fuente: tabla 8

Gráfico # 9 Evaluación de conocimiento de los padres y /o educadores antes y después de aplicada la intervención. Cumanayagua 2007.



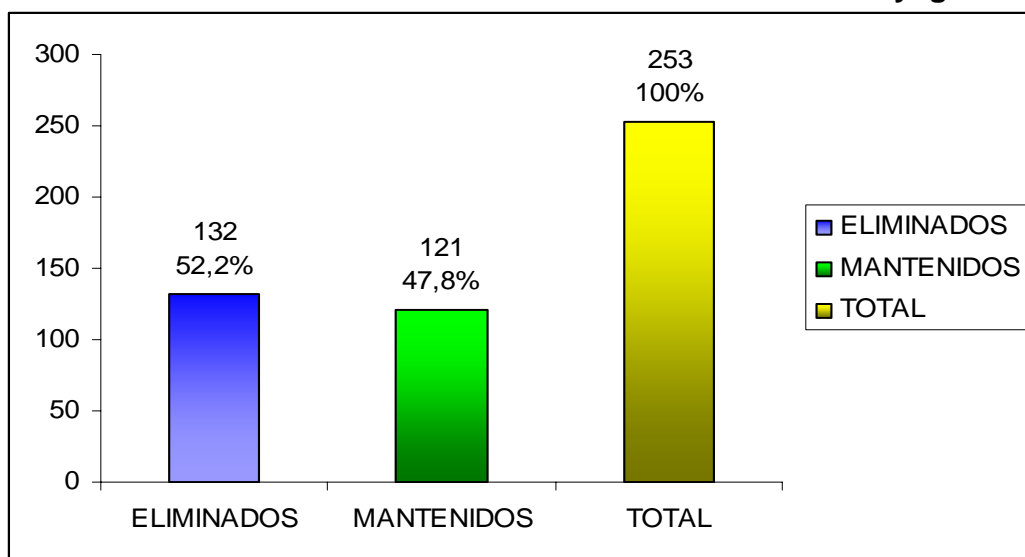
Fuente: tabla 9

Gráfico # 10 Tratamiento aplicados durante la intervención Cumanayagua 2007.

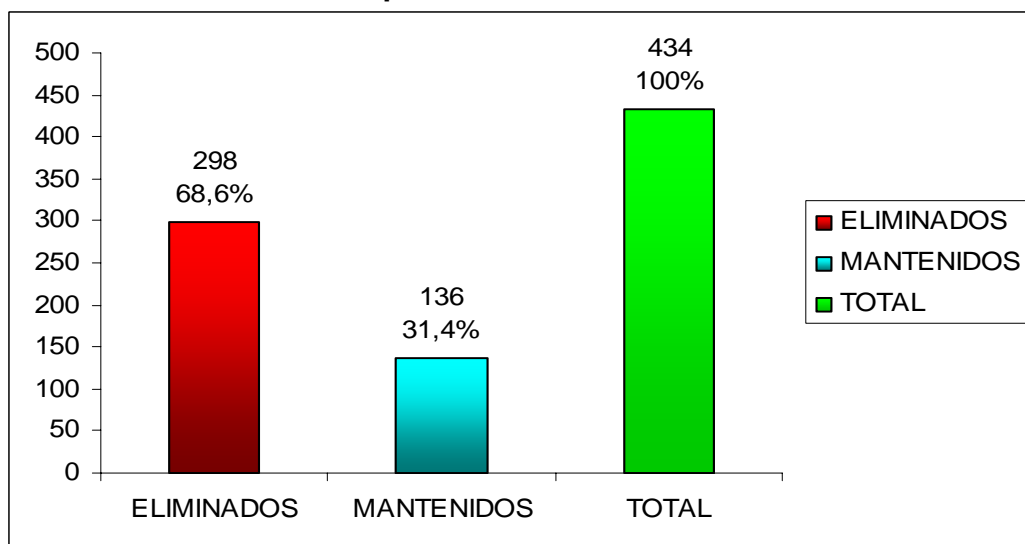


Fuente: tabla 10

Gráfico # 11: Evaluación de la efectividad de la intervención realizada sobre los hábitos deformantes bucales Cumanayagua2007.



Fuente: tabla 11 $p=0.53$



Fuente: tabla 11 $p=0.0000$