

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA
SANTIAGO DE CUBA

TITULO: Intervención educativa en niños con hábito de succión
digital.

AUTOR: Dra. Maria Luisa Duque de Estrada Bertot

TUTOR: Dr. Gabriel Céspedes Pérez

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TITULO DE
ESPECIALISTA DE I GRADO EN ESTOMATOLOGIA GENERAL INTEGRAL.

2003

“AÑO DE GLORIOSOS ANIVERSARIOS DE MARTI Y DEL MONCADA”

Resumen:

Se realizó una intervención educativa “POR UNA SANA SONRISA”, para modificar conocimientos y comportamientos en un grupo de escolares con hábito de succión digital del 2do Grado de la escuela primaria “José Luis Tasende de la Muñeca”, correspondiente al Centro Escolar 26 de Julio; a los que corresponde la atención estomatológica en la Clínica Estomatológica Provincial Docente de Santiago de Cuba, en el período comprendido de enero a diciembre del 2002. El universo estuvo constituido por 44 escolares a los que se les aplicó un cuestionario relacionado con los temas tratados en la intervención, antes y después de la misma, que midió conocimientos y una observación estructurada para valorar cambios en el comportamiento. El programa se basó en actividades educativas que mediante técnicas afectivo-participativas hicieron que los escolares adquirieran conocimientos y se sintieran motivados con los temas tratados, lo cual se manifestó en cambios significativos en sus conocimientos y comportamiento en relación con el hábito; corroborándose el abandono de esta práctica en 24 de los niños participantes para un 54.5%.

INTRODUCCION

Un hábito debe definirse como la facilidad que adquiere una persona para repetir una actividad. Estos se clasifican en saludables y dañinos. Los hábitos orales pertenecen a este último grupo y dentro de ellos podemos citar: la succión digital, deglución atípica, respiración bucal, onicofagia, uso del biberón y del chupete, entre otros. Todos estos hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden (1).

La succión digital es un hábito deformante frecuente, que generalmente se inicia en edades muy tempranas y continúa hasta los tres o cuatro años de edad considerándose normal por muchos autores. Cuando persiste más allá de estas edades, se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad, o un deseo de llamar la atención, que puede tener repercusiones tanto en el entorno social del niño como a nivel orgánico; pudiendo producir modificaciones en la posición de los dientes y en la relación de las arcadas dentarias, dando lugar todo ello a alteraciones en la masticación, el habla y la estética del niño. A nivel social puede interferir en su desarrollo ya que puede ocasionar que el menor sea objeto de burlas, crítica, rechazo o incluso castigo (2).

Los hábitos de succión son relacionados con un aumento de las alteraciones de la oclusión. El tipo de maloclusión que pueda desarrollarse depende de varias condiciones: la posición del dedo o la mandíbula durante la succión, la fuerza del dedo y la frecuencia y duración de la succión (3,4).

La mordida abierta anterior es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes del succionador del pulgar, la protracción de los dientes anterosuperiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar. La retracción postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano fuerza continuamente la mandíbula, asumiendo una posición retruida. Los incisivos inferiores pueden estar inclinados hacia lingual (5).

Estudios internacionales plantean que las maloclusiones constituyen la tercera parte de las afecciones bucales como problema de salud. Estas son catalogadas como factores de riesgo para la producción de caries, periodontopatías y disfunciones en la articulación temporomandibular, además de la alteración estética y funcional que originan al no ser tratadas (1)

En Cuba se han efectuado varios estudios y encuestas de salud bucodental de la población como método epidemiológico utilizado para evaluar el estado de salud bucal, determinar la prevalencia y distribución de las enfermedades bucodentales e identificar las necesidades de salud de nuestra comunidad.

Así, en 1995 en la Encuesta Nacional de Salud Bucodental; el 47.6% de los niños en las edades de 5-6 años se encontró afectado por maloclusiones (6). En 1996, encuestas realizadas en nuestro país revelaron que el 68.15% de los niños presentaban hábitos deformantes (7), en tanto en 1998 la aplicación de la Encuesta de la OMS en la provincia Santiago de Cuba arrojó que el 31% de la población encuestada menor de 15 años presentaba alteraciones de la oclusión (8). Más recientemente, estudios efectuados en el 2001 en el Centro Escolar "26 de Julio" de esta ciudad en niños de seis años de edad, aportaron datos alarmantes de maloclusión (71.3%), y 28.5% de estos escolares eran succionadores digitales (9). En la totalidad de los niños con el hábito se encontró deformidad dentofacial, siendo la vestibuloversión y la mordida abierta anterior las más frecuentes.

Por todo lo anterior se puede plantear que es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana y para ello se impone valorar previamente la edad, comprensión y cooperación del niño al respecto (10).

No hay vida sana sin boca sana y sólo podrá alcanzarse la salud para todos mediante actividades preventivas de atención primaria que se inicien desde las etapas tempranas de la vida, seguros de que la consecución de una salud bucal satisfactoria en la infancia, representa una gran ventaja psicológica, social y económica para toda la familia y la comunidad (11).

En las últimas décadas; la población infantil ha sido diana de los programas preventivos comunitarios bucodentales, debido a su accesibilidad y control en las escuelas; y a la importancia de intervenir antes que la enfermedad se presente; mediante la instauración de hábitos correctos de salud bucodental (12).

La prevención en la atención primaria es uno de los principios fundamentales de la Estomatología en Cuba; y esta se realiza a niños de instituciones infantiles, escuelas primarias y secundarias; no sólo para prevenir caries, sino también para eliminar los factores de riesgo que afectan el desarrollo normal del complejo dentomaxilofacial y detectar tempranamente anomalías.

En todas las unidades del Sistema Nacional de Salud cubano se realizan acciones de Educación para la Salud, las cuales carecen de sistematicidad y de otros requisitos de calidad, lo que no garantiza el objetivo de las mismas que no es sólo presentar los hechos para llenar un vacío de información sino exponerlos, de tal forma; que las personas modifiquen sus actitudes e influenciar de esa manera sobre su calidad de vida (13).

La educación es un proceso natural y continuo en los seres humanos que se inicia desde el momento que nacemos. La educación para la salud del escolar tiene por finalidad inculcarle actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades evitables de su edad. Además, debe intentar responsabilizarle de su propia salud y prepararle para que al incorporarse a la comunidad general, al salir de la escuela, adopte un régimen o estilo de vida lo más sano posible que favorezca la consecución de la salud positiva (14 y 15).

El programa de educación sanitaria en la escuela es el más eficaz y rentable de todos los programas. El niño es un individuo en período de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual le hace el más receptivo de los educandos. Además, la escuela tiene una acción extensa por todo el país y todos los niños acuden a ella. Ningún otro programa de educación sanitaria puede ni siquiera soñar ser tan extensivo como el escolar (15).

La experiencia y la investigación han demostrado que los niños captan favorablemente lo suficiente en el proceso de aprendizaje teniendo la oportunidad de reflexionar al respecto, discutiendo con otros y encontrando aplicaciones prácticas para sus conocimientos. Los alumnos aprenderán, comprenderán más rápido y eficazmente si la enseñanza se les torna interesante y amena. Cuanto mayor sea la variedad de métodos didácticos y medios auxiliares que se puedan emplear, más pronto se podrá atraer y retener la atención de los educandos (16).

Dada la importancia que tiene el niño como futuro ente activo de la sociedad; la tarea de fomentar su salud general es vital y dentro de esta la bucal. Por ello, y debido a que el hábito de succión digital es susceptible de ser modificado por métodos educativos y teniendo en cuenta la escasez de recursos existentes en nuestro país para el tratamiento de hábitos y maloclusiones con aparatología ortodóncica,

nos motivamos a realizar el presente estudio en un grupo de niños succionadores, lo cual contribuirá a disminuir la prevalencia y gravedad de las maloclusiones por esta causa.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de la intervención educativa: “Por una sana sonrisa” sobre la modificación de conocimientos y comportamientos en escolares de segundo grado con hábitos de succión digital, en el Centro Escolar "26 de Julio"; desde enero a diciembre del 2002.

DEONTOLOGIA MEDICA:

Para llevar a efecto nuestra investigación; tuvimos en cuenta algunas consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio, entre las que figuran:

- Se solicitó a la Dirección de la Escuela del Segundo Grado "José Luis Tassende de la Muñeca", del Centro Escolar "26 de Julio", así como al médico de familia de dicha institución la aprobación para realizar el estudio en los niños con hábito de succión digital en el horario de la tarde sin afectación de sus actividades docentes.
- Se solicitó a los profesores de cada aula su cooperación para realizar el estudio.
- Se solicitó a los padres de los escolares su autorización y apoyo a la intervención educativa de la que serían objeto sus hijos (Anexo 1).

METODO:

Aspectos Generales de la Investigación:

Se realizó un estudio de Intervención Educativa para modificar conocimientos y comportamientos en un grupo de escolares con hábito de succión digital del segundo grado de la Escuela Primaria "José Luis Tassende de la Muñeca" correspondiente al Centro Escolar "26 de Julio", los cuales reciben atención estomatológica en la Clínica Estomatológica Provincial Docente, en el período comprendido desde enero a diciembre del 2002.

Universo de Trabajo:

Estuvo constituido por 44 escolares del segundo grado que practican el hábito de succión digital previamente diagnosticados en Encuesta de Salud Bucal realizada en noviembre del 2001, subdivididos

en 4 grupos de 11 estudiantes cada uno, número que está dado teniendo en cuenta la edad ,y por tanto, las posibilidades de asimilar conocimientos que puedan influir en su conducta.

La realización de esta intervención se dividió en tres etapas:

- Etapa I de diagnóstico
- Etapa II de intervención
- Etapa III de evaluación

Etapa I de Diagnóstico:

Se realizó una reunión con los padres donde se solicitó su autorización por escrito y se aplicó un cuestionario para precisar la causa del hábito de su hijo, el conocimiento que tenían sobre sus consecuencias, así como la forma adecuada de manejarlo en el hogar.

Con las preguntas formuladas (Anexo 2) establecimos las causas que indujeron al hábito, así como el conocimiento y manejo por los padres de esta situación.

Consideramos como causas:

- Hambre.
- Actividad sustitutiva del pezón materno.
- Falta de atención y calor materno.
- Aburrimiento.
- Conflictos familiares y emocionales.
- Celos.
- Ansiedad.
- Imitación.
- Inducción por los padres u otras personas.
- Otros factores psicológicos.

Con las respuestas elaboradas por los padres; pudimos profundizar en las características del niño, sus conflictos y determinar las causas que lo indujeron a la práctica del hábito; así como en algunos casos remitir al psicólogo.

Posteriormente en la misma reunión impartimos una conferencia a los padres con el contenido de los temas que serían explicados a sus hijos, con el objetivo de sensibilizarlos y motivarlos a cooperar con nuestra investigación, todo lo cual fue elaborado con un lenguaje apropiado para su total comprensión.

Se realizó una encuesta de conocimientos a los niños (Anexo 3) sobre el hábito de succión digital con la finalidad de precisar el grado de información que tenían del mismo y sus consecuencias (al inicio de la investigación).

Etapa II de Intervención:

Constituyó la Etapa de Intervención propiamente dicha, la cual se llevó a cabo en dos fases: una primera de instrucción, con la impartición de los temas en un período de tiempo desde enero hasta abril del 2002; y una segunda, de Consolidación de los conocimientos impartidos y motivación, durante los meses de mayo a diciembre del 2002.

Se aplicó un programa de actividades educativas que garantizó que todos los escolares tomaran parte en las técnicas participativas y recibieran los conocimientos de los cinco temas escogidos, que versaron sobre:

TEMAS	TIEMPO
Tema 1: ¿Para que sirven tus dientes? Contenido: Importancia de los dientes para el desarrollo de los niños. Funciones de los mismos.	40 Minutos
Tema 2: ¿Qué es un hábito? Contenido: Definición de hábito. Hábitos beneficiosos y perjudiciales. Poner ejemplos.	40 minutos
Tema 3: ¿Qué es el hábito de succión digital? Contenido: Concepto de succión digital. Características principales y algunas de las causas que lo provocan.	40 Minutos
Tema 4: ¿Qué alteraciones provoca la succión del dedo en los niños? Contenido: Efectos del hábito de succión digital en los dientes y los tejidos blandos.	40 Minutos
Tema 5: Tu esfuerzo por una sana sonrisa. Contenido: Importancia de la eliminación del hábito y autorresponsabilidad del niño en este sentido.	40 Minutos

Las reuniones se efectuaron en semanas alternas y en cada una de ellas se aplicó una técnica participativa para ejercitar y reafirmar los conocimientos impartidos.

Durante la fase de Consolidación de los conocimientos; se continuó la labor educativa realizando actividades mensuales con los equipos en las que se aplicaron técnicas participativas, juegos didácticos y dramatizaciones (Anexo 5) para consolidar los conocimientos impartidos y motivar en los niños un cambio de actitud.

Etapa III de Evaluación:

Al finalizar la etapa anterior se aplicó nuevamente el cuestionario de la investigación cuyos resultados se dieron a conocer en la actividad final. De esta forma; la evaluación realizada antes y después de la

etapa de intervención, permitió valorar los cambios producidos en los conocimientos los que se consideraron como el efecto o resultado de las labores educativas realizadas con los escolares.

Se evaluó además, durante un mes, el cambio de comportamiento en los niños en relación con el abandono o mantenimiento del hábito, para ello se utilizó la observación estructurada directa en el horario de descanso de la escuela, entrevista a los padres, auxiliares y maestros, que debieron coincidir en todos los casos.

La observación estructurada se realizó en tres sesiones o visitas a la escuela y sólo se consideró abandono cuando no se observó la práctica del hábito y los padres, maestros y auxiliares confirmaron lo mismo. Si por el contrario; no coincidieron la observación negativa y la opinión de padres, maestros y auxiliares, se consideró que se mantenía el hábito.

El resultado de esta evaluación se dio a conocer en la reunión final en forma de fiesta donde fueron estimulados con un Diploma de “Promotor por una sana sonrisa” todos aquellos niños que lograron eliminar la práctica del hábito. También se entregó un regalo especial por parte de los padres a los escolares que lograron erradicar la succión, observándose una fuerte motivación en este sentido. Estos niños fueron felicitados de forma especial y recibieron además; el aplauso de todos los participantes en la actividad.

Para evaluar el conocimiento de los escolares se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

- De cada tema se realizó una pregunta.
- Las cinco preguntas fueron de selección múltiple.
- La calificación se otorgó:
 - 5 puntos si seleccionaba 3 respuestas correctas.
 - 3 puntos si seleccionaba 2 respuestas correctas.
 - 0 punto si seleccionaba una respuesta correcta y/o la incorrecta (con independencia de las correctas seleccionadas).
- Las cinco preguntas tuvieron 4 ítems.
- Cada pregunta otorgó un máximo de 5 puntos, por lo que cada tema proporcionó el 20% del total de los puntos (20).

- Al evaluar el cuestionario se consideró:

- Conocimiento general sobre el hábito de succión digital y sus consecuencias para la salud bucal.

Conocimiento general adecuado, en el caso del alumno que acumuló cuando menos el 60% de los puntos posibles.

Conocimiento general inadecuado, en el alumno que no alcanzó 60 puntos en el cuestionario.

- Conocimiento del tema (para cada uno).

Conocimiento adecuado del tema, aquel que alcanzó cuando menos el 60% de los puntos correspondientes (3 puntos).

Conocimiento inadecuado del tema, aquel que tuvo menos del 60% de los puntos (0 punto).

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

- *De recolección de la información.*

Se llevó a cabo una detallada revisión bibliográfica, acerca del tema, en la biblioteca de la Clínica Estomatológica Provincial Docente, en Internet, en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, en el Departamento de Maestría del Instituto Superior de Ciencias Médicas (ISCM) y en la biblioteca del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud.

La información se obtuvo través de:

- Encuestas diseñadas para la investigación, las cuales fueron sometidas a prueba de pilotaje para corroborar la comprensión de su elaboración (Anexos 2 y 3).
- Entrevista a los padres y auxiliares.

Todas las actividades se realizaron en el horario de la tarde para no interferir en la actividad docente del niño; en local facilitado por la escuela o por la clínica.

- *Del procesamiento de la información.*

Se realizó la intervención educativa: “Por una sana sonrisa” en grupos de hasta 11 escolares, con los que se efectuaron 7 sesiones: 5 correspondientes a las temáticas y 2 a la presentación y conclusión de la intervención.

En la etapa de reafirmación se realizó un encuentro mensual con el objetivo de motivar e inducir cambios de actitud en los niños mediante la consolidación de conocimientos y la participación activa de los mismos como líderes o ejecutores de estas reuniones.

Luego de recopilada la información necesaria; se creó base de datos computarizada con el SOFTWARE EP-INFO 5 y se confeccionaron los cuadros estadísticos.

Los resultados se presentan en cuadros de doble entrada diseñados para el tipo de estudio y que permiten la aplicación de la prueba de validación estadística Mc Nemar, para identificar la significancia de los cambios en el conocimiento entre antes y después de la intervención; con un error permisible de 0.01. No se aplicaron otras pruebas por no cumplir los requerimientos técnicos para ello (Cuadro VII y VIII). Se presentaron las frecuencias absolutas con el por ciento asociado.

➤ *De elaboración y síntesis de los resultados.*

Se efectuó la descripción de cada cuadro y los resultados se compararon con los hallazgos de otros autores sobre la base de un análisis inductivo y deductivo, esto nos permitió dar salida al objetivo propuesto, llegar a conclusiones y emitir recomendaciones pertinentes.

Recursos que se utilizaron para el aprendizaje:

- **Exposición oral:** Es el empleo del lenguaje (la palabra) para explicar un tema o actividad a desarrollar. Esto estuvo a cargo del autor y se utilizó en la introducción, parte del desarrollo y al final para integrar el conocimiento.

Usado: Con secuencia lógica.

- **Interrogatorio:** es el uso de preguntas para obtener información, puntos de vista o verificar lo aprendido. Se utiliza para despertar el interés central, la tensión y reflexión de aspectos importantes.

Cuidados: Hacer la pregunta al grupo y no interrogar directamente al participante.

Uso: después de la presentación del tema y para resumir acápites de este.

- **Dinámica de grupo:** discusión de un tema por un grupo no mayor de 15 personas bajo la conducción de un moderador (el autor). Contribuye a la modificación de conductas negativas.

Se usa delimitando el tema, se fomenta planteando problemas o preguntas. Se elaboran conclusiones con ayuda del grupo.

- **Dramatización:** Se trata de la escenificación de un problema ante un grupo en las que los participantes tienen la oportunidad de analizar situaciones en circunstancias similares a las que se presentan en la realidad cotidiana.

Uso: . Delimitamos el tema a representar.

. Organizamos la escena, de preferencia con voluntarios.

. Se interpreta la dramatización.

. Fomento de la discusión de conductas positivas o negativas.

. Elaboración de conclusiones con ayuda del grupo.

- Técnicas afectivo - participativas: consiste en la realización por parte de los asistentes de tareas concretas, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar cohesión, reflexión, análisis sobre un tema determinado.

1) Dinámicas de presentación y animación.

El objetivo es promover la participación al máximo y crear un ambiente fraterno y de confianza.

Deben utilizarse jornadas de capacitación:

- a) Al inicio de la jornada.
- b) Después de momentos intensos y de cansancio.

2) Técnicas de análisis general:

Tienen como característica común el que permiten trabajar muy variados temas, según el fin específico de quien las use.

Con ellas se logra:

- a) Colectivizar ideas ordenadamente.
- b) Resumir o sintetizar discusiones.
- c) Promover la discusión amplia sobre un tema.
- d) Hacer relaciones e interpretaciones del tema.
- e) Concentrar la atención y el interés.

Para el trabajo, se hizo uso de la pantomima, el sociodrama y apoyos didácticos.

Pantomima: Es una actuación sin palabras, caracterizada por presentar las reacciones de las personas frente a diferentes situaciones o hechos de nuestra vida real. El mensaje se trasmite con el movimiento del cuerpo y los gestos de la cara.

Sociodrama: La representación interpretada por los participantes para analizar un tema, basándose o simulando hechos de la vida real.

Comprende el tema, conversación y argumento. Se utilizó en la consolidación de conocimientos. Luego de la representación se fomenta la discusión, planteando problemas o preguntas que inviten a la reflexión.

Apoyos Didácticos: Los apoyos didácticos utilizados para el manejo de este material educativo tienen como propósitos:

- Proporcionar medios de observación.
- Ilustrar algunos temas y facilitar la comprensión.
- Acercar a los escolares lo más posible a la realidad.

Los apoyos utilizados son los siguientes:

Modelos de acrílico y de yeso, carteles, láminas y fotografías que se usan para acercar a los escolares a la realidad, ilustrar un tema, proporcionar una visión al respecto y reforzar visualmente la información grupal.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La principal tarea de la estomatología actualmente es la promoción de la salud bucal a la población y para cumplir este objetivo se hace necesario incrementar numérica y cualitativamente las actividades educativas que se ofrece a la misma (17).

La educación para la salud, como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, con el objetivo de lograr un mejoramiento de sus condiciones de salud. Un elemento importante para lograr los objetivos de la educación para la salud es conocer actitudes, pues es sobre la base de ellos que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que alcancemos desarrollar en los individuos y las poblaciones y sobre la que debemos sustentar nuestro trabajo (17).

Cuadro I: Modificación del conocimiento general sobre el hábito de succión digital de escolares de 2^{do} Grado.

ANTES	CONOCIMIENTO GENERAL	DESPUES					
		Adecuado		Inadecuado		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
	Adecuado	8	18.1	0	0	8	18.1
	Inadecuado	29	80.5	7	19.4	36	81.8
	Total	37	84.1	7	15.9	44	100

Fuente: Encuesta*

p<0.01

Como puede observarse en el cuadro I, se muestran los resultados del nivel de conocimiento general sobre el hábito de succión y sus efectos antes y después de la intervención, de 44 escolares; 36 de ellos tenían un nivel de conocimiento inadecuado antes de la intervención, lo que representa el 81.8 %; solo 8 escolares tenían nivel de conocimiento adecuado para un 18.2 %.

Después de la aplicación de la intervención educativa, el 84.1 %, (37 educandos) adquirieron un conocimiento adecuado en cuanto al hábito y sus efectos, mostrando cambios altamente significativos desde el punto de vista significativo ($p < 0.01$).

Los 8 escolares que tenían nivel de conocimiento adecuado antes de la investigación (18.2 %) mantuvieron esta condición después de la misma.

Estos resultados son coincidentes con los de Limonta (18), en un programa educacional de salud bucal para escolares, donde concluyó que 94.3 % de los niños poseían un bajo nivel de conocimiento sobre salud estomatológica antes de recibir la labor educativa y luego este resultó bueno en un 87.9 % de los escolares. Más recientemente Cueria M. (19) en un estudio similar en 4^{to} Grado en la provincia de Guantánamo concluyó que 96.5 % de los estudiantes poseían bajos conocimientos sobre salud estomatológica antes de recibir la labor educativa y luego el nivel de conocimiento fue bueno, en un 94.1 % de los escolares.

Así mismo; Díaz del Mazo L. (20) en una intervención educativa para modificar conocimientos y actitudes en adolescentes consiguió cambios favorables de un 23 % de nivel de conocimiento deficiente, a un 80.3 % con buenas calificaciones.

Los resultados que obtuvimos son atribuibles a la atención e interés que mostraron los escolares y a que se aplicó un proceder que garantizó la comunicación, la motivación y el cambio positivo en el nivel de conocimiento.

La dinámica de grupo se convierte hoy en un instrumento de creación y de cambio de actitudes hacia otras favorables al bienestar físico y mental, con lo cual contribuye a garantizar un nivel de salud óptimo en nuestra sociedad. Su utilización no es solo más efectiva, sino también más económica, pues el esfuerzo realizado implica el beneficio de muchos a la vez. Es de gran utilidad cuando se quiere lograr cambios en la conducta de un grupo cuyos miembros presentan una problemática común o tienen una misma tarea (21).

Para la introducción del Tema I se empleó la técnica participativa Numeletra, la que al final llevaba un mensaje que resumía el contenido impartido en forma de rima.

Cuadro II: Conocimientos de los escolares sobre el Tema I.

ANTES	CONOCIMIENTO DEL TEMA I	DESPUES					
		Adecuado		Inadecuado		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
	Adecuado	9	100	0	0	9	20.5
	Inadecuado	27	77.1	8	22.9	35	79.5
	Total	36	81.9	8	18.1	44	100

Fuente:*

p<0.01

Nótese en el Cuadro II, que de los 35 escolares con un conocimiento inadecuado del tema antes de la intervención (79.5 %), 27 varían su conocimiento hacia el adecuado para un 77.1 %, resultando que al final solo 8 escolares se muestran con conocimiento inadecuado; para un 18.1 %. Los educandos que tenían nivel de conocimiento adecuado antes de la intervención (20.5 %) mantuvieron esta condición al concluir el estudio. Los cambios de conocimiento observados fueron muy significativos.

Para la consolidación del tema relacionado con los hábitos beneficiosos y perjudiciales nos auxiliamos del uso de la pantomima y el juego “Cero o Cruz”. El juego es una de las diferentes formas que el maestro puede utilizar para consolidar y comprobar los conocimientos que adquiere el escolar; además contribuye a despertar intereses en la actividad cognoscitiva, fortaleciendo los valores que se deben formar y preservar (22).

Mediante el juego se forman y educan en el niño valiosas cualidades, intereses, hábitos, habilidades, capacidades de la personalidad (22).

Cuadro III: Conocimientos de los escolares sobre el Tema II.

ANTES	CONOCIMIENTO DEL TEMA II	DESPUES					
		Adecuado		Inadecuado		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
		Adecuado	23	100	0	0	23
Inadecuado	15	71.4	6	28.5	21	47.7	
Total	38	86.4	6	13.6	44	100	

Fuente:*

p<0.01

En el Cuadro III se muestra el conocimiento de los estudiantes sobre el Tema II. Puede verse que antes de la intervención; 21 escolares tenían un conocimiento inadecuado del tema (47.7 %), el cual fue disminuido de forma notable a un 13.6 % al culminar la instrucción con predominio del conocimiento adecuado en 38 de ellos (86.4 %).

Cuadro IV: Conocimientos de los escolares sobre el Tema III.

ANTES	CONOCIMIENTO TEMA III	DESPUES					
		Adecuado		Inadecuado		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
		Adecuado	16	100	0	0	16
Inadecuado	18	64.2	10	35.8	28	63.6	
Total	34	77.3	10	22.7	44	100	

Fuente:*

p<0.01

El comportamiento del conocimiento sobre el Tema III se ilustra en el Cuadro IV, que demuestra el predominio de los conocimientos inadecuados antes de la intervención, con un 63.6 % (28 escolares); solo 16 escolares (36.3 %) tenían conocimientos adecuados. Después de la intervención predomina el conocimiento adecuado sobre el tema con un 77.3 %.

El Tema IV abordó las consecuencias del hábito de succión digital de forma ilustrada: con modelos de yeso, fotografías, láminas, donde podía observarse la afectación estética que provoca esta práctica. Esta reunión culminó con la realización de un sociodrama, pues se ha demostrado la importancia de utilizar narraciones, juegos escénicos, donde se muestre en otros niños el cumplimiento o no de la cualidad objeto de formación; pues las investigaciones con escolares de estas edades han demostrado que evaluar al otro constituye un mecanismo psicológico importante para llegar a la valoración de sí. Este tipo de actividad permite una autorreflexión más consciente por el alumno al enjuiciar su propio comportamiento (23.24).

Cuadro V: Conocimientos de los escolares sobre el Tema IV.

ANTES	CONOCIMIENTO TEMA IV	DESPUES					
		Adecuado		Inadecuado		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
	Adecuado	3	100	0	0	3	6.9
	Inadecuado	38	92.7	3	7.3	41	93.1
	Total	41	93.1	3	6.9	44	100

Fuente:*

p<0.01

Como revela el Cuadro V, el nivel de conocimiento inadecuado antes de la actividad educativa representó el 93.1 %; sin embargo, después de esta se logró que el 92.6 % de los escolares alcanzara la condición de adecuado (38 niños), que al incluir los 3 que la tenían desde su inicio, hizo posible que, al final el 93.1 % de los educandos alcanzaran resultados favorables, por lo que hubo diferencias altamente significativas.

Nuestros hallazgos concuerdan con los de Limonta (18) quien en su estudio logra cambios de conocimiento en la temática de hábitos deformantes, al modificarse el 70.7 % de conocimientos inadecuados al 92 % de adecuados.

En su estudio, Chung (25), también logró cambios significativos en este tema, ya que antes de la intervención el 78.3 % tenía conocimientos inadecuados y después varió al 73 % de adecuados.

En la etapa escolar temprana del desarrollo psíquico que va desde 6 – 7 años hasta aproximadamente los 11 años de edad se produce un cambio radical en toda la vida del niño, el escolar aprende a cumplir una actividad socialmente importante desarrollándose con gran intensidad la voluntariedad de la conducta. El escolar temprano no solo se guía por lo que orienta el adulto, sino que comienza a plantearse objetivos y en correspondencia con estos a controlar su conducta por si mismo (21).

Teniendo en cuenta estos aspectos, introducimos en el Tema V la necesidad de la eliminación del hábito y la autor responsabilidad del escolar en este sentido.

Cuadro VI: Conocimientos de los escolares sobre el Tema V.

ANTES	CONOCIMIENTO TEMA V	DESPUES					
		Adecuado		Inadecuado		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
		Adecuado	12	100	0	0	12
Inadecuado	26	81.3	6	18.7	32	72.7	
Total	38	86.4	6	13.6	44	100	

Fuente:*

p<0.01

Nótese en el Cuadro VI que de los 32 escolares con un conocimiento inadecuado del tema antes de la intervención (72.7 %), una vez aplicada esta se logró que el 86.4 % tuviera conocimientos adecuados; incluyendo los 12 niños que inicialmente manifestaron conocimientos adecuados y los conservaron después, con cambios altamente significativos ($p < 0.01$).

Las actitudes constituyen formas organizadas de pensar, sentir, actuar ante los objetos, fenómenos y personas o grupos. Tienen 3 componentes: afectivo, cognoscitivo y curativo y es precisamente la dimensión afectiva lo que la hace más difícil de transformar (21).

Ahora bien, no podemos dejar de reconocer que cuando se le brinda información al niño de forma atractiva y se emplea una comunicación persuasiva, sistemática y con la influencia de un colectivo, resulta factible modificar conductas y actitudes que atentan contra su salud.

Cuadro VII: Cambios en el comportamiento de escolares de 2^{do} Grado con hábito de succión digital.

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO	DESPUES DE LA INTERVENCION	
	No.	%
Eliminación del hábito	24	54.5
Mantenimiento del hábito	20	45.4

Fuente: Observación estructurada, entrevista

Al analizar el Cuadro VII, en el que se miden los cambios en el comportamiento de los escolares respecto a la práctica del hábito, observamos que 24 escolares abandonaron la misma, para un 54.5 %.

Se debe añadir que de los 20 escolares (45.4%) que mantuvieron el hábito, 17 lograron reducir la frecuencia y duración del mismo a la práctica nocturna exclusiva; lo que constituye un logro teniendo en cuenta, que según estudios reportados en la literatura (26), el factor que más influencia parece tener para que se presente una maloclusión es la duración y frecuencia del hábito y no la intensidad con que se practique.

Al realizar la búsqueda de información actualizada nacional e internacional, no se encontró trabajos similares a este estudio, con los cuales establecer patrones comparativos; no obstante, nuestros resultados coinciden con algunas investigaciones nacionales, donde se logra la modificación de hábitos orales mediante actividades de educación para la salud, el uso de técnicas de sugestión nocturna, en vigilia e hipnosis, sin el uso de aparatología ortodóncica con los consabidos beneficios económicos que esto reporta a nuestro país (27,28, 29, 30)

También Limonta (18) logró modificar notablemente los hábitos de lengua protráctil (de un 42.1 % a 13.1 %), seguida de la onicofagia (de un 30 % a un 12.1 %) después de realizar una intervención educativa en escolares de 3^{er} Grado.

Segura (4), logra la eliminación del hábito de succión digital en el 58.6 % de los escolares objeto de investigación mediante el empleo de la sugestión nocturna, demostrando la eficacia de este método.

En su trabajo acerca del tratamiento de la succión digital con técnicas de sugestión en vigilia, Nicot (27) obtuvo un 96 % de efectividad en niños menores de 10 años del municipio San Luis, en un período de un año.

De la misma forma; Bravo D. (28), en el municipio Cárdenas, logró la erradicación del hábito de chupeteo del dedo en el 72.8 % de los niños de 3 a 6 años estudiados, así como cambios significativos en el patrón de succión del 27.2 % restante mediante el uso de psicotíteres en niños del Círculo Infantil en combinación con la escuela de padres.

Estos resultados permiten concluir que es posible la modificación de hábitos orales como la succión digital, mediante el empleo de métodos de sugestión y técnicas de educación para la salud.

Cuadro VIII: Conocimiento de los escolares en relación con los cambios en el comportamiento después de la intervención.

CONOCIMIENTO GENERAL	COMPORTAMIENTO DEL HABITO					
	Eliminación		Mantenimiento		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	24	64.8	13	35.2	37	84.1
Inadecuado	-	-	7	100	7	15.9
Total	24	54.5	20	45.4	44	100

Fuente:*, observación estructurada, entrevista

En el Cuadro VIII se expresa la relación que se estableció entre el conocimiento general y el comportamiento del hábito de succión al finalizar la intervención, obsérvese que 37 escolares (84.1%) mostraron conocimiento adecuado, sin embargo; solo 24 (64.8 %) lograron eliminar la práctica del hábito; es decir, que el hábito no se modificó en la misma medida que el conocimiento.

Como puede verse, 13 escolares (35.2 %) con conocimiento general adecuado, mantuvieron la de práctica del hábito; encontrándose una ausencia de asociación entre ambas variables.

Estos resultados coinciden con los de Limonta (18), que al relacionar el conocimiento general de los estudiantes con la práctica de hábitos bucales, concluye la existencia de escolares con conocimientos adecuados que practican hábitos deformantes, por lo que plantea que la presencia de hábitos ocurre con independencia del conocimiento general del escolar.

Al mismo tiempo; Chung (25) plantea en su investigación, que a pesar que el 91.7 % de los jóvenes mostraron conocimientos adecuados, solo el 53.3 % refirió cambios adecuados en sus hábitos conductuales.

El cambio en uno de los componentes básicos de la actitud, no implica necesariamente modificación en los otros, de tal manera que la estructuración o reestructuración cognitiva, se produce mas rápidamente que en los otros elementos actitudinales, dada la implicación que los mismos tienen en la subjetividad del individuo (31.32)

De esta manera culmina la intervención educativa “Por una sana sonrisa”, cuyos resultados coinciden con los de otros autores, corroborándose que es un método fructífero para adquirir conocimientos y en la terapéutica del hábito de succión digital.

CONCLUSIONES.

La intervención educativa “Por una sana sonrisa”, mostró su efectividad al obtener resultados relevantes en la modificación de conocimientos en escolares de 3^{er} Grado, lo que inicio cambios favorables en el comportamiento de los educandos en relación con la práctica del hábito de succión digital.

RECOMENDACIONES.

- Combinar el uso de la intervención educativa con técnicas de sugestión e hipnosis, en niños que se mostraron resistentes a esta.
- Generalizar el presente estudio al resto de los escolares con hábito de succión de nuestra provincia, para lograr mayor motivación y autorresponsabilidad hacia su salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Bratos C, Rodríguez UMC, Alio S W. Prevención de las maloclusiones. En: Tratado de Odontología. Barcelona: Trigo; 1998; t2.p. 251 - 56.
2. Nieves P, Martín S, Echainz R. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoques terapéuticos. Profesión dental (En línea).URL disponible en: <http://www.coem.org/revista/anterior/05-97/index.html> [Consulta:Septiembre2003]. .
3. Moyers R E. Tratado de ortodoncia. 3 ed. Buenos Aires: Mundi; 1986:252.
4. Vicente B L. El hábito de succión digital en niños del Círculo Infantil “Ana de Quesada”, [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2002. Clínica Estomatológica Provincial Docente. Santiago de Cuba.
5. Segura N, Santin A M, Bausa X. Eliminación del hábito de succión digital con sugestión nocturna. XIV Congreso Nacional de Estomatología. Varadero. 2002.
6. Delgado L, Rodríguez A, Sosa M, Alfonso A. Estado de Salud bucal de la población cubana. 1995. Revista Cubana Estomatología 1999; 37(3): 217-29.
7. Fernández C, Acosta A. Hábitos deformantes en escolares de Primaria. Revista Cubana de Ortodoncia 1997; 11(2): 79-83
8. Zacca G, Sosa M, Mojaiber A. Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias. 1998. Revista Cubana de Estomatología. 2001; 39 (2): 90 – 110.
9. Roca C R. Estado de salud bucal en los niños de 5 –6 años del centro escolar “ 26 de Julio”, [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2001. Clínica Estomatológica Provincial Docente. Santiago de Cuba.
10. Proffit W R. Ortodoncia. Teórica y práctica. 2^{da} ed. Madrid: Mosley – Dayma; 1994: 125.
11. Peña S M. Factores de riesgo de caries de 0 - 4 años en el Policlínico Carlos Ramírez, [trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria]. 2000. ISCM. Santiago de Cuba.
12. Cuenca E S, Guasel S S. Planificación y Programación de odontología comunitaria. En: Bascones M.A. Tratado de Odontología. Barcelona: Trigo; 1998:2329.
13. Ministerio de Salud Pública. Programa de atención estomatológica integral a la población. Dirección Nacional de Estomatología. La Habana. 1992:33.

14. Limonta E. Modificaciones del nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de Tercer Grado, [trabajo para optar por el título de Master en atención primaria de salud]. 1998. ISCM, Santiago de Cuba.
15. Solleras S M. Educación Sanitaria: Conceptos, campo de acción, agentes y bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. Documento impreso.1997. p:1041 – 44.
16. Ferrer Mustelier A. Efecto de las técnicas educativas y afecto - participativas en el cambio de actitud sobre salud bucal, [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Periodontología]. 2000. ISCM. Santiago de Cuba.
17. Sosa M, Salas M R. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Guías Prácticas en Estomatología. La Habana. MINSAP; 2002.
18. Limonta E. Impacto de la intervención educativa sobre el estado de salud bucal en escolares de primaria, [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2002. ISCM. Santiago de Cuba.
19. Cueria Basulto M. Modificación del nivel de conocimiento en cuanto a salud bucal en escolares de 4^{to} Grado. Provincia Guantánamo, [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2002. Guantánamo.
20. Diaz del Mazo L. Impacto de una intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes del reparto Sueño. 1999 – 2001, [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2001. Santiago de Cuba.
21. Nuñez de Villavicencio F. Aspectos de la psicología social. En: Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. Pp. 76 – 140.
22. Matos Columbié C. El desarrollo de la expresión oral mediante juegos didácticos en estudiantes de primaria. VII Simposio Internacional de Comunicación Social. Santiago de Cuba. 2001.
23. Colectivo de autores. Los juegos didácticos;(Documento impreso).ISP Enrique José Varona.La Habana; (2002).
24. Villalòn G. Te invito a jugar. Proyecto Juevida. Santiago de Cuba: Gente Nueva; 2002.
25. Chung Fernández A. Modificaciones del conocimiento y comportamiento sobre salud bucal en adolescentes del área Carlos J. Finlay, [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2002. Santiago de Cuba.
26. Quiros O, Quiros L, Quiros J. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (En línea). URL disponible en:<http://www.ortodoncia.ws/home.asp>[Consulta:Septiembre2003].

27. Nicot Cos R. Tratamiento de la succion digital con tecnicas de sugestion. XIV Congreso Nacional de Estomatogia.Varadero.2002.
28. Bravo D, Diaz M, De León I. Uso de los psicotíteres en la eliminación del hábito de succión digital. XIV Congreso Nacional de Estomatología. Varadero. 2002.
29. Pérez L, Toledo O. Hipnoterapia en el tratamiento del hábito de succión digital. XIV Congreso Nacional de Estomatología. Varadero. 2002.
30. Burgos A, Martínez C, Moya D. Efectividad de la educación para la salud en la intersección del hábito de succión digital. XIV Congreso Nacional de Estomatología. Varadero. 2002.
31. Petrousky A V. Psicología pedagogica y de las edades.La Habana: Pueblo y Educacion;
32. Rico P. La zona de desarrollo proximo.Procedimientos y tareas de aprendizaje.La Habana:Editorial Pueblo y Educacion;2003.
33. Bustillo G. Técnicas participativas de educadores cubanos y juegos didácticos. Ciudad Habana 1996; T 1.
34. Bustillo G. Técnicas participativas de educadores cubanos y juegos didácticos. Ciudad Habana 1996;T2.

OTRAS BIBLIOGRAFIAS CONSULT.

1. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: Una antología. Washington DC: OPS, 1996. (Publicación Científica nr 557).
2. Andlaw R I, Rock W P. Trastornos en la estructura de los dientes. En: Manual de Odontopediatría 4^{ta} ed. México; DF: Interamericana; 1999:153.
3. Restrepo H E. Promoción de salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción en Salud Pública. Educación Médica y Salud, 1995; 29 (1) p: 76-91.
4. Sim J, Finn S. Hábitos bucales infantiles. En: S. Finm. Odontología pediátrica. Ed. Revolucionaria. La Habana: Científico – Técnica; 1985: 326 – 38.
5. Mayoral J. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. La Habana: Científico – Técnica; 1986: 189 – 200..
6. Onyeas C, Soto E. Prevalence of oral habits in 563 nigerian preschool children age 3 – 5 years. Niger Postgrad Med. I 2001; 8 (4): 193-5.
7. Carina C, Aristimino R. Educación para la salud. Reflexiones... Acta Odontológica Venezuela,2000;38(3):21.
8. Luetich A, Morini E, Cura A. Proyecto innovativo de educación para la salud bucal. Revista del Ateneo Argentino de Odontología.2000;39(1):5-9.
9. Cárdenas S O, Sala M. Educación para la salud en estomatología;(Documento impreso). Módulo para la especialización en Estomatología General Integral. La Habana;(1998).

ANEXO 1: Planilla de consentimiento informado:

Yo _____ autorizo a mi hijo a que participe en investigación relacionada con el hábito de chuparse el dedo

Nombre del niño: _____

Firma del padre: _____

ANEXO 2: Entrevista individual a los padres:

Nombres y Apellidos:

Ocupación:

Nivel de escolaridad:

Estimado padre: Lea detenidamente las siguientes preguntas y responda todo lo relacionado con los aspectos que abarcan.

- 1) Explique el modo de alimentación de su hijo en los primeros 6 meses de vida.
- 2) ¿A qué edad presentó el niño las primeras manifestaciones de succión digital?.
- 3) ¿Cuáles eran los entretenimientos preferidos de su hijo en esta etapa?.
- 4) ¿Con qué hecho de gran contenido emocional usted relaciona el hábito de chuparse el dedo de su hijo?.
- 5) ¿Con qué frecuencia su hijo se chupa el dedo?.
- 6) ¿Existe en el medio que lo rodea alguna otra persona que practique el hábito? ¿Cuál?.

- 7) ¿A su niño le gusta mantener preferentemente sus relaciones interpersonales con el medio familiar o con el extrafamiliar?. Mencione las dos personas con las que tiene mayor relación afectiva.
- 8) ¿Conoce usted las consecuencias del hábito de succión?.
- 9) ¿Qué conducta ha asumido la familia para ayudar al niño a eliminar el hábito?.

ANEXO 3: Encuesta de conocimientos a niños con hábitos de succión digital.

Nombre:

Aula:

Hola amiguito: Necesito que leas detenidamente las siguientes preguntas relacionadas con tus dientes y las respuestas de acuerdo a tus conocimientos.

¿Ya estas listo?. ¡A Comenzar!.

Marca con una cruz (x) las respuestas correctas.

1. Acerca de los hábitos buenos y malos podemos plantear que:

- a) El comerse las uñas es malo para tu salud.
- b) Cepillarse los dientes es bueno para la salud bucal.
- c) La masticación es un hábito dañino.
- d) La costumbre de morder lápices puede alterar la posición de tus dientes.

2. La costumbre de chuparse el dedo:

- a) Provoca alteraciones en los dientes y los labios.
- b) Es dañina para tu boca.
- c) Lleva parásitos a la boca del niño.
- d) Te hace crecer fuerte y saludable.

3) Chuparte el dedo te puede provocar:

- a) Que se boten tus dientes hacia afuera.

- _____ b) Poco desarrollo de la mandíbula.
- _____ c) Que se deformen tus labios y músculos.
- _____ d) No ocurre nada.

4) Los dientes son importantes para:

- _____ a) Dormir bien.
- _____ b) Masticar los alimentos.
- _____ c) Hablar correctamente.
- _____ d) Darte una bella sonrisa.

5) Eliminar el hábito de chuparse el dedo dependerá de:

- _____ a) La voluntad y deseo que pongas en ello.
- _____ b) El conocimiento de las deformaciones que produce.
- _____ c) El apoyo de tus padres y familiares.
- _____ d) Que no hagas nada..

Claves de respuestas correctas:

Tema	Pregunta	Respuestas correctas.
1	1	a),b) y d)
2	2	a), b) y c)
3	3	a), b) y d)
4	4	b), c) y d)
5	5	a), b) y c)

ANEXO 4: Instructivo para capacitar a los escolares de 2do. Grado del Centro Escolar “26 de Julio” con habito de succión digital.

Se efectuaran 7 reuniones, 2 que corresponden a la presentación y conclusión de la etapa de instrucción y 5 correspondientes a las temáticas.

REUNION 1.

Introducción:

- * Presentación del coordinador.
- * Técnicas participativa (de presentación y animación).

Objetivos:

- Crear cohesión en el grupo, motivación hacia la actividad.
- Lograr encuadre de la actividad.

Desarrollo:

- * Exposición oral: charla educativa.
- * El coordinador se presentara y dará a conocer la técnica participativa:
Identifica quien soy!. Para crear una atmósfera psicológica favorable.

Materiales: Buzón o caja.

Desarrollo: El coordinador orienta que cada participante escriba en una hoja sus características personales de modo que puedan identificarlo.

- Las descripciones se depositan en un buzón o caja.
- Un miembro del grupo, elegido por este, debe extraer del buzón una descripción, la lee en voz alta y el grupo identifica quien es.
- La persona identificada tiene derecho a sacar de la bolsa otra descripción, y así sucesivamente todos los miembros del grupo se identifican.

Al concluir la técnica se explicará la necesidad de aplicar la encuesta de conocimientos (Anexo 2) y posteriormente se procederá a recoger las expectativas del grupo en cuanto a la intervención, propiciando que se expresen las dudas de los escolares.

Luego se explicará el programa de la intervención y la metodología, se hace hincapié en la actividad final, en la cual serán estimulados material y moralmente aquellos niños que abandonen el hábito. Se despide al grupo hasta la próxima reunión.

REUNION 2.

Tema 1: ¿Para qué te sirven tus dientes?.

Contenido: Importancia de los dientes para el desarrollo de los niños.

Objetivo:

- Que los niños conozcan las diferentes funciones en que participan los dientes.

Desarrollo:

*Exposición oral-charla educativa.

*Técnica participativa.

Se iniciará la actividad con la aplicación de la técnica participativa NUMELETRA para introducir el estudio del tema, una vez descubierto el mensaje se promoverá a la reflexión del mismo.

Comenzaremos explicándoles que los dientes son muy importantes por las funciones que desempeñan y en primer lugar citaremos la masticación de los alimentos como la más importante ya que sin ellos la alimentación sería muy difícil y por tanto la digestión también. Explicaremos que los dientes son fundamentales en la estética del niño, para que su cara luzca agradable con una sonrisa amplia y lo importante que resulta esto en las relaciones sociales.

Por último abordaremos la significación de los mismos en las funciones de fonación, para hablar correctamente y de la deglución o tragar correctamente.

Técnica participativa: NUMELETRA.

- Objetivo: Introducir el estudio de un tema.

- Materiales: Cartulina cuadriculada portadora de los números.

El coordinador muestra a los alumnos el tablero o pancarta con el mensaje escondido, les pide que sustituyan cada numero por la letra que ocupa ese lugar en el alfabeto. El texto escondido puede ser un pensamiento, frase célebre, pregunta, tema, etc.

Tablero:

13	9	19		4	9	5	14	20	5	19		8	5	
4	5		3	21	9	4	1	18		16	15	18		
20	15	4	1	19		12	1	19		6	21	14		
3	9	15	14	5	19		17	21	5		22	1	14	
1		18	5	1	12	9	26	1	18		13	1	19	
20	9	3	1	3	9	15	14		5	19	20	5	20	9
3	1		25		5	12		8	1	2	12	1	18	
19	15	14		12	1	19		17	21	5		13	1	19
13	5		8	1	14		4	5		13	15	21	9	
22	1	18												

Una vez descifrada se promueve la reflexión sobre la misma:

La frase escondida es: Mis dientes he de cuidar por todas las funciones que van a realizar: masticación, estética y el hablar, son las que más me han de motivar.

REUNION 3.

Tema 2: ¿Qué es un hábito? .

Contenido: Concepto de hábito, hábitos beneficiosos y deformantes y ejemplos.

Objetivos:

- Definir el concepto de hábito.
- Definir que son los hábitos beneficiosos (buenos). Poner ejemplos.
- Definir que son los hábitos deformantes (malos). Poner ejemplos.

Desarrollo:

* Exposición oral: Charla educativa.

* Técnica participativa.

Se iniciará la actividad dando el concepto de hábito como acto o actividad que se inicia en los músculos y nervios, se aprende y luego se repite de forma sistemática e involuntaria (sin darse cuenta).

Para ello nos ayudaremos de láminas con dibujos de músculo, nervio y el cerebro.

Luego abordaremos en que consisten los hábitos beneficiosos que se definen como aquellos que estimulan el crecimiento y desarrollo normal del organismo y pondremos como ejemplo: la masticación, la respiración, la deglución o acto de tragar y otros como el bañarse o cepillarse los dientes todos los días.

Luego explicaremos que un hábito deformante (malo) es una práctica que afecta las posiciones correctas de los dientes y los músculos o el crecimiento adecuado del niño y de ahí su nombre y pondremos como ejemplo: la succión digital (chuparse el dedo), la onicofagia (comerse las uñas), la respiración por la boca, el hábito de morder objetos, los posturales, entre otros.

A continuación aplicaremos la técnica participativa:

Cero o Cruz (modificado).

Objetivo: Animar la ejercitación y consolidación de conocimientos.

Materiales: Hojas de papel (cuadrículadas). Tarjetas con interrogantes.

Desarrollo: Se organizarán 2 equipos y se escogerán los niños que van a participar. A cada uno se le entregará una tarjeta con una pregunta. Con anterioridad los equipos escogerán el símbolo que deseen: (0) o (X).

Si responden acertadamente, tienen derecho a colocar en una de las cuadrículas el símbolo seleccionado. El equipo ganador será el que puede colocar primero su símbolo consecutivamente 3 veces en una misma dirección (vertical, horizontal o diagonal).

Se preguntará como se han sentido en la reunión. Se citará para el próximo encuentro y se despide al grupo. En la consolidación de este tema se aplicarán dramatizaciones (usando la mímica); el juego del espejo, etc.

REUNION 4.

Tema 3: ¿ A qué llamamos hábito de succión digital?.

Contenido: Concepto de succión digital, características principales y algunas de las causas que lo provocan.

Objetivos:

- *Definir a que llamamos succión digital*
 - Enunciar las características principales del hábito.
- *Mencionar algunas de las causas que lo originan*

Desarrollo:

- * Exposición oral: Charla educativa
- * Técnica participativa.

Se les explicará que llamamos succión digital al acto de llevarse un dedo a la boca (generalmente el pulgar) y chuparlo o succionarlo de forma habitual, sistemática, diaria.

Les explicaremos que generalmente se inicia en edades muy tempranas (días o pocos meses de nacidos) provocado por hambre, poco calor materno o de la madre, por la no lactancia natural (dar pecho), inducido por los padres u otras personas (en niños llorones). También puede aparecer en etapas posteriores (primeros años de vida) por imitación de otros niños, para llamar la atención, por conflictos familiares entre otras causas.

También describiremos las principales características como son: que el dedo se apoya por detrás de los dientes de arriba, la parte de la mano que está por debajo del dedo se apoya en la barbilla o mentón, los dientes de arriba y de abajo permanecen separados así como los labios.

En esta reunión aplicaremos la técnica participativa “**La pelota preguntona**”.

Objetivo: Consolidar conocimientos.

Materiales: Pelota grande (rota) y dentro de ella preguntas sobre el tema.

Desarrollo:

Se forma un círculo con los integrantes del grupo y se explica la actividad.

- Los participantes escogen una canción del agrado de todos y al mismo tiempo se canta, la pelota pasa de mano en mano. A una señal del educador se detendrá la música y quien tenga la pelota extraerá una pregunta y dará respuesta en forma rápida.
- Si se responde correctamente, la canción continua y sigue pasando la pelota. Si no se contesta y algún miembro del grupo considera que puede hacerlo, se le retira la pelota, la responde y continua la ronda. Si nadie sabe la respuesta el educador pide la pelota, responde la pregunta y da nuevamente inicio a la ronda.

REUNION 5.

Tema 4: ¿Qué provoca la succión del dedo en los niños?

Contenido: Consecuencias del hábito de succión digital para los dientes y para los tejidos blandos.

Objetivos: Explicar las consecuencias de esta práctica.

Materiales: Modelos de yeso de niños con alteraciones de la oclusión por hábitos, fotografías, láminas.

Desarrollo:

* Exposición oral: Charla educativa.

* Demostración.

* Técnica participativa.

El Coordinador explicará utilizando los modelos de yeso que irá pasando a los niños, mostrará las consecuencias de esta práctica para los dientes, entre las que mencionará la mordida abierta anterior, el cambio de posición de los dientes de arriba (incisivos superiores) que se inclinan hacia afuera, así como los de abajo (incisivos inferiores) que pueden ser empujados hacia dentro, lo que los niños apreciarán en los modelos de yeso. También se referirá a los efectos del hábito sobre los tejidos blandos explicando que al permanecer los dientes separados por el dedo, los labios también se separan y el labio superior no desarrolla o estira lo suficiente. Explicará que la lengua también resulta afectada pues al tragar se colocará en el espacio que ha quedado entre los dientes provocando que se produzca otro hábito que es la forma de tragar incorrecta, pues la correcta consiste en colocar la punta de la

lengua en el cielo de la boca o paladar.

Para reafirmar este conocimiento realizaremos un sociodrama:

Se solicitarán 3 voluntarios para la escenificación de un sociodrama. Se preparan de forma rápida.

Se escenificará la visita de un niño que practica el hábito de succión del dedo a la consulta del estomatólogo acompañado por la madre, la que se muestra preocupada por las alteraciones que ya se observan en la boca del niño. El estomatólogo con ambos explicando los efectos de este hábito en la dentición permanente y por ello la importancia de su eliminación temprana.

Al finalizar se pasa a la discusión grupal, donde se valora el comportamiento de los tres personajes.

REUNION 6:

Tema: Promotor “por una sana sonrisa”.

Contenido: Importancia de la eliminación del hábito.

Objetivos:

- Lograr que el niño comprenda la importancia de eliminar el hábito.
- Concientizar su autorresponsabilidad en esta tarea.
- Consolidar los conocimientos.

Desarrollo:

*Dinámica de grupo. Técnica participativa: Rompecabezas “El conejo”..

A la voz del Coordinador se orientará repartirse en el grupo un orden numérico y se agrupará por pares e impares, se solicitará un voluntario que represente cada grupo, para que exprese todo lo que recuerde del tema que se trató en la reunión anterior. Se le corregirá o verificará la información.

Luego procederemos a explicar la importancia de eliminar el hábito para prevenir o evitar todas las alteraciones o deformaciones anteriormente explicadas, así como impedir que se agraven más las mismas si ya están instaladas. Haremos énfasis en la importancia que tiene que el niño se mantenga entretenido u ocupado en juegos, tareas escolares, del hogar, etc.

Señalaremos que el factor fundamental es que el niño desee realmente abandonar el hábito recalcando su autorresponsabilidad en esta tarea, así como el empeño y voluntad que deberá poner en la misma.

Para reafirmar el conocimiento aplicaremos la técnica participativa: **Rompecabezas “El conejo”**

Objetivo: Juego integrador.

Materiales: Tablero con silueta de un conejo. Piezas y tarjetas enumeradas.

Cada ficha por detrás tiene un número consecutivo y en correspondencia con ellos existen tarjetas integradoras del tema estudiado.

- Se colocarán las fichas sobre la mesa y en la medida en que los participantes logren unir 2 piezas deben contestar la pregunta que tienen al reverso.
- Si la respuesta no es correcta deben cederla al otro equipo.
- Por cada ficha colocada se anotará un punto el equipo. Ganará el equipo que acumule más puntos.

Por último, exhortaremos a los niños a que luchen por obtener el Galardón de Promotor “Por una Sana Sonrisa” que les será entregado a los que abandonen el hábito al concluir la investigación.

REUNION 7:

Se realizará en forma de fiesta para culminar la etapa de evaluación, en la que se darán a conocer los resultados obtenidos. Se estimularán con un Diploma de “Promotor por una sana sonrisa” todos los escolares que logren eliminar la práctica del hábito. Se responsabilizará a los padres de estos niños con la entrega de un estímulo material (deseado por el escolar) en el marco de esta actividad.

Se exhortará al resto de los educandos a continuar el esfuerzo por abandonar el hábito y se agradecerá a todos por la participación en la intervención.

ANEXO 5: Técnicas afectivo – participativas y juegos usados en la etapa de consolidación.

1. Conversación en Grupo:

Objetivo: Facilitar la interacción del grupo para compartir experiencias personales.

Desarrollo: El coordinador les pide a los participantes que compartan experiencias que ilustren las actitudes y sentimientos de ellos sobre el tema de la salud bucal. Experiencias en sus hogares, con sus familiares, en la escuela o con amigos.

Se presta atención al desarrollo de las experiencias que comentan los escolares y se estimulan actitudes positivas, se les pide que escriban una recomendación o un consejo a un buen amigo para que mantenga su salud bucal y son leídos algunos en el grupo.

Se termina el encuentro y se da la despedida al grupo.

2. Juego: El tren del saber. Autor: Ceila Matos Columbié.

Objetivo: Consolidar conocimientos.

- Organizar el grupo de manera individual o por equipos.
- Cada jugador o equipo representa un coche del tren, o bien puede dibujarse el tren en la pizarra y hacerlo avanzar conforme el equipo responda correctamente sus tareas.
- Se elaboran tarjetas con un sistema de preguntas para cada coche.

- Cada pregunta tiene un valor en número de kilómetros.
- Se avanzan los kilómetros de las preguntas respondidas satisfactoriamente.
- Utilizar un coordinador de tiempo para el viaje del tren y un destino y este avanzará en cada respuesta correcta. Cuando no se responde de manera adecuada el coche sale de la línea y se coloca en la cola del tren, si responde bien la siguiente vez avanza, si no, se parará en una línea lateral perdiendo tiempo de viaje.
- El avance del tren puede simularse, con un movimiento de la disposición de los equipos.
- Puede introducirse la variante de organizar dos trenes para introducir un elemento competitivo.
- Ganará el equipo que mayor cantidad de kilómetros recorra.

3. Maratón (Juego de mesa mexicano modificado).

Objetivo: Consolidar conocimientos.

Desarrollo: consiste en un tablero que representa una pista de carrera con 40 divisiones que representan kilómetros.

La pista cuenta con 3 carriles, 2 de ellos para los equipos que jugarán, representados por 2 fichas de diferentes colores y un carril que representa la ignorancia.

Se utiliza un dado y dos grupos de tarjetas enumeradas del 1 al 6, cada una con una pregunta relacionada con los temas impartidos.

- Los equipos tiran el dado y comienza el que más puntos obtenga.

- Las preguntas que se respondan coinciden con el número que señale el dado (si la tarjeta ya ha sido utilizada vuelve a tirar el dado).
- Si al equipo que le toque responder no puede, se le dará la oportunidad al equipo que le sigue, si ningún equipo responde, la cantidad de kilómetros que vale la pregunta lo corre la ignorancia y entonces se lee la respuesta.
- Si en el momento que le corresponde a un equipo, otro le da la respuesta, se le dan los kilómetros al equipo que le corresponde. Se considera una ayuda al equipo.
- Las preguntas tienen diferentes valores de kilómetros (1 hasta 5) de acuerdo al grado de dificultad.
- Si la ignorancia arriba primero a la meta se considera derrotado el grupo, pero se puede seguir compitiendo.
- Gana el equipo que primero llegue a la meta.

4. Juego de rol: El estomatólogo y su consulta.

Objetivos: Consolidar conocimientos e inducir cambios.

Objetos: Bata blanca, nasobuco, guantes, mesa, silla.

Personajes: Madre, padre, hijo que practica el hábito de succión digital.

Estomatólogo y TAE.

- a) Actividades preparatorias: Conversación sobre la actividad en la consulta. El estomatólogo explicará como realiza su trabajo y las conductas que pueden asumir los padres ante el hábito

del niño.

- b) Desarrollo del juego: Los niños seleccionados asumen los roles repartidos por medio del sorteo
- c) Conversación o evaluación final: Se analizan las conductas de los roles que han desempeñado los niños, al analizar el rol y no al niño, las críticas, evaluaciones, sugerencias van dirigidas directamente al rol y de manera indirecta a quien lo desempeña.

5. Juego: Vendo y compro. Autor: Argelia Fernández Díaz, MINED, Ciudad de la Habana.

Objetivo: Consolidar conocimientos.

Materiales: Tarjetas con las palabras compro y vendo y tarjetas con preguntas elaboradas por el educador.

Desarrollo: El educador divide el grupo en pequeños equipos y explica la técnica.

- De una bolsa o caja cada grupo extrae una tarjeta, si la tarjeta dice “Vendo”, ese equipo debe formular una pregunta sobre el tema que se consolida, determinando cual será su valor, de tal forma que los puntos o “precio” que se adjudiquen, de antemano están de acuerdo con el grado de complejidad de la pregunta y se sumarán o restarán de acuerdo a la calidad de la respuesta. También el equipo puede seleccionar quien debe responderla.
- Si la tarjeta que seleccionan dice “Compro” entonces corresponde a este equipo contestar la pregunta previamente preparada por el educador, quien también habrá decidido de antemano su precio.
- Ganará el equipo que primero acumule 100 puntos.

6. Juego: Secreto Colectivo. Autor: Graciela ramos Romero. MINED. Santiago de Cuba.

Objetivo: Consolidar conocimientos.

Desarrollo:

- El educador motiva a los participantes a preguntar y responder sobre un tema dado.
- Uno de los participantes comienza diciéndole en secreto una pregunta a la persona que tiene sentada a su derecha, ésta debe decirla a la que está a su derecha y así comienzan rápidamente a pasar la pregunta hasta que el educador pide suspender el secreto y el último que oyó, sin decir la pregunta, debe responderla; los que faltaron por escucharla, a partir de la respuesta deben adivinar cual fue la pregunta. Se corrobora si fue esa la pregunta o si se varió. Se amplía la respuesta y se reinicia la ronda a partir del lugar por donde se detuvo; así jugando se formulan preguntas y se elaboran respuestas que consolidan un conocimiento.