

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

TITULO:

Estrategia de intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 1ro a 3er grado. Escuela Antonio Maceo. Chambas.

Autor:

Dra. Maylex Sánchez Ruiz

Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de estomatóloga especialista de primer grado en estomatología general integral.

2014

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

TITULO:

Estrategia de intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 1ro a 3er grado. Escuela Antonio Maceo. Chambas.

Autor:

Dra. Maylex Sánchez Ruiz
Residente de estomatología general integral.

Tutor:

Dr. Radame Ojeda Mora.
Especialista de 1er grado en Periodoncia.
Profesor Instructor.

Asesor:

Dr. Ernesto Ramírez Leyva
Especialista de 1er grado en Bioestadística
Profesor Instructor

Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de estomatóloga especialista de primer grado en estomatología general integral

2014

Resumen

Debido a que las maloclusiones constituyen un problema de salud en la población y por la estrecha relación que existe entre estas y la persistencia de hábitos bucales deformantes, nos dimos a la tarea de realizar un estudio pre-experimental de intervención educativa del tipo antes-después con los niños de 1ro a 3er grado de la escuela “Antonio Maceo” del municipio Chambas, provincia Ciego De Ávila, en el período comprendido por el curso escolar 2012-2013. El universo de trabajo estuvo constituido por 120 niños, de donde se escogió una muestra no probabilística de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes. Se observó que dentro de los hábitos bucales deformantes predominó la succión digital en los escolares en edades tempranas. Con respecto a las variables demográficas edad y sexo no existieron grandes diferencias entre los niños con hábitos perjudiciales. La intervención educativa fue eficaz, porque se disminuyó la presencia de hábitos bucales deformantes en los escolares que participaron en nuestro estudio.

Índice

Introducción.....	1
Objetivos.....	8
Marco Teórico.....	9
Materiales y Métodos.....	14
Análisis y discusión de los resultados.....	19
Conclusiones.....	25
Recomendaciones.....	26
Referencias Bibliográficas.....	27
Anexos	

Introducción

En el mundo actual, las exigencias estéticas son motivo de preocupación de las personas; y entre estas, la sonrisa es la puerta de entrada a las relaciones humanas, razón por la cual se está confiriendo tanta importancia al cuidado de los dientes, sobre todo a su alineación en el arco dentario. A tales efectos, el odontólogo debe desempeñar funciones de educador para poder motivar y lograr cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades. El individuo y sus familiares han de ser capacitados para que cumplan cabalmente lo que el profesional les enseñe y sean consecuentes con su propia salud. El desarrollo del componente educativo se promueve mediante técnicas educativas encaminadas a elevar los conocimientos sobre determinados temas y reflexionar acerca de asuntos relacionados con la higiene bucal y la responsabilidad del autocuidado como factores claves para preservar la salud individual, familiar y colectiva; sin embargo, para lograr resultados concretos a través de la promoción sanitaria hay que hacerlo en personas cuyas edades favorezcan asimilar o introducir los cambios positivos. ⁽¹⁾

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, pero sobresalen entre ellas los hábitos bucales incorrectos o deformantes, que según refiere Moyers RE, los hábitos son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden, todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, se pueden clasificar en dos grupos: beneficiosos y perjudiciales. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por lo que son considerados como beneficiosos, por ejemplo, la acción del labio y la masticación correcta; Los hábitos beneficiosos como son la respiración nasal, masticación, fono articulación y deglución, son considerados fisiológicos o funcionales; otros pueden interferir con el patrón normal de crecimiento y desarrollo facial. ⁽²⁾

Los hábitos perjudiciales o deformantes se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario, entre los cuales tenemos la succión que

puede ser dedo, chupete o labio, entre otros, la respiración bucal, la interposición lingual en reposo, deglución anormal, la onicofagia, la queilofagia y otros más. Estos han sido relacionados como factores etiológicos del desencadenamiento de maloclusiones, si se mantienen por un largo periodo de tiempo. ⁽³⁻⁴⁾ El daño depende de la intensidad, duración y frecuencia. La etiología puede ser: hambre, flujo de leche continuo que provoca proyección lingual para evitar ahogarse, inducción de los padres, imitación, conflictos emocionales (celos, inseguridad), patologías (amigdalitis, adenoides, labios resacos, neurológicos, de coordinación), atrapamiento del labio inferior que lleva a empuje lingual para la deglución.

Una **maloclusión** se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento. Aquellas que tienen maloclusiones más severas pueden requerir tratamiento de ortodoncia para corregir el problema. ⁽⁵⁻⁶⁾

Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.⁽⁷⁾ Los daños que pueden provocar los malos hábitos dependen de variados factores como son la edad en que comienza el hábito, la frecuencia, duración, intensidad, así como factores nutricionales, genéticos, etc. ⁽⁷⁾

Los hábitos deletéreos o deformantes que son causantes de maloclusión dentaria y que más frecuentemente se observan son:

- Succión digital.
- Respiración bucal.
- Empuje o protracción lingual.
- Uso de biberón o tete
- Succión o mordisqueo del labio (queilofagia).

- Mordisqueo de uñas (onicofagia).

- Bruxismo.

Hábito de succión digital: algunos autores plantean que se observa en más del 25 % de los niños menores de 4 años, y consideran la práctica del mismo hasta esta edad como normal, sobrepasada la misma ya la considera clínicamente significativa, por las implicaciones que pueden tener.⁸ Consiste en la introducción de uno o más dedos de una de las manos del niño dentro de la boca (generalmente el pulgar), y que se realiza usualmente con la yema o pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores. La colocación del dedo entre las arcadas las mantiene separadas y la lengua se mantiene en contacto presionando durante el acto de succión, reforzando la acción de este.⁽⁹⁻¹⁰⁾ La succión digital no es un comportamiento mecánico, es más que la satisfacción de necesidades alimentarias y que tiene un profundo significado emocional que no debe ser omitido.⁽¹¹⁾

Empuje o protracción lingual: es la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante, que se produce en el momento de realizar la deglución. Se clasifica en simple, compleja y complicada (persistencia del patrón de deglución infantil), de acuerdo con sus características clínicas y etiológicas. En el segundo y tercer caso deberá ser tratada por el ortodoncista.

- *Protracción lingual simple:* se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas.

- *Protracción lingual compleja:* presenta una mordida abierta anterior amplia y mal delimitada, no hay contacto entre las arcadas dentarias durante la deglución y la adaptación oclusal de ambas arcadas presenta gran inestabilidad a nivel de incisivo, canino y premolares.

- *Protracción lingual complicada*: también conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante. ^(9,13)

- *Respiración bucal*: se observa en los pacientes que tienen interferencias en la función respiratoria normal en las vías aéreas nasales, como consecuencia de enfermedad local general, ya sea obstrucción nasal por un proceso inflamatorio crónico, adenoiditis, asma u otros. Pueden ser de 3 tipos: temporaria, en el caso de un resfriado o catarro normal; estacional, asociado con alergias nasorespiratorias y crónicas, en pacientes con obstrucciones adenoideas, dando origen a un labio superior corto, con inadecuado cierre bilabial. La respiración bucal constituye un síndrome, cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, el estomatólogo solo puede hacer un diagnóstico presuntivo. Deberá ser tratada por el médico en primera instancia, que solucionará el problema nasorespiratorio, y una vez suprimidas las causas de la etiología del mismo, podrá el estomatólogo general tratar la corrección de las anomalías producidas, si corresponde a la clase I con vestibuloversión de incisivos superiores. Si se tratara de una clase II división I de Angle, deberá remitirse al ortodoncista. ^(10,12,13-14)

- *Succión o mordisqueo del labio (queilofagia)*: es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores. La queilofagia está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios. ^(10,15)

- *Onicofagia*: según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas es el hábito morboso de roerse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal. ^(10, 15,16)

- *Bruxismo*: Esta alteración se define como el acto parafuncional de apretar y/o rechinar los dientes fuera de los actos fisiológicos de la masticación y la deglución, que se caracteriza por hipertonicidad no fisiológica de la musculatura masticatoria. Se considera un mecanismo por el cual se eliminan las interferencias que no son eliminadas por la atrición. No hay un factor único responsable del bruxismo aunque algunos autores plantean que su etiología se debe coincidir con un factor de sobrecarga psíquica, aumento del nivel de estrés, asociado a algún tipo de interferencia oclusal, factores genéticos y alérgicos así como el déficit de sustancias nutricionales, como el magnesio y en niños con daño cerebral. Para muchos investigadores es un desorden del sueño relacionado con el estrés y presenta una naturaleza cíclica. Es más frecuente entre 19 y 45 años, aunque puede presentarse en niños, frecuentemente en las etapas de dentición mixta.^(10,17)

Por lo general estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos antes mencionados. Es importante además la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos.⁽¹⁸⁾

A principios de siglo se decía que las maloclusiones se producían por efecto del ambiente. Hoy en día, en el mundo entero se ha descubierto que es una interacción entre los factores ambientales y la herencia; éstos actúan sobre todo en el período de la infancia, que está enmarcada por continuos cambios en la dentición, donde producen alteraciones manifiestas desde los primeros años de la vida.⁽¹⁹⁾ Durante estos últimos años se comienza a profundizar en la aplicación de los métodos psicológicos para suprimir los hábitos deformantes bucales, lo que motivó a utilizar la sugestión directa, la dinámica de grupo y comparar la efectividad de estos tratamientos.⁽²⁰⁾

La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, precedido por las caries y las periodontopatías, y es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los denominados problemas de salud.⁽²¹⁾

A nivel mundial el Síndrome del Respirador Bucal (SRB) afecta a lactantes, niños y adultos indistintamente, con mayor incidencia en centros urbanos y países desarrollados. En Cuba oscila entre 15.3% y 24.6% en dependencia del grupo etéreo; en estudios realizados por el Departamento de Ortodoncia de la Facultad de Estomatología de Ciudad de La Habana en Círculos Infantiles de la provincia, aproximadamente 1/3 de los niños de 3 a 5 años son respiradores bucales, con una tasa de 38.1 por cada 100 niños entre 3 y 5 años; en la mayoría no se detectó obstrucción alguna de las vías aéreas superiores por lo que la etiología del SRB en este grupo de niños es debido a un hábito de respiración bucal.⁽²²⁾

Mucho investigadores de nuestro país se han dedicado a estudiar la prevalencia de estos hábitos así como la forma de prevenirlos y eliminarlos en edades tempranas, a través de la labor educativa en la consulta y el terreno. Ejemplo de esto es un estudio realizado por Fernández y Acosta en un grupo de 270 niños de 6 a 11 años, de los cuales el 68,15 % practicaban hábitos deformantes⁽²³⁾

En la práctica estomatológica avileña, se han realizados numerosos estudios sobre hábitos bucales deformantes y se aprecia gran número de niños portadores de dichos hábitos, observándose con mayor relevancia los hábitos de succión digital y respirador bucal.

En cambio se desconoce el comportamiento que tienen los hábitos bucales deformantes en la actualidad en el área de salud del municipio Chambas.

Ante esta situación una estrategia de intervención terapéutica es la alternativa más adecuada que nos ayudará a diagnosticar las necesidades de aprendizaje y prevenir dichos hábitos.

Estos argumentos justifican la necesidad de resolver el problema científico que se enfrenta. ¿Cómo contribuir a mejorar el estado de salud bucal de los niños de 1ro a 3er grado de la escuela “Antonio Maceo”, del municipio chambas?

Hipótesis:

Si se implementa una estrategia de intervención educativa se contribuye a disminuir los hábitos bucales deformantes en los niños de 1ro a 3er grado de la escuela “Antonio Maceo” del municipio Chambas.

Objetivos

Objetivo General:

Implementar una estrategia de intervención educativa a los niños de 1ro a 3er grado de la escuela “Antonio Maceo” del municipio Chambas.

Objetivos Específicos:

1. Diagnosticar tipo de hábito bucal deformante según edad, sexo.
2. Relacionar el tipo de hábito con la presencia maloclusión.
3. Diseñar la estrategia de intervención educativa.
4. Evaluar la estrategia de intervención educativa.

Marco Teórico

Los hábitos bucales deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.⁽³⁾ Son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de las discusiones de hasta qué edad pueden ser consideradas como normales. Mucho se ha investigado sobre la prevalencia de estos hábitos así como la forma de prevenirlos y eliminarlos en edades tempranas, a través de la labor educativa en la consulta y el terreno.

Por lo general, estos hábitos comienzan en la niñez lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que ésta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista 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 llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo,⁽⁴⁾ similar criterio tuvo *Finn* cuando planteó; "Si queremos tener buenos pacientes infantiles primero tendremos que educar a los padres".⁽⁸⁾ Las relaciones entre padre e hijo son las principales dentro de las interpersonales [Gutiérrez Castañeda I. Principios básicos en el manejo del niño en la odontología (Tesis para obtener el título de cirujano dentista) 2011. Universidad Nacional Autónoma. Facultad de Odontología, México].⁽¹¹⁾

El origen multicausal de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas en el desarrollo del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su incidencia [(Díaz FI. Programa de Ortodoncia Preventiva. Trabajo de Terminación de Residencia. La Habana 2011)].⁽¹²⁾

Barber ⁽⁵⁾, plantea que en el trabajo de prevención se está comprometido a conducir al niño hasta la edad adulta desprovisto de todo tipo de enfermedad dental, adiestrándolo en técnicas de cepillado, higiene bucodental, educación nutricional y corrección de hábitos. Todos los que se preocupan por el niño en su desarrollo y salud dental, desde el nacimiento hasta la adultez, con seguridad se preocuparán por la proyección de la oclusión normal.

El programa preventivo ortodóntico en las escuelas, se realiza en varios municipios de La Ciudad de La Habana desde hace algunos años ^(12,16), y su importancia fue bien fundamentada por *Pousin* ⁽¹⁴⁾, al decir "La prevención ortodóntica sólo se puede impulsar creando conciencia Ortodóntica, y se debe insistir para que el estomatólogo pueda enfrentarla".

Los resultados sobre el conocimiento de los escolares en relación con los cambios conductuales después de la intervención y el conocimiento general acerca del hábito, coincidieron con los de otra colega (Limonta Vidal 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]. 2012. Clínica Estomatológica Provincial Docente, Santiago de Cuba), quien al relacionar el conocimiento general con la práctica deformante obtuvo que algunos niños, a pesar de poseer información correcta sobre su nocividad, continuaban succionándose el dedo. ⁽²⁴⁾

El cambio en los componentes básicos de la actitud no implica necesariamente modificación en los otros aspectos, de manera tal que la estructuración o reestructuración cognoscitiva se produce más rápidamente por la subjetividad del individuo. ⁽²⁵⁾

La motivación es la fuente que proporciona energía a la conducta y la dirige a las metas que puedan ayudar a satisfacer determinadas necesidades, lo cual condiciona una interacción dinámica entre los miembros del grupo, facilita el aprendizaje, utiliza recursos afectivos y crea un clima psicológico positivo, que aseguran buenos resultados a largo plazo. ⁽²⁵⁾

Numerosas son las causas capaces de provocar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que figuran elementos totalmente externos (como los hábitos bucales deformantes) sobre los cuales se puede actuar y que han sido ampliamente estudiados y manejados por diversos autores, de modo que al identificarlos, resulta posible precaverlos y tratar al paciente de manera holística, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial. ⁽²⁷⁾

A pesar de los ingentes esfuerzos que ha realizado el MINSAP en cuanto a la prevención para la reducción de los problemas estomatológicos y dentro de ello la eliminación de los hábitos bucales deformantes como factor principal de riesgo de maloclusiones, resulta evidente que aún se observa un incremento marcado en la práctica de estos, así como otros estudios realizados por diferentes autores, donde se puede apreciar la alta prevalencia de estos hábitos perjudiciales en grupos de escolares de primaria, ⁽²⁷⁻²⁸⁾ Tal es el caso de un trabajo realizado en el municipio Habana Vieja en niños de igual escolaridad a la de nuestra investigación, ⁽¹⁵⁾ el cual coincide también con trabajos similares efectuados en España ⁽¹⁵⁾ y Chile, ⁽¹⁵⁾ en los cuales predominan los hábitos bucales deformantes en los niños de menor edad.

A medida que el niño crece debe desprenderse de la práctica de estos hábitos perjudiciales. *Fernández y Acosta* ⁽¹⁶⁾ involucran niños de primaria de diferentes edades en su estudio y plantean que el grupo más afectado por estos hábitos resulta ser el de 5 a 7 años de edad. Igual lo muestra una investigación realizada en la provincia de Pinar del Río donde el grupo de mayor predominio es el de menor edad ⁽¹⁶⁾. Otras investigaciones demuestran lo contrario, al plantear que es en los escolares de 6 años donde predominan los hábitos perjudiciales. ⁽²⁹⁾ Estos hábitos aparecen de igual manera independientemente del sexo.

La persistencia de hábitos como la succión (digital, tete, biberón, lengua, labio, mejilla, objetos, deglución atípica) y la aparición de hábitos de morder (onicofagia, bruxismo, objetos, etc.), se han asociado con la fijación en la evolución de la etapa

oral psicosocial según *Freíd*, que repercutirá a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia, alterarán o dejarán indemnes las estructuras estomatognáticas.⁽²⁷⁾

Todo ello indica que debe reorientarse la práctica médica y estomatológica para facilitar el protagonismo de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en un proceso conjunto, dirigido a fomentar conductas y formas de vivir cada vez más saludables, sobre la base del reconocimiento de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población; así, por lo antes expuesto puede asegurarse que es importante eliminar el hábito de succión de forma eficaz y temprana, para lo cual se impone valorar previamente la edad, comprensión y cooperación de los niños y niñas al respecto. ^(18,29)

Nicot ⁽³⁰⁾ logró erradicar el hábito de succión digital en 96 % de su casuística mediante el uso de la técnica de sugestión e hipnosis, combinada con actividades de educación para la salud en un período de un año. En otros estudios se han aplicado la digitopuntura y la sedación nocturna para eliminar los hábitos deformantes con resultados alentadores, por ser un método práctico, fácil, sencillo y económico; sin embargo, Restrepo ⁽³¹⁾ estima que muy pocas investigaciones acerca de la terapia contra la succión digital cumplen los criterios de calidad requeridos para la práctica basada en la evidencia.

Son diversas las medidas terapéuticas que se pueden aplicar para eliminar estos hábitos, podemos citar las técnicas quirúrgicas (eliminación de adenoides y amígdalas hipertróficas), el uso de aparatos removibles (placas acrílicas con rejilla y pantalla oral), la mioterapia y la persuasión o convencimiento racional teniendo en cuenta que persuadir es sinónimo de convencer y para convencer hay que valerse de razones poderosas demostrando la bondad o la utilidad de lo que se propone para hacer cambiar al individuo de conducta.⁽²²⁾

Se reportan estudios donde se ha aplicado la digitopuntura y la sedación nocturna para eliminar los hábitos deformantes con resultados alentadores por ser un método práctico, fácil y sencillo, además de económico.

En la actualidad por el déficit de materiales para la confección de aparatos ortodóncicos hay que buscar alternativas que sustituyan éstos, razón por la cual es éste el motivo de estudio en un grupo de niños en el que sólo se aplicó como terapia la persuasión para la eliminación de los hábitos, evitando así las maloclusiones o impidiendo su severidad.

En este trabajo es válido reconocer que los escolares participaron activamente con la autora en juegos e intervenciones relacionados con la materia; si bien la posibilidad de obtener la condición de promotor(a) de la salud ocupó un lugar importante en los sentimientos intelectuales y emocionales de los educandos, quienes comprendieron que abandonar el dañino hábito les garantizaba la funcionalidad y estética del componente bucomaxilofacial.

La intervención educativa mostró ser efectiva, por cuanto modificó favorablemente y propició también notables cambios conductuales con respecto a la práctica del hábito de succión digital, de donde se derivó recomendar el diseño y la aplicación de estrategias sanitarias para evitar su aparición en edades tempranas de la vida y disminuir su alta incidencia en la producción de maloclusiones.

Material y Método

Se realizó un estudio pre-experimental con una intervención educativa en los niños de 1ro a 3er grado de la escuela “Antonio Maceo” del municipio Chambas, Provincia Ciego De Ávila, en el período comprendido del curso escolar 2012-2013 con la finalidad de disminuir los hábitos bucales deformantes. El universo de estudio estuvo constituido por 120 niños de primer a tercer grado de esta escuela, de donde se escogió una muestra no probabilística de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes.

Criterios de inclusión:

- Niños que cumplieran con la presencia de hábitos bucales deformantes.

Criterios de exclusión:

- Niños que se negaron a participar.
- Niños que estuviesen ausentes al centro.

Consideramos que la investigación tiene valor científico social ya que se realizó revisión bibliografía de documentos científicos actuales además porque al lograr erradicar dichos hábitos y evitar maloclusiones. Tiene validez científica ya que el diseño de la investigación se realizó con el rigor metodológico establecido para una intervención educativa. Además se cumple con el principio de proporción favorable de riesgo beneficio, ya que los beneficios obtenidos con la intervención educativa son mayores que los riesgos. Se cumple con el principio de consentimiento informado ya que a todas las personas involucradas en la investigación (director) de la escuela primaria, los maestros de los estudiantes, los niños y sus padres o tutores) se les informó todo lo relacionado con el proceso de la investigación, además se solicitó el consentimiento de los niños y el de sus padres, así como se respetó su decisión de participar o no en la intervención. En caso afirmativo se les explicó las características de la misma y se recogió su consentimiento informado (anexo1, 2,3).

En el estudio se valoró el comportamiento de las siguientes variables: edad, sexo, tipo de habito bucal deformante, presencia de maloclusiones de acuerdo a la práctica de estos hábitos. El procedimiento de recolección de datos fue a través de la confección de un formulario a cada uno de los niños que practicaban algún habito (anexo 4).

Operacionalización de las variables y definición de las escalas de medida:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Continua	6 años 7 años 8 años	Edad en años cumplidos según Carné de Identidad.	Número y porcentaje según grupo de edades
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Condición biológica que define el género.	Número y porcentaje según sexo
Presencia de hábitos bucales deformantes	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Succión digital Succión tete Deglución I Biberón Queilofagia Onicofagia Respiración bucal Bruxismo	Número y porcentaje
Presencia de maloclusión	Cualitativa nominal dicotómica	Si hay presencia no hay presencia	Mal alineamiento de los dientes.	Número y porcentaje

En la primera etapa se realizó el examen clínico utilizando luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales. Se realizó un examen funcional donde se pudieron detectar alteraciones en la función deglución y respiración, fonación y masticación, para llegar al diagnóstico.

También se tuvo en cuenta lo que refirió cada niño, así como los padres o tutores en cuanto a la práctica de algún hábito deformante. Para detectar alteraciones en la deglución (protracción lingual) se les indicó a los niños que tragaran saliva sin separar sus dientes. Se le separaron los labios para observar si ocurría proyección de la lengua entre las arcadas dentarias. Para identificar los niños portadores de hábito de respiración bucal, se observó mediante el examen facial si el niño respiraba con la boca abierta. También se le preguntó a la maestra i en el aula se mantenía algún niño con la boca abierta de forma permanente, y por la observación directa en cada niño de las características del cuadro clínico de este hábito. En los niños identificados como respiradores bucales se procedió a entrevistar a uno de sus padres o tutores para conocer si la causa de la respiración bucal era por enfermedad o por hábito, y si esto lo realizaba desde un período anterior de por lo menos un año. Para detectar los portadores de succión digital, además del interrogatorio a los niños y padres 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 los succionadores de tete y de biberón se le realizó el interrogatorio a los niños y a los padres o tutores, y se corroboró por las características clínicas que pudieran estar presentes en los niños. Para reconocer el hábito de onicofagia se examinaron las uñas para observar si eran escasas e irregulares como consecuencia del mordisqueo. También se utilizó el interrogatorio a padres o tutores. Para identificar los hábitos posturales se les preguntó a padres o tutores y educadores si el niño habitualmente mantenía una postura inadecuada y además se observó si presentaba alguna desviación o anomalía. Se realizó el reconocimiento del lugar donde se localizaba la anomalía dentomaxilofacial, observando las arcadas por separadas y en oclusión.

En una segunda etapa del estudio se procedió a aplicar el programa “Por el valor de tu sonrisa” (anexo 5,6,7,8,9,10y11), constó de seis encuentros, con una duración aproximada de 45 minutos y una frecuencia mensual. Este constituyó la expresión de organización, planificación y control de un conjunto de técnicas educativas, donde predominaron las técnicas afectivas participativas, haciendo uso de herramientas clave como la comunicación bidireccional, persuasión participativa interactiva y la creatividad. Se involucraron niños, padres y educadores. Se emplearon diversas técnicas, si las clasificamos de acuerdo a los sentidos que tenemos para comunicarnos fueron: vivenciales (animación, análisis y reflexión grupal, de evaluación de conocimientos) y visuales (fotografías, láminas y modelos). Además se utilizaron juegos didácticos para reafirmar los conocimientos impartidos.

Se coordinó con la dirección de la escuela el uso de un aula y el horario para las actividades del programa. Se evaluó el cambio de comportamiento en relación con el abandono o mantenimiento del hábito, basado en la observación abierta no participativa de los niños en sus horarios de descanso en la escuela, así como del resultado de entrevistas a padres y educadores con una frecuencia mensual, se triangularon las informaciones y se consideró como eliminación de esta entidad cuando el producto de esta triangulación confirmara su coincidencia, por el contrario se calificó como mantenida.

Para detectar relación entre los hábitos deformantes bucales y la maloclusión se realizó un regresión logística univariada inicialmente y con aquellos hábitos que dieron resultados estadísticamente significativos se realizó una regresión logística múltiple para determinar el grado de asociación con la maloclusión.

Para evaluar la efectividad de las terapias educativas, preventivas utilizadas se relacionó la variable hábitos deformantes bucales Antes y después de realizar la intervención sobre los niños objeto de estudio. Utilizando la prueba no paramétrica para muestras dependientes de Mc NEMAR.

Para ambas pruebas Estadística se utilizó el paquete estadístico SPSS.21 para Windows (Anexo 13).

La prueba de Mc Nemar es un docima Ji- cuadrado, apropiada para decidir si hay diferencia o no entre dos poblaciones a partir de dos muestras relacionadas en escalas nominales dicotómicas, en los que cada individuo o elemento de la muestra esta pareado consigo mismo, o sea es usado como su propio control. Es una prueba no paramétrica a través de la cual se verifica estadísticamente si hay o no cambios después de aplicada la intervención, respecto a lo acontecido antes.

Se fijó un $\alpha=0.05$. La regla de decisión de la Hipótesis fue.

Si $p \leq \alpha$ Se rechaza H_0 (Que no existe diferencias entre los resultados antes y después de la intervención), entonces la intervención educativa fue efectiva.

Donde p es la probabilidad asociada al estadígrafo y α la probabilidad de cometer error Tipo I.

Como medida de resumen de la información se utilizaron las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

La investigación se realizó conforme a los principios éticos para investigaciones biomédicas establecidos en la Declaración de Helsinki enmendada por la 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.⁽³²⁾

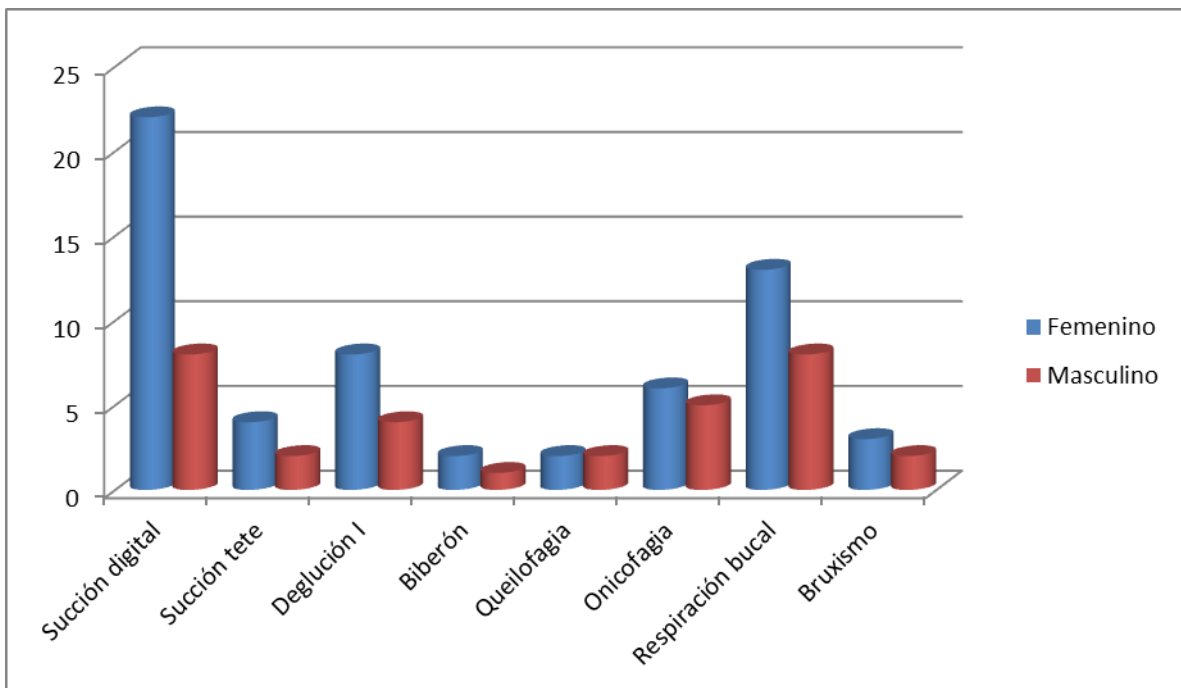
El proyecto se presentó al consejo científico correspondiente para su análisis y aprobación y se realizó el consentimiento informado para la inclusión de los médicos en la investigación.

Análisis y discusión de los resultados

No hay vida sana sin boca sana y solo podrá alcanzarse la salud para todos mediante actividades de atención primaria que se inician desde el comienzo de la formación del nuevo ser, seguros de que las consecuencias de una salud bucal satisfactoria desde las primeras etapas de vida representa una gran ventaja psicológica, social y económica para toda la familia y la comunidad.

Los niños del sexo femenino se encuentran más afectados en todos los hábitos deformantes bucales excepto en la Queilofagia que alcanzan el 50% respecto a los masculinos, destacándose como hábito más frecuente la succión digital, seguida de la respiración bucal. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Hábitos bucales deformantes según el sexo.

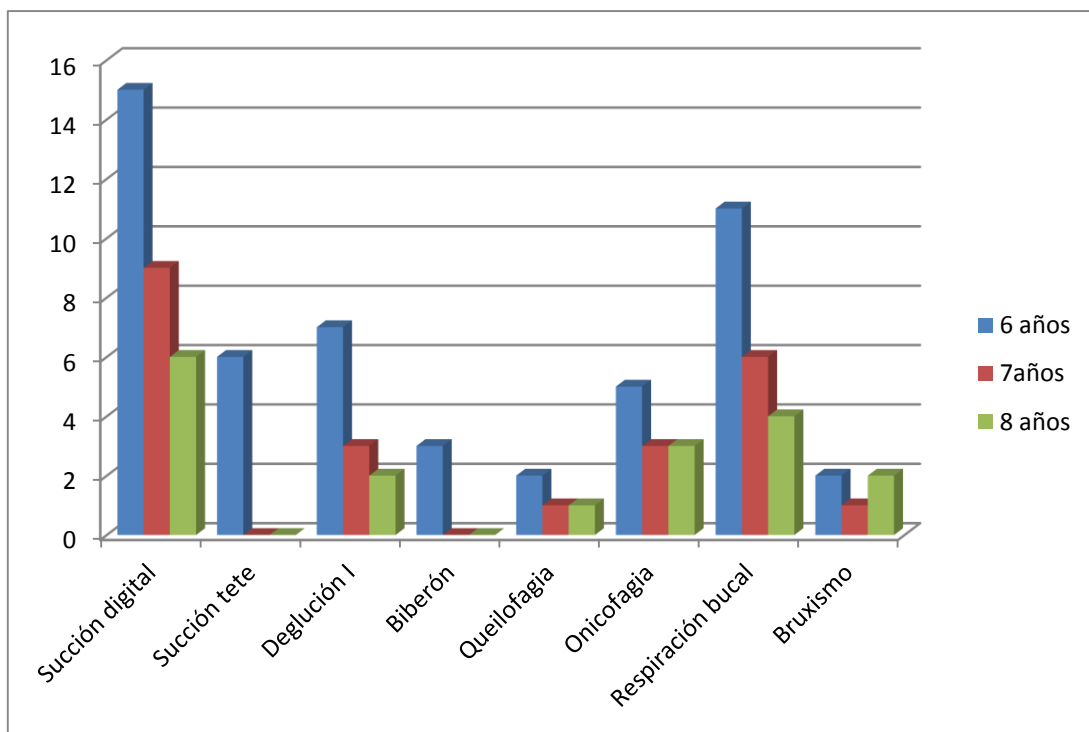


Fuente: Tabla 1, Anexo 12.

Nuestra investigación coincide con Vera y Chacón. ⁽³³⁾ En cuanto a sexo los resultados coincide con los criterios del equipo de IQB, ⁽¹¹⁾ ya que este equipo considera que son más afectadas las niñas por los hábitos y en específico el de succión digital . Estos hábitos aparecen de igual manera independientemente del sexo. ⁽³⁴⁾ En nuestro estudio, las niñas tuvieron cifras algo superiores que los niños, similares resultados muestran otros autores. ^(29, 33,35)

En las diferentes edades es mayor el número de niños con hábitos bucales deformantes en la edad de 6 años y en los de 7 y 8 años en orden descendente. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Hábitos bucales deformantes según la edad



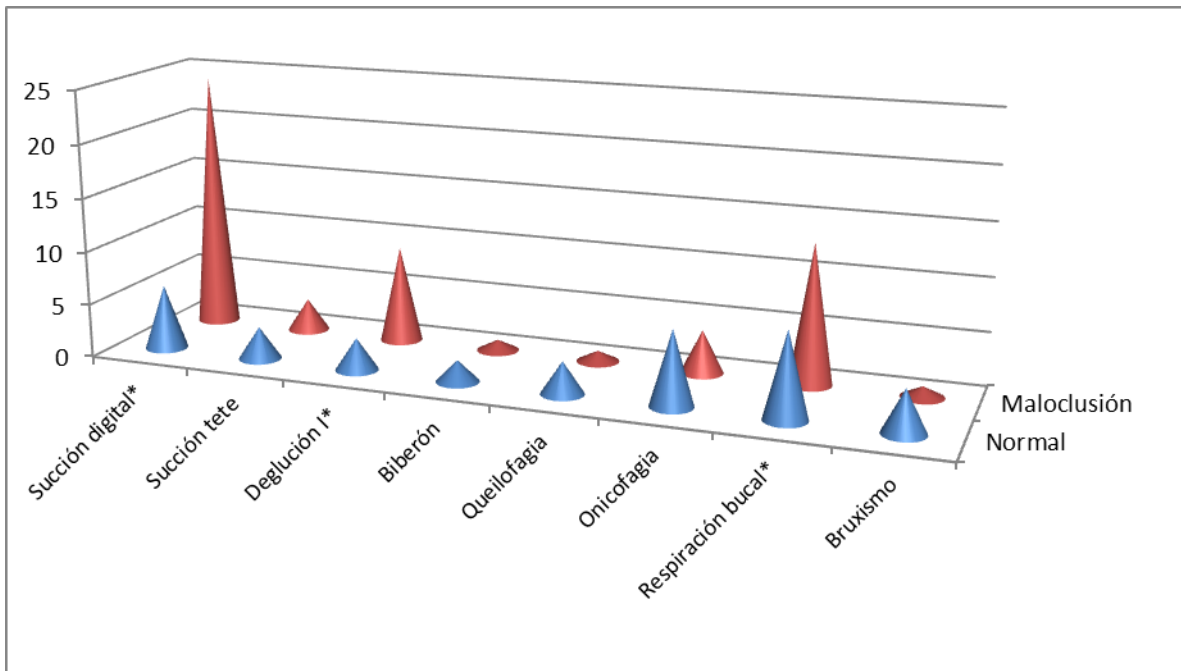
Fuente: Tabla 2, Anexo 12.

A pesar de los ingentes esfuerzos que ha realizado el MINSAP en cuanto a la prevención para la reducción de los problemas estomatológicos y dentro de ello, la eliminación de los hábitos bucales deformantes como factor principal de riesgo de maloclusiones, resulta evidente que aún se observa un incremento marcado en la práctica de estos por nuestros niños,⁽⁹⁾ así como otros estudios realizados por diferentes autores, donde se puede apreciar la alta prevalencia de estos hábitos perjudiciales en grupos de escolares de primaria,⁽³⁶⁾ Tal es el caso de un trabajo realizado en el municipio Habana Vieja en niños de igual escolaridad a la de nuestra investigación⁽³³⁾, el cual coincide también con trabajos similares efectuados en España⁽³⁴⁾ y Chile,⁽³⁵⁾ en los cuales predominan los hábitos bucales deformantes en los niños de menor edad.

A medida que el niño crece debe desprenderse de la práctica de estos hábitos perjudiciales. ⁽¹³⁾ *Fernández y Acosta* ⁽⁴⁾ involucran niños de primaria de diferentes edades en su estudio y plantean que el grupo más afectado por estos hábitos resulta ser el de 6 a 8 años de edad. Igual lo muestra una investigación realizada en la provincia de Pinar del Río donde el grupo de mayor predominio es el de menor edad, ^(36,37). Otras investigaciones demuestran lo contrario, al plantear que es en los escolares de 8 años donde predominan los hábitos perjudiciales. ⁽¹⁸⁾

En la Gráfico 3, observamos que los niños que presentan algún hábito deformante es mayor el porcentaje de maloclusión, aunque hay niños que presentan el factor causal de hábitos y su oclusión es compensada.

Gráfico 3. Niños examinados con hábitos según oclusión



Fuente: Tabla 3, Anexo 12.

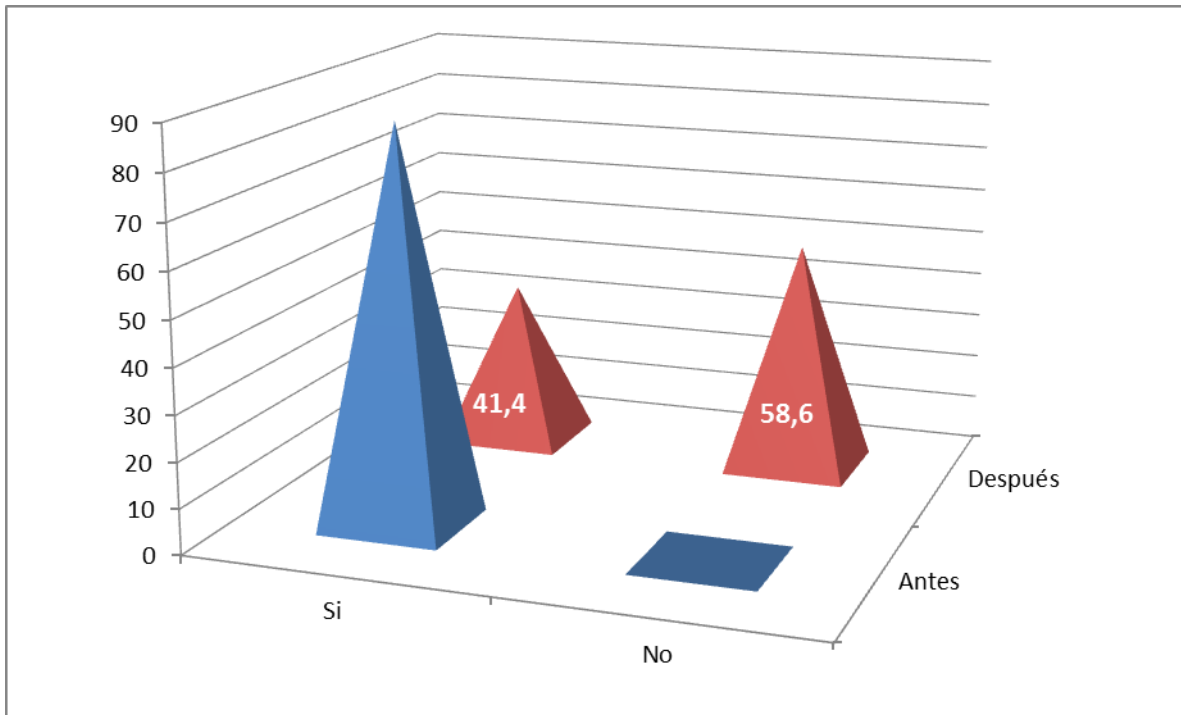
* Variables que tuvieron asociación significativa en la regresión logística univariada.

Los hábitos con mayor prevalencia de maloclusiones son: succión digital, respiración bucal y deglución infantil, siendo estas las que tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de maloclusión y al realizar la regresión logística multivariada para determinar en qué grado están asociados estos hábitos con la maloclusión se arribó a la conclusión que es 20 veces más probable que un niño que tenga estos 3 hábitos pueda tener una maloclusión que aquellos que no practiquen estos hábitos deformantes.

En correspondencia con ello, en una investigación realizada por Podedera⁽³⁶⁾ muestra una alta prevalencia de maloclusiones y la presencia de hábitos deformantes, pero en esta investigación la deglución atípica es la más frecuente, seguida de la succión digital y la respiración bucal.

Como podemos observar en la Gráfico 4 la presencia de hábito se pudo reducir en un 41.4% con una probabilidad calculada muy inferior al alfa fijado, lo que indica que existe evidencias altamente significativa de que la intervención fue exitosa (anexo 13).

Gráfico 4. Evaluación de la intervención educativa



Fuente: Tabla 4, Anexo 12.

P=0.000

Es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana y por ello se impone valorar previamente la edad, comprensión y cooperación del niño al respecto. ⁽³⁷⁾

Estudios realizados demuestran que hay motivos suficientes para lanzarse de inmediato a un régimen riguroso para dominar un hábito, ⁽³⁸⁾ para ello debe tomarse el tiempo necesario para ayudar a eliminarlos y siempre de una forma agradable al niño.

En estudios realizados por *Maya* ⁽³⁹⁾ y *Conde* ⁽⁴⁰⁾ se logra una elevada reducción de la práctica de estos hábitos con el empleo de diferentes métodos educativos; de igual forma con nuestro trabajo (grafico 4) se lograron disminuir de forma

efectiva los mismos. Similares resultados encuentra Crespillo⁽⁴¹⁾ en una intervención educativa en Cárdenas consiguiendo cambios favorables en un 91 %, además Quintana⁽⁴²⁾ en investigaciones de igual tipo logra un 84,3% en Cienfuegos, donde al final de los estudios se hizo palpable la necesidad y el deseo de aprender y corregir los malos hábitos. Mediante la aplicación de técnicas afectivo participativas, que corrigen tanto el proceso como el producto del aprendizaje. ^(43, 44,45)

Conclusiones

- No existieron grandes diferencias entre los niños con hábitos perjudiciales respecto a la edad y el sexo.
- Dentro de los hábitos bucales deformantes predominó la succión digital en los escolares en edades tempranas.
- La intervención educativa fue eficaz, porque se disminuyó la presencia de hábitos bucales deformantes en los escolares que participaron en nuestro estudio.

Recomendaciones

Se deben aplicar programas educativos sobre los hábitos deformantes bucales por parte de los Estomatólogos Generales Integrales y del Médico de la Familia, principalmente en centros educativos 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.

Referencias bibliográficas

1. Águila RJ, Almiñaque G R, González R E, Céspedes IR. Prevalencia de hábitos bucales deformantes, en niños de 3-5 años. Rev Cubana Estomat .2010; 17(3):137-42.
2. Fernández Torres CM, Acosta Coutin. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod .2010:79-83.
3. González Jiménez E. La cura sugestiva nocturna de los hábitos bucales perniciosos. Rev Cubana Estomat .2011;14(1):19-20.
4. Colectivo de Autores. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
5. Águila RJ, Roselló J, Enríquez E. Prevalencia de las maloclusiones en dentición. Rev Cubana Estomat. 2012; 17(2):79-83.
6. Águila RJ, Roselló J, Enríquez E. Prevalencia de las maloclusiones en dentición. Rev Cubana Estomat. 2010; 17(2):79-83.
7. Quirós O, Quirós L, Quirós J. Orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontología. Rev Latinoam Ortod y Odontoped [Internet] 2011 [citado 30 Abr 2012]; [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/orientacion_psicologica_habitos_odontologia.asp
8. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
9. Limonta Vidal E, Araújo Heredia T. Intervención educativa para modificar los conocimientos de salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN [Internet]. 2000 [citado 26 Dic 2012];4(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san03300.htm
10. Cabaña Lores C. Temas de Ortodoncia. Estomatología Infantil. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.
11. Medina EC, Rosado Casanova AJ. Malos hábitos orales en infantes de guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex de Seg Soc. 2011; 39(5):435-40.
12. Leyt S. Succión digital. El niño con el hábito. Rev Ascoc Odont Argent. 2011; 83(2):125-8.

13. Pamela Agurto V, Rodrigo Díaz M, Olga Cádiz D, Fernando Bobenrieth K. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. [Internet] 2003 [citado 25 Abr 2012]; [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370->
14. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992.
15. Sorhegui Rodríguez A, Rigor González AE, González Navarro M, Martín Mendicochea L. Digitopuntura y sedación nocturna: Una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. Rev Cubana Ortod .2010; 13(2): 107-111.
16. Medina Quiñones GB. Hábitos orales: Requieren tan solo un tratamiento. Rev Facult Odontol .2011;13(10):60-3.
17. Martínez Perigot B, Asís M. Hipnosis: teoría, métodos y técnicas. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1989.
18. Camacho R O. Epidemiología de la Respiración Bucal en niños de Círculos Infantiles de Ciudad de La Habana [tesis]. Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2012.
19. Var Normar RA. Digitsucking; a review of the literature, clinical observation and treatment recommendation. Int J Orofacial Myology .2009; 23:14-34.
20. Pierce RB. Program to eliminate thumb (or finger) suck-ing. Int J Orofacial Myology [Internet]. 1999 [citado 30 Abr 2012]; 20: [aprox. 3 p.]. Disponible: <http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IsisScript=../cgi->
21. Wolford LM. Identifying the functional and esthetic factors Pierce RB: Program to eliminate thumb (or finger) suck-ing. Int J Orofacial Myology [Internet] 1999 [citado 30 Jun 2012]; 23(2): [aprox. 5 p.]. Disponible: <http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IsisScript=../cgi->
22. Soto Cantero L, García González B, González Fernández M. La fuerza labial superior y sus variaciones con la bioterapia. Rev Cubana Estomat. 2012; 40(3):59-63.
23. Mora Pérez C, López Fernández R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. Rev Cubana Ortod. 2010; 16(1):38-46.

24. Leyt S. Succión digital. El niño con el hábito. Rev Ascoc Odont Argentina 2011; 83(2):125-8.
25. Barrios Felipe L, Puente Benítez M, Castillo Coto A, Rodríguez Caspio MA, Duque Hernández M. Hábitos de respiración bucal en niños. Rev Cubana Ortod 2011; 16(1):47-53.
26. Wolford LM. Identifying the functional and esthetic factors associated with dentofacial deformities. Tex Dent J. 2012; 119(10):1034-43.
27. Lauc T. Orofacial analysis on the Adriatic islands: an epidemiological study of malocclusions on Hvar Island. Eur J Orthod. 2003; 25(3):273-8.
28. Sorhegui Rodríguez A, Rigol González A, González Navarro M, Martín Mendecochea L. Digitopuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. Rev Cubana Ortod .1998;13(2):107-11.
29. Pierce RB. Program to eliminate thumb sucking. Int J Orofacial Myology .1996:20-52.
30. Nicot Cos R. Tratamiento de la succión digital con técnicas de sugestión. XIV Congreso Nacional de Estomatología. Matanzas, Varadero. 2012.
31. Restrepo CC. Tratamiento de succión digital en niños. Rev. Odontol. 2009; 22(2):67-75.
32. Organización de Naciones Unidas. Declaración de Helsinki [Internet]. 2000 [citado 30 Abr 2012]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>.
33. Vera EA, Chacón PE. Estudios de la relación atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre de año. Rev Latinoameric de Ortod y Odontoped [Internet]. 2005 [citado 16 Oct 2012]; Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion_atipica_mordida_abierta_dicción_rendimiento_escolar.asp.
34. Vergara DN, Blanco CA, Perce VH. Aplicación de un método de Ortodoncia preventiva en escolares de primaria del municipio Habana Vieja: resultados preliminares. Rev Cubana Ortod .1994; 9(2):37-41.
35. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Centro de Salud Serrenio.

Hospital Clínico Universitario. Facult Méd y Odontol de Valencia, España. 2005; 62(03):261-5.

36. Pamela Agunti U, Rodríguez Díaz M, Cádiz O, Bobenmethk F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev Chilena Pediatr .2000;70(6):19-23.
37. Podadera Valdés Z, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos bucales y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad. Clínica Docente "Osmani Arenado", Pinar del Río. Rev Cubana Estomat. 2004; 41(2):37-8.
38. Conde Suárez HF, de León de la Fe I, Riviera Lacorra D. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentaria en niños de primaria. Municipio de Cárdenas. Rev Cubana Estomat.2004;(2):21-29.
39. Proffit WR. Ortodoncia, Teórica y práctica. 2 ed. Madrid: Mosby Dagma; 2011.
40. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod .2011; 15(2):66-70.
41. Bayardo RE, Mejía JJ, Orozco S, Montry K. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. Rev Odontol. 2012;52 (1):22-6
42. Cárdenas Sotelo O, Sala Adam M R, Sosa Rosales M. Programa y Educación para la Salud Bucal en adolescentes. La Habana: Editorial Aradam; 2002.
43. Crespillo Hernández J, García Bambuses M. Intervención Educativa para mejorar el estado de salud bucal XII Congreso Nacional de Estomatología. La Habana MINSAP; 1998.
44. Burford O, Noar JH. The causes, diagnosis and treatment of anterior open bite. Dent up date .2003; 30(5): 235-41.
45. Fernández Torres CM. Resultados del control de factores de riesgos de anomalías dentofaciales. Rev Cub Ortod 2000 [citado 19 Oct 2012]; 15(1): [aprox.5p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm [23/05/2012].

Anexo 1.

Convenio Investigador Escuela

Por la escuela:

Yo, _____

Director(a) de la escuela primaria “Antonio Maceo”, autorizo la realización de la Estrategia de intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes, consciente de las ventajas que para los estudiantes del centro tiene dicha investigación. Me comprometo además, a:

Garantizar el orden y la disciplina de los maestros y alumnos.

Asegurar los locales para el óptimo desenvolvimiento de las actividades que tendrán lugar en el centro escolar.

Coordinar junto a la investigadora la fecha, hora y lugar de estas actividades sin que se afecte el horario docente de los alumnos ni el asistencial de la doctora.

Firma

Por la investigadora:

Yo, _____

Doctora en Estomatología, de la clínica estomatológica perteneciente al policlínico Julio Castillo me comprometo a:

Cumplir con la realización de las actividades programadas.

Garantizar el máximo nivel científico y profesional de las actividades educativas

Utilizar la información obtenida sólo con fines investigativos.

Firma

Anexo 2.

Consentimiento Informado

Fecha: _____

Yo, _____ estoy de acuerdo a que mi hijo(a) _____ participe en la Investigación “Estrategia de intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes”.

Estoy consciente de los objetivos de la misma, de la profesionalidad de los investigadores y de los beneficios que se van a reportar para mi hijo(a). Se me ha informado que toda la información tendrá carácter anónimo y que solo será utilizada con fines investigativos.

Y para que así conste,

Firma del padre o tutor

Firma de la maestrante

Anexo 3.

Citación a padres y niños

A los padres o tutores de _____

Por este medio les solicitamos su presencia y la de su hijo (a) en la clínica Estomatológica del policlínico Julio Castillo el día_____ a las _____ donde se le realizará un examen o bucal y una encuesta para conocer su nivel de información sanitaria sobre hábitos bucales deformantes. Muchas gracias.

Dra. Maylex Sánchez Ruiz

Anexo 4:

Formulario:

Nombre de la institución: _____

Nombre y Apellidos del niño: _____

Edad: _____

Sexo: _____

	<i>Antes</i>		<i>Después</i>	
Hábitos	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Succión digital	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Succión tete	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Deglución I	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Biberón	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Queilofagia	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Onicofagia	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Respiración bucal	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Bruxismo	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Oclusión normal	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____
Maloclusión	Sí_____	No_____	Sí _____	No_____

Anexo 5:

Estrategia Educativa

Título: “Por el valor de tu sonrisa”

Objetivo general:

Desarrollar en los niños de 1er a 3er grado con hábitos bucales deformantes los conocimientos, habilidades para el mantenimiento de una salud bucal adecuada.

Objetivos específicos:

1. Propiciar un medio favorable que le permita a los niños su desenvolvimiento en el resto del grupo, maestros e investigadores.
2. Incrementar los conocimientos y actitudes positivas en cuanto a: Concepto de hábitos, tipos, causas, consecuencias y medidas de prevención
3. Estimular el autocuidado de los niños y convertirlos en promotores de salud bucal para su familia y el resto de sus compañeros.
4. Determinar la efectividad de las actividades realizadas.

Límites:

- De tiempo: curso escolar 2012-2013
- De espacio: Clínica estomatológica “Policlínico Julio Castillo. Escuela primaria “Antonio Maceo”
- Población: Escolares de 1ero a 3er grados.

Estrategias:

- Charlas educativas
- Demostraciones
- Propaganda gráfica
- Técnicas afectivo participativas
- Juegos

Audiencia primaria: Escolares que conformaron la muestra de la investigación

Audiencia secundaria: El resto de los compañeros

Maestros y demás trabajadores de la escuela

Padres

Recursos materiales:

- Papelógrafos
- Hojas de papel
- Lápices de colores y plumones
- Cartulinas y pancartas
- Typodón y cepillo de dientes
- Ordenadores
- Impresora
- Medios de enseñanza como plegables.

Recursos humanos:

- Estomatóloga
- Técnico en atención estomatológica

Tiempo: Fondo de tiempo que se le dedicó a cada actividad

Anexo 6:

Plan de actividades

Objetivos	Actividad	Estrategia	Fecha	Lugar	Duración	Materiales	Participantes	Evaluación
1.	Presentación del equipo de salud a los escolares. Actividad para desinhibir a los niños	TAP "El campismo" TAP "El barco"	Septiembre 2012	Escuela	45 minutos	Buzón o caja Lápices y papel	Escolares, estomatólogo	Observación de la actividad
1.	Divulgación del programa de actividades	Conversatorio o Propaganda gráfica	Octubre 2012	Escuela	45 minutos	Pancarta, plumones	Escolares, padres, maestros, estomatólogo	Informe escrito
2.	Ofrecer información sobre concepto, tipos, causas y consecuencias de los hábitos bucales deformantes.	Charla educativa sobre el tema. Juego didáctico "La estrella del saber". Adivinanzas canción Cuento.	Noviembre 2012 Diciembre 2012 Enero 2013 Febrero 2013	Escuela	45 minutos	Cartulina, hojas de papel, plumones	Escolares, estomatólogo	Observación de la actividad
2.	Orientar las medidas de prevención de los hábitos bucales deformantes	Debate del tema en mesa redonda	Marzo 2013	Escuela	45 minutos	Cartulina, hojas de papel, plumones	Escolares, estomatólogo	Informe escrito
3	Ofrecer un material educativo donde se resuman lo perjudicial que pueden ser los hábitos bucales deformantes	Confección y lanzamiento del plegable "Sonreír y ser feliz" Integrarlo a la bibliografía existente en la biblioteca de la escuela	Abril 2013 Mayo 2013	Escuela	45 minutos	Fotografías	Escolares, estomatólogo	Observación de la actividad
4.	Comprobar si se cumplieron o no las expectativas	Preguntas de evaluación	Junio 2013	Escuela	45 minutos	Hojas de papel, lápices	Escolares, estomatólogo	Informe escrito

Anexo 7:

Técnica Afectiva Participativa

“El campismo”

Es una técnica de animación utilizada para presentar al grupo.

Se ubican a los integrantes en círculo y luego de la presentación del animador, se procede a pedir que cada uno diga su nombre. Luego, se les pide que imaginen que van todos al campismo y cada uno debe decir qué objeto va a llevar. El objeto debe comenzar con la inicial de su nombre.

Técnica Afectiva Participativa

“El barco”

Esta es una técnica de animación que se utiliza para caracterizar al grupo. El coordinador explica que todos van en un barco y que este se rompe por lo que es necesario hacer movimientos de personas de un lado a otro. Se divide el espacio en dos o más partes en dependencia de la cantidad de participantes.

Todos juntos en el centro y el coordinador dice por ejemplo:

Los del pelo corto a la derecha

Los del pelo largo a la izquierda.

Las hembras a la derecha

Los varones a la izquierda.

Los que se lavaron los dientes antes de ir a la escuela a la derecha

Los que no se lavaron los dientes antes de ir a la escuela.

Y así, lo que se le ocurra. El coordinador además deberá sacar del juego a los que se equivoquen.

Anexo 8:

Juego didáctico

“La estrella del saber”

El juego constará con 6 equipos como máximo y probará los conocimientos y la suerte.

Cada equipo tendrá una estrella del saber con 5 números (1 colocado en cada punta).

El coordinador del juego (Estomatólogo u otro personal de salud), contará los números de las preguntas que escogerá al azar y el equipo que posea ese número en su estrella decidirá el jugador que la responderá.

El equipo que logre llevar todas las preguntas de su estrella será el ganador y esto sucederá si responde correctamente cada una de las preguntas.

El coordinador dará respuesta a aquellas preguntas que no puedan ser contestadas por el equipo correspondiente así como también aclarará las dudas que surjan durante el juego.

Anexo 9:

Adivinanzas:

1) *Nos vemos al sonreír,
Perfeccionamos tu fonética
Te ayudo a masticar
y a mejorar tu estética.
R/Los dientes.*

2) *Me prefieren los bebes
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!
R/El tete.*

3) *Rojita y bien mojadita*

Siempre estoy en mi casita

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 filas por mi causa

¿Quién soy ,que aunque soy mala

Debo controlar mis mañas?

R/La lengua.

Anexo 10:

Canción:

“Blanquecín”

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

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

Porque “Rojita”es muy lenguita,

Y se la pasa empujando a “Blanquecín”

Y , el que es un dientesillo, tan serio y tan gentil

Se siente abochornado,

Porque ahora esta asomado

Como un diente malcriado siempre listo al salir

¡Ay, qué pena! ¡Qué penada el pobrecito “Blanquecín” !

El siempre tan serio y derecho

Ahora esta así inclinadito ,indiscreto y asomado

Todo porque a “Rojita”

Juguetona y maldita le dio por empujar,

empujar, empujar a “Blanquecín”.....!

por eso.....se repiten los cuatro primeros versos.

Canción:

¡Aléjate Biberón!

Yo sé que eres biberón

Que sabes a caramelo

Pero yo a ti no te quiero

¡Aléjate Biberón....!

Perdona que no te quiera,

biberón ,biberoncito,

perdona que no te quiera,

pero sé que tus maneras

de hacer que mis dientecitos

se me inclinen hacia afuera,

biberón ,biberoncito:

yo conozco tus maneras

y no quiero mis dientecitos ,

echaditos para afuera.....

Yo se.....se repiten los cinco primeros versos.

Anexo 11:

Cuento:

La pena del niño dedo.

Niño dedo esta abochornado, por su culpa dientecito y dientecín, no podían entrar a la casita. ¡Y algo peor aún....la casita, ya no podía cerrar! Se quedaba entreabierta.....o entrecerrada.....Como si dientecito y dientecín, estuvieran de más, o mal parados e impidiera cerrar! Siempre entre abierta o entrecerrada estaba ahora la casita de dientecito y dientecín.

-¿Por qué lloras, niño dedo? – Pregunto 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 la casa, sin entrar y sin salir.....

Yo sin querer, los fui empujando....Ellos blancos, callados, se inclinaban e inclinaban y yo sin darme cuenta, un día, una noche ,otro día ,otra noche, otro día....otra....

-Sí, sí Niño dedo, ya comprendo....Le interrumpió impaciente Palma de mano ¡Hay que hacer algo!

-¿Y qué voy hacer? -pregunta Niño dedo, con una pena que daba pena -¡Yo me arrepiento de lo que hice! Repetía Niño dedo.

-¡Tampoco el arrepentimiento sirve de mucho! Le contesto Palma de mano

-Siempre es mejor prevenir, pensar antes de actuar. ¡Pero basta de lamentos! ¡Ya sé que puedes hacer!

-¿De verdad? Se entusiasma Niño dedo.

-Sí de verdad.-confirmo Palma de mano, mira tú sabe señalar, porque eres un dedo señala a dientecito y dientecín el camino a la clínica.....

¿La clínica?

-¡Sí! - dijo Palma de mano. – Allí podrán reparar el daño que has hecho, y la casita quedara nuevita , nuevita.....aunque sufrirán un poquito durante las reparaciones.....

-¡Ay qué bueno!!Ahora mismo señalo el camino a 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.

Palma de mano muy solemnemente le dijo:

-Tienes que advertir a todos los Niños dedos del mundo que es dañino jugar con Niña lengua. Que hay muchos juguetes y cosas que hacer en nuestro alrededor, en vez de echarles a perder la vida a dientecito y dientecín.....

¡Lo haré! Prometió, Niño dedo, y se fue rápido, a señalar a sus infortunados amigos el camino a la clínica dental....

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

Anexo 12:

Tabla 1. Hábitos bucales deformantes según el sexo.

Hábito	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Succión digital	22	25.3	8	9.2	30	34.5
Succión tete	4	4.6	2	2.3	6	6.9
Deglución I	8	9.2	4	4.6	12	13.8
Biberón	2	2.3	1	1.1	3	3.4
Queilofagia	2	2.3	2	2.3	4	4.6
Onicofagia	6	6.9	5	5.7	11	12.6
Respiración bucal	13	14.9	8	9.2	21	24.1
Bruxismo	3	3.4	2	2.3	5	5.7

Tabla 2. Hábitos bucales deformantes según la edad

	Edad							
	6 años		7 años		8 años		Total	
Hábito	No.	%	No.	%	No.	%	No	%
Succión digital	15	17.2	9	10.3	6	6.9	30	34.5
Succión tete	6	6.9	-	-	-	-	6	6.9
Deglución I	7	8.0	3	3.4	2	2.3	12	13.7
Biberón	3	3.4	-	-	-	-	3	3.4
Queilofagia	2	2.3	1	1.1	1	1.1	4	4.6
Onicofagia	5	5.7	3	3.4	3	3.4	11	12.6
Respiración bucal	11	12.6	6	6.9	4	4.6	21	24.1
Bruxismo	2	2.3	1	1.1	2	2.3	5	5.7

Tabla 3. Niños examinados con hábitos según oclusión

Hábitos	Normal		Maloclusión		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Succión digital*	6	6.9	24	27.6	30	34.5
Succión tete	3	3.4	3	3.4	6	6.9
Deglución I*	3	3.4	9	10.3	12	13.8
Biberón	2	2.3	1	1.1	3	3.4
Queilofagia	3	3.4	1	1.1	4	4.6
Onicofagia	7	8.0	4	4.6	11	12.6
Respiración bucal*	8	9.2	13	14.9	21	24.1
Bruxismo	4	4.6	1	1.1	5	5.7

* Variables que tuvieron asociación significativa en la regresión logística univariada.

Tabla 4. Evaluación de la intervención educativa

Hábitos Deformantes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	87	100	36	41.4
No	0	0	51	58.6
Total	87	100	87	100.0

P=0.000

Anexo 13:

Salida de resultados del programa estadístico SPSS.21 para Windows.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES maloclusion
/METHOD=ENTER Hab1 Hab2 hab3 hab4 hab5 hab6 hab7 hab8
/CLASSPLOT
/PRINT=GOODFIT CORR CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).
```

Regresión logística

Notas		
Resultados creados		16-APR-2014 09:31:52
Comentarios		
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
Entrada	Peso	<ninguno>
	Dividir archivo	<ninguno>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	87
Tratamiento de los datos perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se consideran como perdidos
Sintaxis		LOGISTIC REGRESSION VARIABLES maloclusion /METHOD=ENTER Hab1 Hab2 hab3 hab4 hab5 hab6 hab7 hab8 /CLASSPLOT /PRINT=GOODFIT CORR CI(95) /CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,05
	Tiempo transcurrido	00:00:00,06

[Conjunto_de_datos1]

Resumen del procesamiento de los casos

Casos no ponderados ^a		N	Porcentaje
	Incluidos en el análisis	87	100,0
Casos seleccionados	Casos perdidos	0	,0
	Total	87	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		87	100,0

a. Si está activada la ponderación, consulte la tabla de clasificación para ver el número total de casos.

Codificación de la variable dependiente

Valor original	Valor interno
0	0
1	1

Tabla de clasificación^{a,b}

	Observado	Pronosticado		
		maloclusion		Porcentaje correcto
		0	1	
Paso 0	maloclusion 0	0	31	,0
	maloclusion 1	0	56	100,0
	Porcentaje global			64,4

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0 Constante	,591	,224	6,978	1	,008	1,806

Variables que no están en la ecuación

		Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Hab1	25,348	1	,000
	Hab2	3,567	1	,059
	hab3	7,706	1	,006
	Variables hab4	1,720	1	,190
	hab5	,377	1	,539
	hab6	,384	1	,536
	hab7	15,324	1	,000
	hab8	,207	1	,649
	Estadísticos globales	53,378	8	,000

```

NOMREG malocclusion (BASE=LAST ORDER=ASCENDING) BY Hab1 hab3 hab7
  /CRITERIA CIN(95) DELTA(0) MXITER(100) MXSTEP(5) CHKSEP(20)
LCONVERGE(0) PCONVERGE(0.000001) SINGULAR(0.00000001)
 /MODEL
  /STEPWISE=PIN(.05) POUT(0.1) MINEFFECT(0) RULE(SINGLE) ENTRYMETHOD(LR)
REMOVALMETHOD(LR)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /PRINT=PARAMETER SUMMARY LRT CPS STEP MFI.
    
```

Información del ajuste del modelo

Modelo	Criterio de ajuste del modelo	Contrastes de la razón de verosimilitud		
		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo la intersección	77,452			
Final	3,710	73,742	3	,000

Pseudo R-cuadrado

Cox y Snell	,572
Nagelkerke	,785
McFadden	,651

Contrastes de la razón de verosimilitud

Efecto	Criterio de ajuste del modelo	Contrastes de la razón de verosimilitud		
	-2 log verosimilitud del modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	3,710 ^a	,000	0	.
Hab1	45,769	42,059	1	,000
hab3	17,543	13,833	1	,000
hab7	28,568	24,858	1	,000

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia en las -2 log verosimilitudes entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de ese efecto son 0.

a. Este modelo reducido es equivalente al modelo final ya que la omisión del efecto no incrementa los grados de libertad.

```

GET DATA
  /TYPE=XLS
  /FILE='D:\Facultad\tesis maylex\Base Datos.xls'
  /SHEET=name 'Hojal'
  /CELLRANGE=full
  /READNAMES=on
  /ASSUMEDSTRWIDTH=32767.
EXECUTE.
DATASET NAME Conjunto_de_datos1 WINDOW=FRONT.
*Nonparametric Tests: Related Samples.
NPTESTS
  /RELATED TEST(HabA HabD)
  /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE
  /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

```

Pruebas no paramétricas

Notas

Resultados creados		17-APR-2014 08:46:54
Comentarios		
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
Entrada	Peso	<ninguno>
	Dividir archivo	<ninguno>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	87
Sintaxis		NPTESTS /RELATED TEST(HabA HabD) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,27
	Tiempo transcurrido	00:00:00,44

[Conjunto_de_datos1]

