

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO JULIO CASTILLO
CHAMBAS**

Título: Técnicas educativas que contribuyan a la eliminación de hábitos bucales deformantes en la edad escolar.

**TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

Autor: Dr. Ernesto Espino Ortega.

Morón, 2020

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO JULIO CASTILLO
CHAMBAS**

Título: Técnicas educativas que contribuyan a la eliminación de hábitos bucales deformantes en la edad escolar.

**TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

Autor: Dr. Ernesto Espino Ortega. Residente de 2do año de EGI.
Policlínico Máximo Gómez.

Tutor: Dr. Yan Alberto Marichal Martínez Especialista en I grado de Estomatología General Integral y como segunda especialidad en primer grado de Cirugía Máxilo Facial. Profesor Instructor. Investigador agregado. Hospital General Docente Morón "Roberto Rodríguez Fernández"

Morón, 2020

PENSAMIENTO

“Lo más maravilloso de nuestra profesión reside en poder mejorar uno de los bienes que Dios ha dado al género humano.”

David Suárez Q.

DEDICATORIA

A toda mi familia, amigos y especialmente a mi papá, que aunque no esté físicamente ha sido mi principal fuente de inspiración en la mayoría de las metas propuestas, estando completamente seguro que se sentiría muy orgulloso de mí.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesores que con su ayuda incondicional han contribuido en mi desarrollo como profesional y a mi formación como hombre de bien.

A mi padre y madre los cuales han sido mi principal fuente de inspiración.

Gracias a todos.

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental del tipo pre experimental con el objetivo de implementar técnicas educativas que contribuyan a la eliminación de hábitos bucales deformantes en los escolares de la escuela primaria Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan municipio Chambas, en el período comprendido entre enero 2019 a junio 2020. El universo estuvo constituido por 220 escolares que constituyen la matrícula total de la escuela primaria y la muestra quedó constituida por 56 escolares que poseen hábitos bucales deformantes, utilizándose como técnica estadística para la selección de la misma el muestreo no probabilístico intencional. Se determinaron y tuvieron en cuenta para la selección de la muestra criterios de inclusión y exclusión. En el estudio existió predominio de los escolares mayores de 11 años y el sexo femenino sobre el masculino. Los hábitos bucales deformantes que más se evidenciaron fueron la succión digital seguido de la succión de biberón y/o tete y la onicofagia. Predominaron los escolares sin maloclusiones, seguido de escolares con mordida abierta anterior. La prevalencia de hábitos bucales deformantes fue de 0.25. La implementación de las técnicas educativas fue efectiva por la reducción significativa de los hábitos bucales deformantes, se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para el Estomatólogo General Integral.

Palabras claves: Hábitos bucales deformantes, maloclusión, escolares

ÍNDICE

Contenidos	Páginas
Introducción	1 - 5
Marco Teórico	6 - 15
Materiales y Métodos	16 - 21
Resultados y Discusión	22 - 32
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias Bibliográficas	35 - 40
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las afecciones bucales constituyen un problema de salud por la alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública. (1,2)

Para el logro de la salud bucal resulta muy importante el control de hábitos bucales deformantes (HBD) muy común en los niños y que puede considerarse normal hasta los 2 años y medio, después de esta edad debe eliminarse, por su repercusión en el desarrollo de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico por lo costoso de estos tratamientos. (3)

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. (4-6)

Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de

comportarse socialmente y los hacen manifestarse tímidos, retraídos, apartados y hasta agresivos. (7)

Numerosas son las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran elementos totalmente externos sobre los cuales se pueden actuar, las que han sido ampliamente estudiadas y manejadas por diferentes autores y que al conocerlos, se puede realizar una correcta prevención, tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial; dentro de estos, se pueden mencionar los (HBD). (8-10)

Ya en 1915 Ceroy introdujo las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes. Los (HBD) se consideran como uno de los factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. (11) Estos son el exponente del resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional; tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. (12,13)

De igual manera, pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. (14)

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. (15)

Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. (16)

Además de estos factores, existen otros que pueden afectar el desarrollo de una buena oclusión, como son: las extracciones prematuras de los dientes temporales, la naturaleza de la alimentación; se ha observado que la falta de alimentos duros que necesita una masticación cuidadosa, es un factor en la producción de insuficiencia en los arcos dentarios y que la falta de fusión adecuada conduce a una contracción de los arcos dentales e insuficiente desgaste oclusal, así como a la falta de ajuste que se observa en la dentición ya desarrollada; los niños alimentados al pecho materno se dice que tienen un menor número de maloclusiones, ya que el estímulo de la succión conduce a un mejor crecimiento y desarrollo de su sistema estomatognático, enfermedades y malformaciones congénitas que pueden afectar el crecimiento y desarrollo del cuerpo y la región facial. (17)

Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos: beneficiosos y perjudiciales. Los hábitos beneficiosos o funcionales son aquellos cuya práctica, de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal, la masticación, la deglución y la respiración normal, constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos o funcionales.

Los hábitos perjudiciales o deletéreos son los que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

Los hábitos deletéreos o deformantes que son causantes de maloclusión dentaria y que más frecuentemente se observan son: succión del pulgar u otros dedos, empuje o protracción lingual, respiración bucal, con menos frecuencia se observan, succión o mordisqueo del labio (queilofagia), mordisqueo de uñas (onicofagia), hábitos posturales, entre otros. (18)

El accionar del estomatólogo, en relación a los (HBD), estará encaminado al fomento de la salud del niño, el estomatólogo requiere conocimientos de

psicología y adoptar una actitud comprensiva y tolerante, para tener un buen nivel de comunicación con el niño, ganarse su confianza y amistad, y lograr la mejor colaboración de éste en el interrogatorio y en el tratamiento. Lo más sensato es comenzar discutiendo el problema solo con el niño, sin usar amenazas ni avergonzarlo, para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito. (14)

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

Para la eliminación de los HBD se sugiere la aplicación de diferentes técnicas educativas, cuyos procedimientos están encaminados a modificar los conocimientos, actitudes y prácticas, así como a elevar la conciencia de salud individual y colectiva. (4)

En Cuba, a pesar de contar con un sistema único de salud, que vigila el estricto cumplimiento de los programas, aún existen deficiencias en la aplicación de las acciones encaminadas al control de los factores de riesgo por parte de la Atención Primaria de Salud (APS) en Estomatología, encontrándose dificultades en el manejo de los hábitos deformantes bucales y sus consecuencias en la población infantil, fundamentalmente en los niños entre 5 a 11 años de edad.

A pesar de que los HBD constituyen una de las causas principales de motivo de consulta en la atención primaria de salud (APS), no existen estudios precedentes de intervención educativa sobre (HBD) en el área de salud que incluyan acciones específicas sobre esta entidad, se ha identificado en los últimos tiempos la alta incidencia en la consulta de Ortodoncia de padres, niños, adolescentes, jóvenes y adultos preocupados por la presencia de diferentes anomalías dentomaxilofaciales, y la causa fundamental de muchas de estas es la presencia de (HBD) desde edades

tempranas, los cuales, de ser eliminados a tiempo, no provocarían tales deformidades. La gran mayoría muestran un bajo nivel de conocimiento sobre el efecto dañino y la repercusión que estos producen a largo plazo. Todo lo anterior sumado al diagnóstico efectuado en la escuela primaria Marcelo Salado Lastre del poblado Punta San Juan, corrobora la necesidad de desarrollar estudios sobre la temática. Es por estas razones que se realiza esta investigación y se parte del siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir a la eliminación de hábitos bucales deformantes en escolares?

Como **hipótesis científica** se acota: Si se implementan técnicas educativas con un carácter didáctico es posible que se contribuya a la eliminación de hábitos bucales deformantes en escolares.

OBJETIVO GENERAL

Implementar técnicas educativas que contribuyan a la eliminación de hábitos bucales deformantes en los escolares de la escuela primaria Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan, Chambas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1-Fundamentar los sustentos teóricos relacionados con los hábitos bucales deformantes en la edad escolar.
- 2-Distribuir la muestra según grupo de edades y sexo.
- 3-Identificar hábitos bucales deformantes en los escolares y presencia de maloclusiones.
- 4-Determinar prevalencia de los hábitos bucales deformantes.
- 5-Elaborar técnicas educativas que contribuyan a la eliminación de hábitos bucales deformantes en los escolares de la escuela primaria Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan.

MARCO TEÓRICO

La sonrisa es la puerta de entrada a las relaciones humanas, por esta razón se le está dando mucha importancia al cuidado de los dientes en especial a su alineación en el arco dentario. La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto, tanto en céntrica como en protrusión o movimientos laterales.

La oclusión ideal es aquella oclusión óptima deseable que cumple los requisitos estéticos, fisiológicos y anatómicos para llenar las necesidades de salud, funcionalismo y bienestar, donde los órganos dentarios ocupan una posición articular correcta con sus vecinos y antagonistas”.

Se han realizado varios estudios a nivel mundial sobre maloclusión dental relacionada con (HBD). (9)

Los (HBD) son aquellos que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

Su práctica puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia anomalías tanto morfológicas como funcionales. Por su etiología pueden ser instintivos, placenteros, defensivos, hereditarios, adquiridos e imitativos. (2,17)

Se plantea que los hábitos deformantes presentan una etiología multifactorial. Los que persisten en el tiempo o se presentan en etapas tardías del desarrollo, se deben con mayor probabilidad a problemas psicológicos o frustraciones como estrés, aburrimiento, falta de atención, ansiedad, fatiga, conflictos emocionales (celos, inseguridad), cansancio y problemas en el entorno con familiares o amigos, con lo que se evidencia un fuerte componente psicológico y neurológico. (19)

Son instintivos ya que en su comienzo la mayoría son funcionales pero que pueden volverse perjudiciales, si se realizan de forma persistente. Son

placenteros gracias a que brindan una sensación agradable y de bienestar. Además, son imitativos debido a que también se aprenden al observar las actitudes de una persona como gestos, muecas, formas de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares fundamentalmente. (20)

Acorde a su función, muchos de estos hábitos en sus inicios son clasificados como fisiológicos, beneficiosos o funcionales, debido a que cumplen con una función determinada, en un rango de tiempo que puede o no estar establecido, según las características con las que nacemos.

Su práctica normal realizada correctamente beneficia al individuo. Con el tiempo, se pueden tornar no fisiológicos, perjudiciales o deletéreos, o su acción les condiciona en esta categoría desde los inicios de su práctica debido a que ejercen fuerzas perniciosas sobre los tejidos blandos y los arcos dentarios en la cavidad bucal.

De acuerdo con la frecuencia e intensidad, si se presentan ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia, se les clasifica como hábitos no compulsivos y cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con los mismos, al extremo que acude a su práctica, ante alguna situación de amenaza o inseguridad, entonces se les considera como hábitos compulsivos. (21)

Entre los (HBD) más comunes se encuentran el 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. 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. (22)

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. Se genera como una forma de satisfacer una necesidad en el niño, otorgándole seguridad y una rica sensación de contacto. La mayoría de las veces el niño lo realiza cuando está cansado, con sueño, pena, etc. También cuando está solo, ya sea antes de dormir o viendo televisión. Este hábito prolongado en el tiempo, puede llegar a producir alteraciones en el desarrollo de los maxilares y de los dientes, lo que se conoce como anomalías dentomaxilares. La severidad de esta anomalía va a depender de la frecuencia (cuantas veces al día succiona el dedo), la intensidad de la succión, el tiempo que dura (minutos u horas) y además de la posición del dedo dentro de la boca y de qué dedo (ya que no siempre es el dedo pulgar).

Cabe destacar que, algunas características que se pueden observar en niños con succión digital son: mordida abierta, los incisivos centrales se van hacia delante, se puede alterar la posición de los incisivos inferiores, pueden observarse mordidas cruzadas, paladar profundo, se puede alterar el crecimiento transversal del maxilar, alteraciones esqueléticas, puede predisponer a un traumatismo de los dientes anteriores, entre otras. (23)

Sin embargo, la erradicación del hábito y la indicación del tratamiento, va a depender de la edad del niño, de la capacidad de cooperación tanto de parte del niño como de los padres, de la severidad del hábito y del daño que esté produciendo. Por lo que es recomendable acudir a un especialista para que evalúe y determine el plan de tratamiento a seguir. (22)

Otro hábito bucal deformante lo constituye el empuje o protracción lingual que no es más que 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.

La protracción lingual simple se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas, la 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 y la 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. (24,25)

La respiración bucal también constituye un hábito bucal deformante. La respiración es la actividad funcional más importante en el desarrollo de la dentición y del crecimiento de la cara. Una respiración oral puede aparecer como consecuencia de la reducción en el paso aéreo de la nariz o de la nasofaringe por circunstancias de tipo mecánico o alérgico. Pero en muchos respiradores orales no se encuentra una obstrucción de tipo mecánico. Un patrón respiratorio alterado puede modificar la postura de la cabeza, maxilares y lengua, alterando el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y dientes e influir en el crecimiento y posición de ambos.

La respiración oral va a conllevar una incompetencia labial, cambio en la postura cráneocervical para facilitar la respiración (flexión posterior de la cabeza) y con ello la mandíbula efectúa una rotación hacia atrás de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar. Si el periodo de respiración oral se prolonga, este cambio en la

postura de cabeza-mandíbula-lengua puede conducir a un cambio en el equilibrio de presiones sobre los dientes y los maxilares.

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. (23)

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. (19)

La succión o mordisqueo del labio, también llamado queilofagia se considera un hábito bucal deformante y 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. (23)

La Onicofagia es un hábito bucal deformante y se define según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como el hábito morboso de roerse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal. Aunque en muchos casos perdura hasta la edad adulta, la mayor incidencia de este mal hábito se da en la pubertad. Es más común en el sexo masculino que en el femenino, y ocurre con la siguiente frecuencia: 44-45% de

adolescente, 28% al 33% de niños entre 5 y 10 años, 19% al 29% de adultos jóvenes y 5% de adultos mayores.

Además, morderse las uñas puede resultar en el transporte de gérmenes que se ocultan bajo las uñas a la boca o viceversa, llevando a la hinchazón del dedo y en casos extremos, también da una mala presentación a las personas, debido a que las manos con las uñas comidas, son de muy mala presentación, pudiendo dar lugar a pus.

El mordedor compulsivo de uñas puede estar tentado a comer no sólo esta sino también la cutícula y la piel de alrededor, provocándose heridas por donde puede sufrir infecciones oportunistas micróbicas y virales. El hábito crónico de morderse las uñas es perjudicial a largo plazo para la sustancia adamantina frontal de los dientes, aumentando la caries en las zonas afectadas. Además puede modificar la arcada de acuerdo a la función que realizan los dientes al protruir la mandíbula, generando una mordida borde a borde. (26)

Se reconoce como hábito bucal deformante los hábitos posturales que son aquellas posiciones que adopta el niño durante las actividades diurnas y al dormir, que pueden afectar la posición de la mandíbula en relación con el cráneo, y originar asimetrías faciales, lateromentonismo, así como trastornos de la Articulación Temporomandibular.

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. (23,25)

Algunos autores opinan que también intervienen factores psicológicos pues muchos niños, frente a las perturbaciones emocionales, toman el hábito como medio de liberación de tensiones y llega a convertirse en una clara defensa contra los sentimientos de inseguridad, falta de amor y angustias. Para tratar un hábito el primer paso ha de ser la detección del agente causal, pues muchos hábitos son derivados de situaciones que, al ser detectadas y adecuadamente tratadas, pueden conllevar a la desaparición espontánea de este. (21)

Los escolares viven una etapa caracterizada por intensos procesos de aprendizaje, búsqueda de identidad propia y cambios cognoscitivos, emocionales y sociales. En esta etapa se forjan valores, actitudes y conductas frente a la vida y se construyen la base de los estilos de vida, por tanto la educación para la salud encuentra grandes desafíos y enormes posibilidades en las escuelas.

El proceso de control de los estados emocionales comienza desde épocas muy tempranas de la vida, y es influido por la familia, la escuela y la sociedad. Dichos estados se relacionan, fundamentalmente, con las necesidades biológicas y son sumamente complejos, dependen en gran medida del equilibrio de la vida social y psíquica del individuo.

Un incorrecto manejo de los mismos puede afectar la salud física y mental, por lo que se hacen imprescindibles herramientas psicológicas que se forman paulatinamente con la personalidad. La niñez y la adolescencia señalan las pautas de este proceso, que se hace más difícil en la medida que el contexto social se torna desfavorecedor.

Todo esto condiciona la aparición de "válvulas de escape", cuando la regulación de la actividad emocional no se encuentra lo suficientemente desarrollada y aparecen distintos tipos de desórdenes o desequilibrios, ya sea en el plano emocional, psicológico o conductual, los cuales se interrelacionan estrechamente. (27)

Los hábitos como formas de actividad pueden ser una de estas válvulas para calmar una determinada necesidad emocional. Estos se definen como acciones y movimientos que responden a un fin determinado, proporcionar placer o sentimientos de seguridad o estabilidad, entre otros. Estos actos son la automatización parcial de la ejecución y regulación de los movimientos dirigidos a un fin, y tienen un componente motor, sensorial y central.

Dentro de esta categoría, se emplazan los hábitos deformantes de la oclusión dentaria, que son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por actos de repetición frecuente, de forma voluntaria, consciente o instintiva en sus inicios y que al fijarse por el entrenamiento llegan a convertirse en inconscientes.

De manera general, estos hábitos producen interferencias, actuando como obstáculos en el proceso de crecimiento y desarrollo de las estructuras del aparato estomatognático (los componentes dentario, muscular y esquelético) y a consecuencia de ello, pueden ocasionar anomalías en la morfofisiología bucal. A su vez, estos hábitos al producir afectaciones a las posiciones dentarias óptimamente funcionales (oclusión), se consideran como uno de los factores etiológicos más comunes de las maloclusiones desde el siglo XIX. En fin, la presencia de los mismos suele considerarse como un factor de riesgo que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad a desarrollar maloclusiones en dependencia de la duración, intensidad y frecuencia de su práctica, pudiendo ser considerados incluso como fenómenos de naturaleza física, biológica y psicosocial. (28,29)

Las maloclusiones constituyen una de las principales afecciones de la cavidad bucal, ocupando el tercer lugar en escala de problemas de salud según la OMS. Se ha clasificado a las maloclusiones como estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio

físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente y lo hace tímido, retraído y hasta agresivo.

Por todos estos elementos, podemos suponer entonces que los desórdenes emocionales tienen amplia relación con los hábitos deformantes de la oclusión dentaria, tanto en la aparición como en la permanencia de estos; y a su vez, la práctica estos mismos hábitos y la aparición de maloclusiones trae aparejada la afectación psicológica del individuo.

El grado de alteración producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Además es importante la edad en que se inicia, de tal forma que mientras antes comience, mayor es el daño, pues a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.

Para el logro de la salud bucal resulta de gran importancia la detección temprana, la prevención y el control de los (HBD), muy comunes en los niños, pues estos constituyen una de las causas de maloclusiones.

Según la OMS, la maloclusión es una entidad patológica que ocupa el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal. A escala mundial su comportamiento oscila en rangos de 35 % a 75 %, con diferencias en el sexo y la edad; el apiñamiento constituye la anomalía más frecuente. (21)

La promoción de salud infantil a través de la escuela ha sido una importante meta de la OMS, de la Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura (UNESCO), del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de los organismos internacionales desde los decenios de 1950.

La prevención es la piedra angular de la atención médica en el mundo, razón por la cual la Estomatología debe ser cada vez más preventiva y educativa. La atención debe ir dirigida muy especialmente a la población

infantil, privilegiada con respecto a otros grupos de edades. Dada esta situación surge una gran variedad de posibilidades para desarrollar no solamente el trabajo clínico, sino también el trabajo educativo.

El primer y más importante pilar de la prevención en estomatología lo constituye la educación para la salud bucal. Como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y conducta, que parte de la detección de sus necesidades de aprendizaje e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y su comunidad.

Tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquier hábito resulta una tarea compleja, por lo que la cooperación de los padres es considerada la llave para la eliminación satisfactoria de los mismos. La motivación de padre e hijo es fundamental.

Las enfermedades bucodentales son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra comunidad y una vez establecidas son persistentes y no tienen curación espontánea, pero sí se pueden prevenir.

Constituye un propósito y motivación rebasar los marcos de nuestras instituciones para inculcar en los niños, padres y educadores la importancia del auto cuidado, la formación de estilos de vida saludables desde edades tempranas y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general. (1)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental del tipo pre experimental con el objetivo de implementar técnicas educativas que contribuyan a la eliminación de (HBD) en los escolares de la escuela primaria Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan municipio Chambas, en el período comprendido entre enero 2019 a junio 2020.

El universo estuvo constituido por 220 escolares que constituyen la matrícula total de la escuela Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan municipio Chambas y la muestra quedó constituida por 56 escolares que poseen (HBD), utilizándose como técnica estadística para la selección de la misma el muestreo no probabilístico intencional.

Se determinaron y tuvieron en cuenta para la selección de la muestra los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Escolares que presentaron hábitos bucales deformantes y contaron con el consentimiento de padres y/o tutores para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Escolares que sean trasladados a otro centro escolar.

La investigación consta de dos etapas, en una primera etapa de diagnóstico la muestra se dividió según sexo y edades. 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.

También se tuvo en cuenta lo que refirió cada niño, así como los maestros, 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 tragarán 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(o) si en el aula se mantenía algún niño con la boca abierta de forma permanente, y por la observación directa en cada niño de las características del cuadro clínico de este hábito. En los niños identificados como respiradores bucales se procedió a entrevistar 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. Se descartaron los niños que presentaban enfermedades nasofaríngeas.

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/o 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.

Para obtener la prevalencia se utilizó la siguiente fórmula:

$P = \frac{\text{No. de eventos}}{\text{No. de individuos totales}}$

No. de individuos totales

P= Prevalencia

N de eventos=niños que presentan hábitos bucales deformantes.

N de individuos totales= Matrícula total.

P= niños con presencia de hábitos bucales.

En una segunda etapa del estudio se procedió a implementar las técnicas educativas con una frecuencia semanal, donde se incorporaron niños, padres y educadores.

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 encuestas 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.

En la implementación de las técnicas educativas se hizo uso de herramientas claves como la comunicación bidireccional, persuasión participativa interactiva y la creatividad. Se involucraron niños, padres educadores.

Se emplearon diversas técnicas, si las clasificamos de acuerdo a los sentidos que tenemos para comunicar nos fueron: vivenciales (animación, análisis y reflexión grupal, de evaluación de conocimientos) y visuales (fotografías, láminas y modelos). Además se utilizaron juegos didácticos para realizar la mioterapia y reafirmar los conocimientos impartidos.

Se desarrollaron diez encuentros para los niños y en cuatro de ellos participaron los padres y educadores, con una duración aproximada de 30 minutos y una frecuencia semanal. Se coordinó con la dirección de la escuela el uso de un aula y el horario para las actividades.

Se aplicó a los niños, padres y educadores la encuesta de conocimientos sobre los hábitos deformantes bucales y las consecuencias del mantenimiento de estos en el normal desarrollo del aparato estomatognático la cual fue validada por criterios de expertos (especialistas de promoción, educación para la salud y psicólogos).

Principales variables de medición de respuesta:

Variable Independiente: Técnicas educativas. Conjunto de acciones con carácter didáctico que permite al individuo o grupo de individuos adquirir conocimientos partiendo siempre de la práctica. (30)

Variable Dependiente: eliminación de hábitos bucales deformantes en escolares.

1-Grupo de edades. (Cuantitativa continua)

- 1.1-De 4 a 5 años.
- 1.2-De 5 a 6 años.
- 1.3-De 6 a 7 años.
- 1.4-De 7 a 8 años.
- 1.5-De 8 a 9 años.
- 1.6-De 9 a 10 años.
- 1.7-De 10 a 11 años.
- 1.8-Mayores de 11 años.

2-Sexo. (Cualitativa nominal dicotómica)

- 2.1-Femenino.
- 2.2-Masculino.

3-Hábitos bucales deformantes en los escolares. (Cualitativa nominal politómica)

- 3.1-Protracción lingual.
- 3.2-Respiración Bucal.
- 3.3-Succión digital.
- 3.4-Succión de biberón y/o tete.

3.5-Onicofagia.

3.6-Hábitos posturales.

4-Presencia de Maloclusiones. (Cualitativa nominal dicotómica)

4.1-Sí.

4.2-No.

5-Prevalencia de los hábitos bucales deformantes. (Cualitativa nominal dicotómica)

5.1-Sí.

5.2-No.

6-Mantenimiento de los hábitos después de aplicadas las técnicas educativas. (Cualitativa nominal dicotómica)

6.1-Eliminado.

6.2-Mantenido.

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Métodos teóricos:

Histórico-lógico: permitió estudiar el surgimiento de los hábitos bucales deformantes desde la antigüedad hasta la actualidad.

Análisis-síntesis: se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Sistémico estructural funcional: permitió dar coherencia a la utilización de las técnicas educativas empleadas.

Métodos empíricos:

Observación: se utilizó para realizar el examen clínico y determinar presencia hábitos bucales deformantes y maloclusiones, además para

evaluar el abandono o mantenimiento de los hábitos. Se utilizó la luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales. (anexos 2,3 y 4)

Análisis documental: permitió realizar la revisión de las historias clínicas de los pacientes. Las variables de interés fueron recogidas y vaciadas a una Planilla de Recolección de la Información confeccionada al efecto (anexo 1).

Encuestas: se realizó a padres y educadores con el fin de determinar presencia de hábitos bucales deformantes en los escolares. (anexo5 y 6)

Técnicas y procedimientos estadísticos.

Se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se expresarán en porcentajes y la comunicación de los resultados del estudio se realizarán a través de tablas.

Parámetros éticos.

Al inicio de la investigación se entregó a padres y/o tutores de los escolares el modelo de consentimiento informado (anexo 7) explicándoles los objetivos de la investigación y los beneficios de la misma; se respetó y cumplió con los principios de la bioética, en los que se asegura la confidencialidad de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de escolares con diagnóstico de hábitos bucales deformantes según grupo de edades, escuela primaria Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan municipio Chambas, en el período comprendido entre enero 2019 a junio 2020.

Grupo de edades	No	%
De 4 a 5 años	9	16
De 5 a 6 años	6	10.7
De 6 a 7 años	4	7.1
De 7 a 8 años	8	14.2
De 8 a 9 años	2	3.5
De 9 a 10 años	10	17.8
De 10 a 11 años	5	8.9
Mayores de 11 años	12	21.8
Total	56	100

Fuente: Historia clínica

La tabla 1 muestra la distribución de escolares con diagnóstico de (HBD) según grupo de edades, predominando en el 21.8% los escolares mayores de 11 años y en menor medida 3.5% el grupo de edades entre 8 y 9 años. A pesar de los incesantes esfuerzos que ha realizado el MINSAP en cuanto a la prevención para la reducción de los problemas estomatológicos y dentro de ellos la eliminación de los (HBD) como factor principal de riesgo de maloclusiones, resulta evidente que aún se observa un incremento marcado en la práctica de estos en la edad escolar como lo demuestran nuestros resultados (tabla 1).

El conocimiento general sobre los (HBD) y los efectos negativos que estos traen consigo sobre el correcto desarrollo y crecimiento de la cavidad bucal varían sustancialmente los resultados en las etapas posteriores de vida, atribuibles a que los escolares viven una etapa caracterizada por intensos

procesos de aprendizaje, por la búsqueda de identidad propia y por cambios cognoscitivos. Además aprenden más rápido y eficazmente la enseñanza que es interesante y amena.

Otros estudios realizados por diferentes autores, donde se aprecian la alta prevalencia de estos hábitos perjudiciales en grupos de escolares de primaria, tal es el caso de un trabajo realizado en el municipio Habana Vieja en el cual coincide también con trabajos similares efectuados en España y Chile, en los cuales predominan los (HBD) en los niños de estas edades. (31, 19,20)

La alta frecuencia de malos hábitos y de maloclusiones indica la necesidad que el estomatólogo sea capaz de detectar malos hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que mientras antes sean diagnosticadas y tratadas, menor será el daño que provoquen. El abordaje de los problemas de maloclusiones, es frecuentemente realizado sobre niños en dentición mixta y permanente, pero en la revisión de la literatura se encuentran en menor cantidad los estudios que al respecto se realizan en niños con dentición temporal, sin embargo debemos recordar que estas alteraciones suelen comenzar en edades tempranas, lo cual nos da una idea de la magnitud del problema. Existe una elevada presencia de niños portadores de (HBD) que desde edades tempranas asisten a la consulta de ortodoncia para recibir tratamiento correctivo por maloclusiones. En cuanto a la frecuencia de (HBD) según edad, los resultados de esta investigación coinciden con los de Reyes Romagosa en una población de mayor a 11 años donde encontró la mayor incidencia de hábitos, la alta frecuencia de anomalías en esta edad es un indicativo de que estos niños necesitan un tratamiento preventivo e interceptivo rápidamente, pues ya en ellos se están estableciendo los patrones de oclusión que perduran para toda la vida. (32)

Tabla 2. Distribución de escolares según sexo.

Sexo	No	%
Femenino	31	55.3
Masculino	25	44.7
Total	56	100

Fuente: Historia clínica

En la tabla 2 se distribuyen los escolares según sexo predominando en el 55.3% el sexo femenino sobre el masculino.

Varios estudios, incluyendo los realizados en las provincias de Santiago de Cuba y Camagüey, evidencian que estos hábitos, especialmente los de succión y en menor parte los de respiración bucal, los mayores porcentajes corresponden a las féminas y plantean que se debe a que estas tratan de llamar más la atención, por ser las niñas el sexo más delicado, ellas son más tranquilas y aprenden juegos pasivos, hallan una posible asociación a la sobreprotección que ejercen los padres sobre las niñas, que en vez de corregirles los malos hábitos, los estimulan o elogian, pudiendo incluso parecer como un acto agradable y tierno ante sus ojos. (2,27)

Con relación a este resultado, Montiel tiene un planteamiento diferente, este autor afirma que la vida moderna está sometida a un alto grado de estrés, donde el desarrollo de las enfermedades relacionadas con emociones y tensiones es muy común, por lo que su estudio le permitió comprobar que los hábitos afectaron más al sexo femenino, gracias a las diferentes educaciones sexistas que se imponen como norma y necesidad, de manera que a las mujeres se les somete a más indicadores de presión y supresión psicosocial, pudiendo aumentar el grado de desequilibrio emocional de las mismas. (33)

Estudios realizados en Cuba en 1998, demuestran que la cifra de afectados por maloclusiones oscila entre 27,1 y 66,1 %, con prevalencia del sexo femenino. (4)

En otro estudio, realizado por León Caballero, se aprecia el mismo resultado en cuanto al sexo femenino. (34)

Tabla 3. Distribución de escolares según presencia de hábitos bucales deformantes.

Hábitos bucales deformantes	No	%
Protracción Lingual	5	8.9
Respiración Bucal	8	14.2
Succión Digital	31	55.3
Succión de Biberón y/o Tete	16	28.5
Onicofagia	12	21.4
Hábitos Posturales	2	3.5

Fuente: observación y encuesta

En la tabla 3 se distribuyen los escolares según presencia de (HBD) predominando en el 55.3% la succión digital seguido de la succión de biberón y/o tete en el 28.5%, la onicofagia en el 21.4% y en menor medida 3.5% los hábitos posturales.

La persistencia de hábitos como la succión digital y/o biberón, la aparición de onicofagia 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. (35)

En 1996, encuestas realizadas en Cuba revelaron que el 68,15 % de los niños presentaron (HBD). Un estudio similar en el 2001 en el Centro Escolar "26 de Julio" en Santiago de Cuba en niños de seis años de edad,

aportó datos alarmantes de maloclusión (71,30 %) y el 28,50 % de estos escolares eran succionadores digitales. La promoción de salud infantil, a través de la escuela, ha sido una importante meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de los organismos internacionales desde los decenios de 1950. El modelo de atención de estomatología, tiene como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y en la comunidad, con la óptima utilización de los recursos disponibles y con la participación activa de las comunidades organizadas en actividades orientadas hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades. (4) En un estudio realizado en Chile donde se involucran niños de 3 a 6 años de edad, plantea que la succión del biberón es el hábito que más prevalece en estas edades. (20) Estos resultados son similares a los de este trabajo, donde hubo un predominio de este hábito, otros estudios realizados en Cuba demuestran estos mismos resultados. (2,27)

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.

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

En estudios realizados por Conde y Mayase logra una elevada reducción de la práctica de estos hábitos con el empleo de diferentes métodos educativos. (36,21)

Tabla 4. Distribución de escolares según presencia de maloclusiones.

Presencia de Maloclusiones	No	%
Si	16	28.5
No	40	71.5
Total	56	100

Fuente: Observación

La tabla 4 expone la distribución de escolares según presencia de maloclusiones predominando en el 71.5% los escolares que no presentan maloclusiones, y en un 28.5% los escolares que si la presentan.

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 (HBD), se hace necesario que la ortodoncia actual tenga dentro de sus objetivos cambiar modos y estilos de vida mediante la educación sanitaria ofrecida a la población, creando actitudes y motivaciones.

En Cuba, existe el Programa de Atención Estomatológica, en él se recogen las actividades relacionadas con la promoción de salud y la prevención de enfermedades, estas acciones están dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, brindando así, a la familia, las herramientas necesarias para incrementar los conocimientos sobre los problemas de salud que se identifiquen en la comunidad, como es el caso de las maloclusiones, donde se ha demostrado que mediante la promoción sobre lo perjudicial de los (HBD), se puede prevenir la instalación de anomalías, lo cual se traduce en calidad de vida para la familia.

Es relevante no solo por el número de personas que pueden experimentar HBD y por consiguiente algún tipo de maloclusión, sino además, por los efectos anatomofisiológicos y estéticos que causa su establecimiento y desarrollo en la cavidad oral. (4)

Estudios realizados en Santiago de Cuba de manera reciente coinciden con los resultados de este estudio, los autores de esta investigación plantean que entre los factores externos que causan la maloclusión, los hábitos de succión son los más nocivos, provocando alteraciones en el patrón normal de crecimiento óseo, mal posiciones dentarias, desórdenes fisiológicos de la fonación y respiración, por otra parte, agravan la maloclusión tornando más difícil el tratamiento y la contención. (2)

Estos hábitos deformantes de realizarse de manera mantenida puede producirse maloclusión, caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior y un arco superior estrecho, lo que facilita, a su vez, la instauración del hábito de deglución infantil o lengua protráctil. (10)

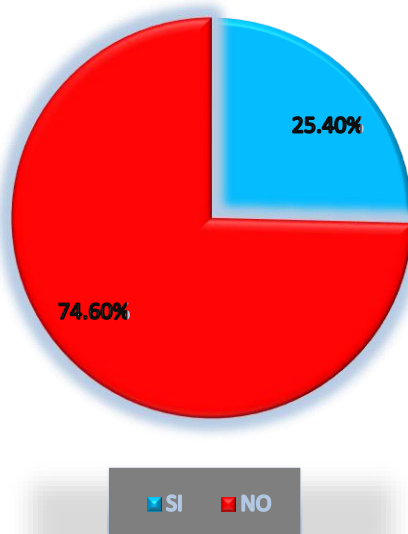


Gráfico 1. Prevalencia de los hábitos bucales deformantes en escolares.

Fuente: Observación y entrevista

En el gráfico 1 se muestra la prevalencia de los (HBD) en escolares, el total de la matrícula de la escuela primaria es 220 de ellos 164 que representan el 74.6% no presentan (HBD) y 56 para el 25.4%.

Para determinar la prevalencia se utilizó la fórmula:

$P = \frac{\text{No. de eventos}}{\text{No. de individuos totales}}$

No. de individuos totales

P= Prevalencia

N de eventos=niños que presentan hábitos bucales deformantes.

N de individuos totales= Matrícula total de la escuela primaria Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan municipio Chambas.

$P = \frac{56 \text{ niños con presencia de hábitos bucales}}{220 \text{ niños matrícula total de la escuela primaria Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan municipio Chambas}} = 0.25.$

Se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado, y se denomina únicamente como

prevalencia (p). Como todas las proporciones, no tienen dimensiones y nunca puede tomar valores menores de 0 o mayores de 1. A menudo, se expresa como casos por 1 000 o por 100 habitantes.

$0.25 \times 100 = 25$ este indicador nos quiere decir que de cada 100 niños 25, padecen (HBD) en un determinado momento.

Las enfermedades bucodentales son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en la actualidad siendo los (HBD) de alta prevalencia, una vez establecidos son persistentes y no tienen curación espontánea, pero sí se pueden prevenir.

Se han realizado innumerables estudios sobre la prevalencia de (HBD) y el desarrollo de las maloclusiones, sin embargo, por su influencia en el desenlace de estas anomalías en la actualidad continúan las investigaciones sobre este tema. Existen muchas evidencias que afirman que los (HBD) pueden dañar las estructuras bucales y desencadenar maloclusiones. También se sabe que las deformaciones dento-esqueléticas que producen estos hábitos dependerán del tiempo, la intensidad y frecuencia de éstos. Pousa MS y col, consideran que a pesar que existe una relación entre los hábitos orales y la presencia de maloclusiones, estos hábitos no son un factor indispensable para la aparición de las mismas, porque se ha observado que muchos niños han presentado el factor causal de hábitos con una oclusión compensada. Nappa A, afirma que los hábitos de succión digital, las disfunciones respiratorias, de la deglución y las trabas oclusales, pueden alterar el crecimiento tanto en déficit como exceso. En la literatura se mencionan otros hábitos bucales como la queilofagia, onicofagia, el mordisqueo de objetos, los hábitos posturales y otros, que aunque son menos frecuentes y no producen grandes alteraciones, no dejan de tener importancia como factores de riesgo de anomalías del complejo dentomaxilofacial, ya que pueden desencadenar anomalías más severas cuando se presentan asociados a otros factores.

Constituye un propósito y motivación rebasar los marcos de las instituciones para inculcar en los niños, padres y educadores la importancia del auto cuidado, la formación de estilos de vida saludables desde edades tempranas y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general. (19)

Tabla 5. Distribución de escolares según presencia de los hábitos después de la implementación de las técnicas educativas.

Presencia de los hábitos	No	%
Eliminado	29	51.7
Mantenido	27	48.3
Total	56	100

Fuente: Observación

La tabla 6 expone la distribución de escolares según presencia de los hábitos después de la implementación de las técnicas educativas, en el 51.7% de los escolares se eliminaron los (HBD) y se mantuvieron en el 48.3%.

El incremento de los conocimientos influye en el cambio de actitudes y prácticas por lo que los resultados de este estudio coinciden con el de Suárez quien aplicó el programa Marcolin bucal y logró modificar (HBD) en el 80% de los niños incluidos en la intervención.(37)

Díaz del Mazo, en Santiago de Cuba, generalizó una escuela de salud bucal para adolescentes, con vistas a modificar conocimientos y cambiar actitudes, utilizando un instructivo capacitante, técnicas participativas y juegos didácticos. (38)

Los padres se ven abrumados en su tarea educativa, ya sea por falta de tiempo o dificultades a la hora de contar con estrategias efectivas para

reorientar las conductas inadecuadas de sus hijos. Los educadores sienten que sus esfuerzos son inútiles sin el apoyo y el compromiso de la familia. Es por esto que se hace imprescindible la formación para poder encontrar equilibrio, seguridad y eficacia en la educación familiar. (16)

Se pudo apreciar que después de la implementación de las técnicas educativas se modificaron actitudes y se conoció más acerca de lo perjudicial que resultan los hábitos para la salud bucal en cada uno de ellos, en este tipo de estudio, se pone de manifiesto la importancia de la comunicación como actividad humana fundamental que permite la cohesión de cualquier grupo social y de la sociedad en su conjunto. Hablar con orden, claridad, con entusiasmo, con persuasión, en resumidas cuentas con eficacia, no es un lujo sino una necesidad.

La eficacia de la intervención oportuna en el diagnóstico y tratamiento de los (HBD) para prevenir las maloclusiones ha sido tratado por varios autores, plantean que con un trabajo oportuno y pertinente se puede evitar el agravamiento del cuadro clínico, la remisión al segundo nivel y la inversión de mayor cantidad de recursos cuando los tratamientos se hacen muy complicados. (40)

Los resultados de esta investigación mostraron que la modificación de conocimientos sobre (HBD), estuvo favorecido por la actividad grupal realizada, que requieren más tiempo, pero los efectos psicológicos son mayores, quien trabaja en grupo se siente más seguro, satisfecho y aceptado, el grupo a su vez influye en los valores, actitudes y modelos de conocimientos, no es posible modificar la realidad con esfuerzos individuales, es preciso a través de grupos bien orientados y concientizados.

CONCLUSIONES

En el estudio existió predominio de los escolares mayores de 11 años y el sexo femenino sobre el masculino.

Los hábitos bucales deformantes que más se evidenciaron fueron la succión digital seguido de la succión de biberón y/o tete y la onicofagia.

Predominaron los escolares sin maloclusiones, seguido de escolares con mordida abierta anterior.

La prevalencia de hábitos bucales deformantes fue de 0.25.

La implementación de las técnicas educativas fue efectiva por la reducción significativa de los hábitos bucales deformantes, se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para el Estomatólogo General Integral.

RECOMENDACIONES

Continuar realizando estudios relacionados con los hábitos bucales deformantes que promuevan la labor preventiva y conlleven al desarrollo de programas de prevención, que permitan mejorar la calidad de vida de la población infantil y actuar sobre la esfera cognoscitiva de los individuos para promover estilos de vida saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Piédrola G, et al. Medicina preventiva y salud pública. 8 ed. Barcelona; 2016. pp. 762-82.
- 2-Limonta Vidal ER, Araújo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2015;4(3):9-15.
- 3-Mayoral J, Mayoral I. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. 2 ed. Barcelona: Editora Laboral; 1970. p.189.
- 4-Fernández Torres CM, Acosta Coutin. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev. Cubana Ortod2017;79-83. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 5-Tripaldi DA. Prevención: ¿por qué y para qué? RevOdontol2016; 1(3):9-10. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 6-Ortega Valdés G, Rosa Rodríguez R, Negrín Ramos V. Hábitos bucales incorrectos de succión al año de edad. Rev. Cubana Ortod2018; 81(1):47-9. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 7-Soto Cantero L, García González B, González Fernández M. La fuerza labial superior y sus variaciones con la bioterapia. Rev. Cubana Estomatol 2003; 40(3). [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 8-Mora Pérez C, López Fernández R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. Rev. Cubana Ortodoncia 2015; 16(1):38-46. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 9-Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgos asociados con la maloclusión. Rev. Cubana Estomatol 2015;(1). [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

- 10-Graber TM, Swain BF. Ortodoncia. Conceptos y técnicas. T. 1. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984. pp. 11-16.
- 11-Díaz Pizan ME. Diastema medio interincisal y su relación con el frenillo labial superior: una revisión. Rev. Estomatología Herediana 2016; 14(1-2). Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 12-Mayoral J, Mayoral G. Ortodoncia: principios fundamentales y práctica. 4 ed. Barcelona: Labor; 1983.
- 13-Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. pp. 252-62.
- 14-BorrotoAbal O, Mora Pérez C, Araújo Liviano M, López Fernández R. Nivel de conocimiento de educación para la salud en Ortodoncia de trabajadores de Círculos Infantiles. Rev. Cubana Ortod 2017; 16(2):83-9. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 15-Mora C, López R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. Rev. Cubana Ortod 2018; 16(1):38-46. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 16-Rodríguez Almeida R de, Almeida P. Etiología das más oclusões: causas hereditárias e congénitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais) RevDentPressOdontOrtop Facial 2017; 5(6):107-29. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3036/1/1080224677.pdf>
- 17-Enmerich A, Fonseca L, Elías AM, Vieira de Medeiros U. Relación entre hábitos bucales, alteraciones oronasofaríngeas y maloclusión en niños de pre-escolar en Victoria, Espírito Santo, Brasil. CadSaude Pública 2016; 20(3).
- 18-Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev. Cubana Ortod 2016;

15(2):66-70. [citado: 10 de mayo de 2019] Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

19-Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Centro de Salud Serrenio. Hospital Clínico Universitario. Facultad Médica y Odontológica de Valencia, España 2015; 62(03):261-5.

20-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 2016; 70(6). [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

21-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, 2002. Rev. Cubana Estomatol 2004;(2). [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

22-García, D. C. (febrero de 2017). *Hábitos orales*. Obtenido de hábitos orales: <http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-alud/CSFebrero2017.pdf>

23-González, M., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (octubre de 2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. [citado: 10 de mayo de 2019] Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

24-Proffit WR. Ortodoncia, Teórica y práctica. 2 ed. Madrid: MosbyDagma; 1996. pp. 125.

25-Bayardo RE, Mejía JJ, Orozco S, Montry K. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. Revista ADM 2005; 52 (1):22-6. [citado: 16 de marzo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

26-Ojeda Léonard, C., Espinoza Rojo, A., & Biotti Picand, J. (2014). Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-OMS.

27-Pavon.C.M, Puig.R.L, C., & Labrada.M.S. (s.f.). Tratamientos Psicológicos Alternativos Para Eliminar El Hábito De Succión Digital Complicada. Revista "Archivo Médico de Camagüey". 2016 [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

28-Rodriguez Pérez, C. M., Martínez, F., & Fernández., R. L. (enero de 2015). Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. Obtenido de Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3036/1/1080224677.pdf>

29-Stemper E, Biondi AM, Cortese G. Odontología desde un enfoque integral. Rev. Prismas 2000; CT 7247(76):1.8. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DBI/DO302.htm>.

30-Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud en las Américas. Informe Anual del director. [Monografía en Internet]. Washington D,C.: OMS; 2011 [citado: 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DBI/DO302.htm>.

31-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 (1-2):37-41. [citado: 16 de marzo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

- 32-Reyes Romagosa DE, Rosales K, Roselló Salcedo O, García Arias DM. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en escolares. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 – 2005. Acta Odontológica Venezolana. [revista en internet].2017[citado: 10 de mayo de 2019]47(3):[aprox. 10 p].Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucales_deformantes.asp#top
- 33- Montiel Jaime JM. Frecuencia de maloclusiones y asociación con hábitos perniciosos en una población de niños Mexicanos. Rev. ADM. 2004;LXI(6): 209-214.
- 34-Fernández Ysla R, Alemán Sánchez PC, González Valdez D, Coutin Marie G. Influencia de los hábitos bucales deformantes en la producción de anomalías dentomaxilofaciales. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CDROM]. Ciudad de La Habana: Desoft; 2005. [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 35-Popovich F, Thompson FG. Thumb and fingensucking: its relation to malocclusion. Am J Ortho 1999; 63(5):148-55.
- 36-Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev. Cubana Ortod2000;15(2):66-70.[citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 37-Suárez Esterez L, Bosch Utra K. Marcolin bucal. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM].Ciudad de La Habana: Desoff; 2005. [citado: 10 de mayo de 2019]Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 38-Díaz del Mazo L, Arza Lahens M, López Vantour A, Miniet Díaz E, Legrá Matos S, Cobas Pérez N. Escuelas de saludbucal en adolescentes. Santiago de Cuba, 2001-2004. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-

ROM].[citado: 10 de mayo de 2019]Disponible en:
www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

39- Feria NR, DiazMorell JE, Rodríguez Carracedo EM, et al. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. Correo Científico Médico de Holguín.2017 Mar 13: 18(4): 15-1.

40-Cepero Z., Hidalgo-Gato I., Duque de Estrada J. Pérez J., Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes, [citado: 10 de mayo de 2019] Disponible en:
www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de revisión de Historia Clínica.

1-Grupo de edades.

- 1.1-De 4 a 5 años.
- 1.2-De 5 a 6 años.
- 1.3-De 6 a 7 años.
- 1.4-De 7 a 8 años.
- 1.5-De 8 a 9 años.
- 1.6-De 9 a 10 años.
- 1.7-De 10 a 11 años.
- 1.8-Mayores de 11 años.

2-Sexo.

- 2.1-Femenino.
- 2.2-Masculino.

3-Hábitos bucales deformantes en los escolares.

- 3.1-Protracción lingual.
- 3.2-Respiración Bucal.
- 3.3-Succión digital.
- 3.4-Succión de biberón y/o tete.
- 3.5-Onicofagia.
- 3.6-Hábitos posturales.

ANEXOS

Anexo 2. Guía de observación.

Objetivo: Determinar hábitos bucales deformantes en los escolares.

Fecha:

Hora:

Lugar:

I-Hábitos bucales deformantes en los escolares.

- 1.1-Protracción lingual.
- 1.2-Respiración Bucal.
- 1.3-Succión digital.
- 1.4-Succión de biberón y/o tete.
- 1.5-Onicofagia.
- 1.6-Hábitos posturales.

ANEXOS

Anexo 3. Guía de observación.

Objetivo: Determinar presencia de maloclusiones en los escolares.

Fecha:

Hora:

Lugar:

I-Presencia de Maloclusiones.

- 1.1- Mordida abierta anterior.
- 1.2- Mordida cruzada unilateral.
- 1.3- Mordida cruzada bilateral.
- 1.4- Mordida profunda.
- 1.5- No presentan maloclusión.

ANEXOS

Anexo 4. Guía de observación.

Objetivo: Determinar en los escolares que poseen hábitos deformantes el mantenimiento o eliminación de los mismos.

Fecha:

Hora:

Lugar:

I-Mantenimiento de los hábitos después de aplicado las técnicas educativas.

1.1-Eliminado ____

1.2-Mantenido ____

ANEXOS

Anexo 5. Encuesta a padres.

Nos encontramos realizando una investigación relacionada con los hábitos bucales deformantes en la edad escolar necesitamos sea sincero al contestar las interrogantes que le realizaremos, su cooperación nos ayudará en la investigación. Gracias.

1-Ha notado que su hijo/a traga con dificultad.

Si___ NO___

2-¿Ha observado si su hijo/a respira más por la boca?

Si___ NO___

3-¿Su hijo/a se chupa los dedos?

Si___ NO___

4-¿Qué dedo ha observado que se chupa el niño con frecuencia?

Índice___ Pulgar___ Otro___

5-¿Su hijo/a chupa biberón y/o tete?

Si___ NO___

6-¿Ha observado si su hijo/a se muerde las uñas?

Si___ NO___

7-¿Su hijo/a mantiene habitualmente una postura inadecuada?

Si___ NO___

ANEXOS

Anexo 6. Encuesta a educadores.

Nos encontramos realizando una investigación relacionada con los hábitos bucales deformantes en la edad escolar necesitamos sea sincero al contestar las interrogantes que le realizaremos, su cooperación nos ayudará en la investigación. Gracias.

1-Ha notado que algún escolar de este grupo traga con dificultad.

Si____ NO____

¿Cuál o cuáles?_____

2-¿Ha observado que algún escolar de este grupo respira más por la boca?

Si____ NO____

¿Cuál o cuáles?_____

3-¿Ha observado que algún escolar de este grupo se chupa los dedos?

Si____ NO____

¿Cuál o cuáles?_____

4-¿Qué dedo ha observado que se chupan los escolares con frecuencia?

Índice____ Pulgar____ Otro____

5-¿Ha observado que algún escolar de este grupo chupa biberón y/o tete?

Si____ NO____

¿Cuál o cuáles?_____

6-¿Ha observado que algún escolar de este grupo se muerde las uñas?

Si____ NO____

¿Cuál o cuáles?_____

7-¿Ha observado que algún escolar de este grupo mantiene habitualmente una postura inadecuada?

Si____ NO____

¿Cuál o cuáles?_____

ANEXOS

Anexo 7. Consentimiento de participación en la investigación.

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para que mi hijo/a participe en la investigación que tiene como título: Técnicas educativas que contribuyan a la eliminación de hábitos bucales deformantes en la edad escolar.

Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor/a _____ quien me ha informado que la misma tiene como objetivo principal implementar técnicas educativas que contribuyan a la eliminación de hábitos bucales deformantes en los escolares de la escuela primaria Marcelo Salado Lastre de Punta San Juan municipio Chambas, en el período comprendido entre enero 2019 a junio 2020.

Me han hecho saber que su participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar su participación en el mismo no traerá consecuencias negativas.

Tengo el derecho de retirar a mi hijo/a de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el estomatólogo que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 202__.

Participante: _____ Firma: _____

Estomatólogo: _____ Firma: _____

ANEXOS

Anexo 8. Técnicas educativas.

Técnica Educativa	Objetivo general	Acciones
Primer encuentro A conocernos nosotros	Describir el contenido y los propósitos del trabajo en equipo.	Lograr que los integrantes del grupo se conozcan e integren de manera óptima y desarrollar un clima socio-psicológico positivo, que ayude en la etapa de acercamiento.
Segundo encuentro Mi amigo el cepillo	Demostrar la Importancia del cepillado dental y su frecuencia.	Identificación de los momentos más importantes del cepillado dental, explicando la importancia del cepillado dental, así como su frecuencia.
Tercer encuentro ¡Aprendemos jugando!	Explicar la importancia que tiene ingerir una dieta balanceada para la salud bucal.	Se debe llamar la atención sobre los alimentos más importantes a consumir y las medidas higiénicas para mantener una buena salud bucal, evitando alimentos cariogénicos
Cuarto encuentro ¡Seamos sinceros!	Explicar la nocividad de los hábitos bucales deformantes.	Se debe lograr a través del juego que los escolares expongan que son portadores de hábitos bucales deformantes y se les explicará lo perjudicial de cada uno de ellos.
Quinto encuentro Fotógrafos y pintores.	Identificar maloclusiones	Se toman fotos o se dibujan caricaturas de la cara de cada integrante del grupo identificando rasgos que indiquen que tienen maloclusiones dentales, se les explica que es consecuencia de esos hábitos bucales que poseen.
Sexto encuentro Estimulémonos	Brindar técnicas y recursos psicológicos que permitan la eliminación de los hábitos	Establecer compromisos que le permitan obtener estímulos según los días que vayan abandonando el hábito que poseen.
Séptimo encuentro Lluvia de ideas	Elaborar un listado de los principales problemas y necesidades que identifica el grupo en cuanto a los hábitos.	Mediante la participación en grupo concientizar a los escolares, maestros y padres y/o tutores de los principales problemas que los afectan.
Octavo encuentro Yo también quiero ser un niño sano	Identificar los beneficios que trae consigo tener una óptima salud bucal	Brindar argumentos sobre la importancia de mantener una buena salud bucal y las contribuciones que ello trae consigo.

Noveno encuentro El dentista y yo	Eliminar o disminuir notablemente la fobia de los escolares hacia el estomatólogo	Hacer comprender la importancia que tienen las visitas a menudo al estomatólogo así como la buena relación entre paciente-profesional. Inculcarles a los padres y/o tutores sobre la necesidad de llevar al niño periódicamente al estomatólogo para desarrollar en él, conductas saludables y prevenir alteraciones.
Décimo encuentro Actividad deportiva	Desarrollar juegos beneficiosos para los escolares	Planear por medio del juego y la diversión un ambiente favorable que contribuya a la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades que traigan aparejadas buenas conductas sanitarias.

AVAL DEL TUTOR.

Por medio de la presente autorizo que el Trabajo de Terminación de Especialidad **Técnicas Educativas que contribuyan a la eliminación de hábitos bucales deformantes en la edad escolar**, del autor Dr. Ernesto Espino Ortega, en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral sea presentado al Acto de Defensa.

Para que así conste, y en virtud de los derechos que se me conceden como tutor de la tesis firmo la presente certificación en la ciudad de Morón, a los 6 días del mes de noviembre del año 2020.

Dr. Yan Alberto Marichal Martínez.