

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Estrategia de intervención terapéutica en niños de 6 a 9 años de la escuela primaria “Ricardo Companioni Romero”, municipio Morón.

AUTOR: Dra. Yanet Matos Peñaranda

2014

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Estrategia de intervención terapéutica en niños de 6 a 9 años de la escuela primaria "Ricardo Companioni Romero", municipio Morón.

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en
Estomatología General Integral

AUTOR: Dra. Yanet Matos Peñaranda

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Sur. Morón

TUTOR: Dra. MsC. Yilian Quintero Herrería. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Filial de Ciencias de la Salud
"Arley Hernández Moreira". Morón

2014

“En prever está todo el arte de salvar”

José Martí

Dedicatoria

*A mi hijo, mi mayor tesoro, inspiración de mi superación
profesional y de todos mis sacrificios en la vida.*

*A mi familia por su incondicionalidad, comprensión y total apoyo
en todo momento.*

Agradecimientos

Sólo los que han tenido la oportunidad de realizar un trabajo de esta índole, comprenden lo difícil que resulta escribir en aras de agradecer. Por ello de antemano quiero decir: ¡Gracias a todos!

Deseo ofrecer mi más sincero agradecimiento a la Dra. Yilian Quintero Herrería, por su incondicional ayuda y enseñanza durante el desarrollo de este trabajo.

A mi tía, Dra

A los escolares y padres sin los cuales no hubiese sido posible la ejecución de esta investigación.

Hago extensiva mi más franca gratitud a todos los que de una forma u otra me apoyaron a seguir adelante, a los que me alentaron a pesar de tantas incertidumbres y vicisitudes.

Muchas gracias.

RESUMEN

Indudablemente, los hábitos bucales deformantes son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o distorsiones dentomaxilofaciales, lo que constituye un problema de salud en la población y por la estrecha relación que existe entre estas y la persistencia de hábitos bucales, realizamos una intervención terapéutica en niños de 6 a 9 años afectados por estos. Se ejecutó un estudio pre-experimental de intervención del tipo antes-después, en la escuela primaria "Ricardo Companioni Romero" del área de salud sur del Municipio Morón, provincia de Ciego de Ávila, en el período comprendido por el curso escolar 2013-2014. La muestra estuvo constituida por 67 niños de primero a cuarto grados que practicaban hábitos bucales deformantes. La estrategia de intervención fue efectiva, logrando disminuir la incidencia de los hábitos bucales deformantes en los niños estudiados. La mayor frecuencia de escolares portadores de hábitos bucales deformantes de primero a cuarto grados correspondió al sexo femenino. Se observó el predominio de la onicofagia en relación con el resto de los hábitos, así como el hecho de que al finalizar la intervención disminuyó la presencia de estos.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	6
MATERIAL Y MÉTODO	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS.....	42

INTRODUCCIÓN

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. (1)

Los hábitos bucales suelen considerarse reacciones corporales automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Estos hábitos bucales son causas de presiones desequilibradas y dañinas ejercitadas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, así como de cambios potenciales en el emplazamiento de los dientes y en oclusiones, que pueden volverse anormales si se continúan los hábitos a largo plazo. Entre los más frecuentes se encuentran: succión digital, chupón y biberón, hábitos labiales, proyección lingual, respiración bucal, onicofagia. (2)

Se define como hábito la costumbre o práctica adquirida por la repetición continua de un mismo acto, en el cual cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente a lo inconsciente. (3, 4)

Según refiere Moyers RE ⁽⁵⁾, los hábitos son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden, todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular. Los hábitos 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.

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, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, la interposición lingual en reposo, deglución anormal, la onicofagia, la queilofagia y otros más. Estos hábitos han sido relacionados como factores etiológicos del desencadenamiento de maloclusiones y 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. (6)

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. (7)

Muchas son las enfermedades que causan trastornos en el aparato estomatognático y que atentan con la integridad funcional del mismo. Ejemplo de ellas son las maloclusiones. A principios de siglo se decía que las mismas 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. Su comportamiento a escala mundial oscila en rangos de 35 % a 75 %, con diferencias en el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, que contribuye a la maloclusión aproximadamente en un 40 % a un 85 % de los casos. Una de las causas

de esta enfermedad son los hábitos bucales deformantes, frecuentes en edades tempranas. (8)

En Cuba, según estudios realizados en esta década, la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. Según una encuesta nacional realizada en 1998, de un total de 1197 encuestados en las edades de 5, 12 y 15 años, el porcentaje de afectados fue de 29 %, 45 % y 35 % respectivamente, para un total de 36,3 %; el sexo más afectado fue el femenino (52,6 %), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas. (9)

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. (10)

Muchos 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. (11)

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. (12,13)

En la práctica estomatológica avileña, se han realizado numerosos estudios sobre hábitos bucales deformantes y se aprecia gran número de niños portadores de dichos hábitos. Los escolares de las escuelas primarias del municipio Morón no están exentos de las consecuencias de la práctica de estos hábitos por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación:

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes en los niños de la Escuela "Ricardo Companioni Romero".

Esta pregunta permite formular la siguiente hipótesis:

Si se realiza una intervención terapéutica en estos niños, con previo diagnóstico de sus dificultades, se logrará una participación activa y consciente de los mismos con vistas a proteger su salud bucal y general, elevando su nivel de conocimiento sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes.

Para dar respuesta al problema y a la hipótesis de esta investigación se estructuraron los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Implementar una estrategia de intervención terapéutica a los niños de 1ro a 4to grado con hábitos bucales deformantes, de la Escuela primaria "Ricardo Companioni Romero" del municipio Morón.

Objetivos Específicos:

1. Diagnosticar a los niños con hábitos bucales deformantes de 1ro a 4to grado de la Escuela primaria "Ricardo Companioni Romero" del municipio Morón.
2. Identificar el tipo de habito bucal deformante.
3. Diagnosticar el nivel de conocimientos de los escolares sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.
4. Diseñar y desarrollar la estrategia de intervención terapéutica.
5. Evaluar la estrategia de intervención terapéutica.

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son riesgo de vida, pero son consideradas un problema de salud pública por su prevalencia e incidencia, según la Organización Mundial de Salud (OMS). Ocupan el tercer lugar como problema de salud oral. (14,15)

Los hábitos bucales deformantes se consideran como uno de los factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. (16) 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 (17,18); tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja (5,19). 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. (20, 21)

Resultan innumerables los autores que han realizado estudios en el pasado siglo sobre la prevalencia de hábitos bucales deformantes y el desarrollo de las maloclusiones; sin embargo por su importancia en el desencadenamiento de estas anomalías en la actualidad continúan las investigaciones sobre este tema. (22)

Definimos maloclusión como cualquier alteración de la relación de oclusión, y ocurre como consecuencia de las anomalías de forma y función de los tejidos blandos, de los maxilares, de los dientes y de la articulación temporomandibular. Es decir cualquier desviación de los dientes de su oclusión ideal. Varía de unas personas a otras en intensidad y gravedad, pudiendo ir desde una única rotación o mal posición de un solo diente

hasta el apiñamiento de todos los dientes e incluso hasta la relación anómala de una arcada con la otra. También la relación inarmónica de los huesos de la base del cráneo, bien por la alteración del hueso basal o bien por alteración del hueso alveolar tanto mandibular como maxilar. Por lo tanto las maloclusiones implican a todas las estructuras del aparato estomatognático. (23)

Todas las funciones orales pueden ser ejercitadas de forma correcta en la época adecuada pero nos vemos enfrentados con frecuencia a ayudar cuando los padres piden consejo profesional para el manejo de hábitos orales que por alguna razón son "inconvenientes" o francamente deletéreos. (24,25)

Los hábitos que son motivo de consulta frecuente son: succión digital, respiración bucal, queilofagia, onicofagia, y con menor frecuencia consultan por hábitos de: postura mandibular inadecuada, gesticulación o tics orofaciales, apnea del sueño, succión lingual, disfunción masticatoria, entre otros. Un hábito muy perjudicial para el desarrollo adecuado de la oclusión y que casi nunca es motivo específico de consulta a pesar de su alta incidencia es el hábito de deglución atípica, con todas sus posibles variaciones: interposición lingual anterior o posterior, empuje lingual superior, medio o inferior, hipertonia comisural, buccinación o mentoniana. (26)

En los casos de succión digital, la mejor opción es el tratamiento propuesto por el Dr. David Ordóñez Rueda, que consiste en ayudar al niño disminuyendo su ansiedad y sentimientos de culpa permitiéndole succionar el dedo pero con la placa psicofuncional en boca para neutralizar la mayoría de sus presiones deletéreas y corregir los efectos adversos ya instaurados; con la nueva actitud positiva de los padres y una aceptación

de su "necesidad" de succionar estamos contribuyendo a bajar la presión psicológica familiar y social que tanto agobia al niño y en la mayoría de los casos puede evolucionar psicológicamente el niño de forma favorable ya que es amado y aceptado integralmente por su familia. La experiencia del Dr. David Ordóñez Rueda con la terapia psicofuncional, que implica mucho más que el uso de la Placa, ha sido favorable tanto para el niño, como para la familia y los objetivos ortopédicos y ortodóncicos. Esta propuesta contrasta sustancialmente con las rejillas o placas palatinas con puntas o barreras para el dedo que solo contribuyen a aumentar el sentimiento de incompreensión y falta de aceptación del mundo de los adultos a las necesidades afectivas no resueltas del infante. (27,28)

En algunos casos la consecuencia del hábito es que "incomoda" a los padres pero no trae ninguna alteración dentoalveolar, si es así es preferible disminuir la ansiedad que esto causa a los niños producto de la excesiva crítica o reclamo de los padres, explicar que esto no trae consecuencias nocivas y aclarar que la mejor manera para no fijar más el hábito es dejar de sumarle una carga psicológica negativa. A un niño que se muerde constantemente las uñas hay que ayudarlo a tener seguridad en sí mismo y elevarle su autoestima en vez de disminuirla criticándolo. En algunos casos en que vemos problemas de conducta o familias francamente disfuncionales la mejor orientación es remitirlos al psicólogo quien podrá analizar todos los aspectos detrás del síntoma y manejar las verdaderas causas de la ansiedad. Así estamos contribuyendo a prevenir problemas mayores proponiendo soluciones integrales, teniendo presente que lo más importante es el respeto por la mente del niño. (29,30)

Los hábitos de succión digital

El hábito de succionar es completamente normal en los bebés y en el preescolar, dado que les provee seguridad. Por medio de la succión, el bebé hace contacto con su entorno y aprende de él. De hecho, algunos bebés se chupan uno o varios dedos aún antes de nacer.

Entre los 2 y 4 años de edad, la mayoría de los niños dejan de chuparse los dedos o el chupón por sí solos. Hasta entonces, por lo regular no hay daño para sus dientes o maxilares. Sin embargo, algunos tienden a chuparse repetidamente los dedos, el chupón u otros objetos durante períodos largos. Es posible que en ellos, los dientes anteriores estén salidos (inclinados hacia el labio) o broten de manera inapropiada.

El estomatólogo vigilará cuidadosamente el desarrollo de los maxilares y la erupción de los dientes del bebé, teniendo siempre en mente el hábito de la succión. Por lo regular, dicha costumbre no motiva preocupación sino hasta que los dientes anteriores permanentes están listos para brotar.

La mayoría de los niños dejan el hábito por sí solos, aunque otros necesitan la ayuda de sus padres o del estomatólogo. Cuando el niño/a está suficientemente maduro como para entender los posibles daños que ocasiona su costumbre de succionar, el especialista puede alentarlos a dejar de hacerlo. Sumado al apoyo de los padres, este consejo del dentista pediátrico ayuda a que la mayoría de los niños abandonen su hábito. Si este método no funciona, el especialista pudiera recomendar colocar en la boca del niño/a un aparato dental que interfiera con el hábito de succión.

Succionar uno o más dedos o el chupón afecta a los dientes básicamente de igual manera. Sin embargo, a menudo es más fácil eliminar el hábito de usar chupón. (31,32)

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.

Succión digital

Consiste en el chupeteo de cualquier dedo, nos va a traer como consecuencia un paladar deformado, normalmente estrecho y hacia delante.

El hábito de chuparse el dedo es normal al principio de la vida pero puede llegar a ser patológico si se alarga en el tiempo. (33)

Existen diversas tipologías de succión digital con diferentes consecuencias según el dedo que se chupe, según si se hace de forma central o por el lateral. En líneas generales podemos decir que si el hábito se alarga en el tiempo podemos observar las siguientes consecuencias:

1. A nivel óseo:

- Paladar estrecho (ojival).
- Prognatismo superior (maxilar superior tirado hacia delante: el dedo empuja en dicha dirección el hueso superior).
- Retrognatia inferior (mandíbula inferior retrasada: el dedo frena su crecimiento).

2. A nivel dental nos podemos encontrar diferentes situaciones(se pueden dar una sola o la combinación de varias):

- Incisivos superiores hacia delante. En ocasiones espaciados entre ellos (diastemas).
- Incisivos inferiores hacia atrás.

- Mordida abierta anterior o lateral. (existe espacio entre los dientes de arriba y lo de abajo en la zona donde se coloca el dedo).
- Mordida cruzada uni o bilateral (por el paladar estrecho).

3. Alteraciones musculares:

- Hipotonía labial (sobre todo de labio superior).
- Labio inferior hiperactivo, con contracción anormal durante la succión y deglución. Es decir al tragar observamos que el labio inferior realiza un sobresfuerzo.

4. Otras alteraciones que se podría observar:

- Boca abierta normalmente.
- Persistencia de deglución infantil. Al existir un espacio entre los dientes de arriba y los de abajo el niño se ve a colocar la lengua entre los dientes para tragar.
- Problemas fonéticos.
- Interposición lingual en reposo. La lengua se coloca entre los dientes en reposo.
- Alteraciones en dedo (color y hasta en ocasiones callosidad).
- Labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores.
- Interferencia de la secuencia normal de la erupción (el dedo puede frenar la salida de los dientes). (34,35)

Todos los hábitos orales no son deletéreos, tienen un manejo clínico, psicológico o mixto dentro de criterios de respeto por la mente del niño y respeto por el desarrollo natural, donde debemos observar los cambios favorables y desfavorables en la oclusión y en el crecimiento de los maxilares, para definir si es necesario interceptar o corregir las secuelas orgánicas y modificar las presiones psicológicas sociales que se ejercen

sobre el niño. El odontólogo tiene la responsabilidad y la oportunidad de ayudar a superar los problemas que estos hábitos acarrearán y contribuir positivamente a disminuir la carga psicológica negativa que ejerce el medio ambiente familiar desinformado. (36)

Succión labial o queilofagia en lenguaje médico

Es un hecho conocido que la queilofagia o succión de los labios — ocurre cuando asumimos en la niñez la costumbre de chuparnos el dedo o sencillamente el tete— se convierte con el devenir en un hábito bucal deformante, lo que debe alertar a la familia para, sin pérdida de tiempo, establecer medidas oportunas de prevención o tratamiento. (37)

La doctora Celis María Fernández Torres, especialista de segundo grado y jefa del Grupo Nacional de Ortodoncia del Ministerio de Salud Pública, subraya que la queilofagia es el hábito nocivo de morderse los labios y los carrillos, y refiere un estudio realizado en Ciudad de La Habana, el cual demostró que un 12% de escolares de primaria, en el área de salud de la Clínica de H y 21, presentaban esa mala práctica.

La queilofagia es dañino a cualquier edad por las lesiones que puede producir en la mucosa de los carrillos y en los labios, pero es particularmente deformante en las edades de crecimiento y desarrollo por originar anomalías en dientes y mandíbula. Puede aparecer de forma espontánea o por imitación, como cualquier otro hábito, pero en ocasiones se manifiesta por una anomalía maxilomandibular ya existente. En estos casos es indispensable la corrección ortodóncica para su eliminación. La práctica de este hábito presenta una gran predilección por el labio inferior. Además de las lesiones en mucosas y labios, produce anomalías a nivel dental y alveolar (hueso que rodea al diente), y, asimismo, podría afectar el desarrollo óseo. (38,39)

Cada paciente es único e irrepetible y su propia historia, por tanto, lo hace especial. Debe consultarse en primer lugar al estomatólogo general, y cuando existan anomalías o lesiones, establecer las interconsultas necesarias con el ortodoncista, el psicólogo y otros profesionales de la salud.

En ocasiones ha sido tratada con sustancias amargas, aunque no es lo correcto, y, profesionalmente, con aparatos removibles de ortodoncia, funcionales, "pantallas bucales", que si bien son importantes no debe desconocerse la causa que desencadene este hábito. Esa es la razón por la cual muchos de estos tratamientos fracasan.

Respiración bucal

Al no respirar por la nariz (por cualquier motivo como vegetaciones o amígdalas hipertróficas) no se va a desarrollar correctamente el maxilar, desarrollándose demasiado la mandíbula, pudiendo provocar un prognatismo mandibular. (38)

La respiración es una función vital que comprende el conjunto de procesos vitales que aseguran al organismo el aporte de oxígeno, la eliminación de anhídrido carbónico y el control de la ventilación. Estos procesos conducen a la liberación de la energía necesaria para el crecimiento, desarrollo, maduración del organismo infantil y juvenil y la energía necesaria para la actividad del individuo adulto. Es una función innata y refleja, que tiene como característica esencial que al nacer es jerárquicamente la función más importante y se realiza de una manera óptima. El organismo va a ser todo lo posible para liberar el pasaje aéreo y este es un acto altamente coordinado que está bajo el control del centro respiratorio bulbar. Los cambios gaseosos entre el pulmón y el medio se realizan de un modo rítmico según una sucesión ininterrumpida de ciclos ventilatorios. (40)

La respiración bucal es la respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz, no obstante la respiración bucal exclusiva es sumamente rara.

La respiración bucal ha sido tema de preocupación por los ortodoncistas durante muchos años. Los investigadores han identificado la respiración bucal como causa de distintos problemas ortodóncicos. La respiración es un factor predisponente importante de la maloclusión mediante la influencia postural de la lengua y de la posición de la mandíbula. Alguno de estos incluye maloclusión de clase II, mordida cruzada posterior, posición lingual baja y problemas de crecimiento vertical. Por la tanto es importante que la presencia de la misma en el niño sea descubierta tan pronto como sea posible. (41)

Hay tres causas posibles de una vía aérea impedida:

- Adenoides agrandado (comparado con la vía aérea disponible).
- Vía aérea con desarrollo inadecuado.
- Obstrucción de los tejidos blandos y tumefacción (por ejemplo alergia: es frecuente observar el hábito de la respiración bucal, en individuos de cara alargada, delgados, clasificados como dolicocefalos en quienes el espacio nasofaríngeo es normalmente largo pero angosto.

Linder/Aronson consideran la estrechez de los pasajes nasales y de la nasofaringe, como la causa principal. Sin embargo, nadie puede decir cuando las fuerzas genéticas serán superadas por circunstancias externas.

Las pruebas de semiología clínica, constituyen hoy en día un válido auxilio diagnóstico, aunque no permitan evaluaciones cuantitativas estadísticamente válidas:

➤ **Prueba de Rosenthal.**

Se hacen realizar 20 actos respiratorios, primero con las 2 narinas y luego con cada una de ellas. Si el paciente es respirador bucal, abrirá la boca antes de finalizar la prueba, mientras aumenta la frecuencia del pulso y la respiración.

➤ **Búsqueda del Reflejo Narinario de Godin.**

Dicho reflejo se busca comprimiendo por un segundo el ala de la nariz del paciente, primero de un lado y luego del otro. Si predomina la respiración bucal, no se obtiene la respuesta refleja del ensanchamiento del ala de la nariz, porque el componente muscular narinario es hipotónico por ausencia de función.

➤ **El espejo de Glatzel.**

Fue el primer dispositivo utilizado para obtener medidas cuantitativas de la permeabilidad nasal. El espejo de Glatzel está constituido por una placa metálica pulida sobre la cual están grabados arcos de círculos concéntricos. Tales semicírculos concéntricos sirven para medir cuantitativamente la extensión de la mancha de vapor de condensación que se forma sobre la placa metálica durante la respiración efectuada por el sujeto. La superficie de extensión de aquella medida en centímetro cuadrados es proporcional a la cantidad de permeabilidad nasal. Así como también, tienen un aspecto característico denominado "facies adenoides", o por Gudior en Francia como "rostros de la insuficiencia respiratoria" y por Richetts en USA bajo el nombre de "síndrome de obstrucción ventilatoria". Estas facies se presentan cuando el hábito es adquirido durante los primeros años de vida, y algunas de ellas son: tipo dolicocéfalo, incisivos superiores en protrusión, pequeños mentones, boca abierta ya sea por falta de oclusión o interposición labial, base de la nariz

aplanada, ventanas de la nariz pequeña, labio superior hipodesarrollado debido a la falta de función, labio inferior evertido, maxilar superior angosto con bóveda palatina alta, presentan sobremordida, frecuentemente distoclusión, en lo que respecta a las repercusiones orgánicas generales: falta de desarrollo torácico, falta de desarrollo de senos paranasales, mirada adormecida, ojeras, palidez, alteraciones posturales generales, dislalias, disfonía, aparte, de la deglución disfuncional en la mayoría de esta clase de pacientes.

Ciertas preguntas deben efectuárseles generalmente a los padres o al paciente, que son de orientación diagnóstica como por ejemplo: si hay babeo diurno y/o nocturno, si duerme con la boca abierta, si ronca, si por la mañana al levantarse siente su boca seca o pastosa y aliento fuerte, si tiene resfríos a repetición, si es alérgico, si tiene dolor de oídos y otitis a repetición, si mastica con la boca abierta, si condimenta demasiado las comidas, si tiene problemas de aprendizaje, si es atento en clase, si es inquieto, si practica deportes, si se fatiga rápidamente o perciben puntadas al costado del estómago porque debido a la escasez del oxígeno hace que el ácido láctico se vaya acumulando y produzca este tipo de dolor.(42,43)

Onicofagia

La onicofagia, del griego onyx - uña - y phagein - comer -, se define como una costumbre de "comerse o roerse" las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones.

Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática.

La succión de dedos y la mordedura de uñas son ejemplos cotidianos y comunes de hábitos pautados de desarrollo. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento.

La mordedura de uñas coincide habitualmente con la succión de los dedos de modo que aquella sucede a esta en el tiempo. Generalmente los afectados se muerden todas la uñas. La incidencia de la onicofagia es excepcionalmente elevada. (44)

La génesis de la mordedura de uñas asume que la mayoría de los afectados presentan la consecuencia de un comportamiento que no se extinguió convenientemente en su momento a los dos o tres años, cuando el niño se chupaba el dedo. (45)

Autores como Meneghello consideran que la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar, puede ser indicadora de algún conflicto emocional que debe alertar al médico.

Hacia el final de la adolescencia quizás el 25% siguen mordiéndose las uñas. Una minoría de personas sigue estando aquejada por este hábito a lo largo de toda su vida. También puede complicarse con verrugas periungueales. La onicofagia en las formas agudas puede dañar el lecho ungueal y la matriz. Infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral así como alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y malposición, están presentes. (46,47)

En cuanto al tratamiento es esencial que el sujeto esté dispuesto a abandonar el mordisqueo. Es típico el cuadro en la consulta de psicólogos y psiquiatras de la paciente mordedora de uñas que siente aversión por lo antiestético de sus manos y que ha intentado en repetidas ocasiones abandonar el vicio sin lograrlo, acudiendo a todo tipo de terapias: unturas amargas, ansiolíticos. Cuando se da una enfermedad emocional obvia, el terapeuta debe atender estreses vitales urgentes y apremiantes. (48-50)

El conductismo es una corriente de la psicología científica que centra su atención en el estudio del binomio estímulo-respuesta. Pretende una psicología como ciencia objetiva, siendo la conducta el objeto de estudio y la observación el método experimental. Watson establece las bases teóricas de los planteamientos conductistas esbozando técnicas de tratamiento. Posteriormente otros autores han desarrollado el método práctico. La terapia de modificación de conducta ha sido utilizada ampliamente en el tratamiento de la onicofagia y es considerada la técnica más exitosa hasta el momento, la cual le adjudica una tasa de éxito entre 80 y 85%. Anteriormente ha sido utilizada la farmacoterapia, terapias aversivas, autodominio, prácticas negativas. Tratamientos comúnmente conocidos han sido empleados: impregnación de los dedos con sustancias amargas, capuchones de dedos, entre otras. (50-51)

Variada es la literatura científica relacionada con las consecuencias de los hábitos bucales deformantes en infantes, ya que las maloclusiones constituyen un problema de salud en la población y debido a la estrecha relación que existe entre estas y la persistencia de hábitos bucales. Autores como Fernández Martínez, Cepero Sánchez y colaboradores vieron la necesidad de implantar estrategias preventivas encaminadas a disminuir su incidencia.

La mayoría de los problemas buco dental se debe a la escasa educación para la salud que tiene la población sobre el tema. Debido a esto Fernández Martínez y colaboradores realizaron en Cienfuegos en el año 2009 una intervención educativa del tipo antes y después, en niños de 5-11 años de edad de la escuela "Héroes del Moncada" del Consejo Popular Abreus, donde se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, así como erradicar el 66.5 % de los hábitos deformantes más frecuentes, reduciéndose las anomalías dentomaxilofaciales. 52-53)

Por su parte Acevedo Sierra realizó un estudio en 341 niños de 5 a 11 años, del municipio Cienfuegos, en el período de diciembre 2004 a septiembre 2005, donde obtuvo que la frecuencia de hábitos bucales deformantes fuera de 73,9 %. Dentro de los más frecuentes se encontraron la protracción lingual (47.2%), la succión de biberón (32,6%) y la onicofagia (23.5%), con predominio de todos ellos en el sexo femenino.

Cepero Sánchez (53) realizó un estudio donde se aplicó una intervención educativa en niños de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes pertenecientes al municipio Varadero, provincia de Matanzas, en el período comprendido por el curso escolar 2005-2006. En dicho estudio se obtuvo una muestra de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes, representando un 72.5%. Con respecto al comportamiento de los mismos según la edad de los niños, se observó un predominio del uso del biberón en ambas edades (69,5 % en los de 5 años y 60,9 % en los de 6 años). En orden decreciente le siguió el hábito de protracción lingual. Al finalizar la intervención, el 62,1 % de los niños logró eliminar el hábito, mientras que el 37,9 % lo mantuvo.

Lorenzo Bravo y colaboradores (54) realizaron en el año 2004 un proyecto de intervención educativa en el Círculo Infantil "Amores de la Patria" del área de salud "Héroes del Moncada", municipio de Cárdenas. La identificación de los problemas surgen del diagnóstico de salud bucal realizado por el examen estomatológico al 97.7 % de los niños de cuarto, quinto y sexto año de vida, determinando como problema fundamental la alta incidencia de hábitos bucales deformantes con el 77.9 % de los niños afectados. Después de 6 meses de trabajo con los 67 niños afectados de hábitos bucales deformantes obtuvieron éxito con 41 de ellos, logrando disminuir la incidencia de los mismos a un 61.19%. El porcentaje de hábitos no erradicados (38.8%) perteneció en su mayoría a niños con succión digital.

Con el propósito de evaluar el impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, se realizó un estudio de intervención educativa, en la escuela especial "Nguyen Van Troi" del municipio de Camagüey desde septiembre del 2003 a septiembre del 2005 por Carmenate Fernandez (55-56) y colaboradores, donde se tuvo en cuenta la presencia de hábitos bucales deformantes. Se realizó el estudio comparativo con relación a su prevalencia antes y después de aplicado el programa. Al finalizar se logró corregir en un 31% la ejecución de los mismos. Se observó que sólo un 10.3% continuó con la respiración bucal, y un 17.2% con deglución atípica.

La responsabilidad familiar es fundamental en el momento de fomentar salud. La familia constituye el primer grupo al cual pertenece un individuo. El grado de invalidez con el cual el ser humano llega al mundo lo hace totalmente dependiente de uno o varios adultos, que por lo general son los padres, quienes lo alimentan, visten, calzan y protegen, y le permiten el

contacto social que posibilita el desarrollo humano de forma auténtica bajo las condiciones de amor y seguridad.

Es por ello que al realizarse las actividades de promoción y educación para la salud debe tenerse muy en cuenta el escenario familiar ya que es este el lugar donde el niño va a adquirir sus primeros conocimientos, hábitos y prácticas que le permitirán llevar un modo de vida más sano y para ello se hace necesario involucrar también a los padres.

Cuando se realiza un trabajo educativo con los niños es necesario identificar el nivel de conocimientos de los padres. Esto tiene como objetivo poder fortalecer el trabajo que realiza el personal de salud con sus hijos en los hogares, con la finalidad de que los conocimientos y prácticas aprendidas perduren por siempre.

La familia constituye un elemento primordial en la educación del niño y como tal puede ser usada en beneficio de las diferentes estrategias que en materia de salud quieran implementarse.

Según el criterio de autores como Killerman R, el odontólogo que realiza una acción profiláctica, debe involucrar en ella a la familia y obtener su colaboración en la orientación del niño. A pesar de que el contacto del estomatólogo y el niño la mayoría de las veces es directo, no podemos olvidar que el logro de nuestros objetivos con ellos esta mediado por la acción de la madre o la persona responsable.

Los padres moldean la conducta de sus hijos desde el momento en que nacen. Al menos en los primeros años de vida aprenden de ellos lo que deben y no deben hacer. Por lo tanto son nuestros mejores aliados. Kenneth D. Snawder plantea que si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tenemos que educar a los padres.

Los escolares constituyen el grupo priorizado más receptivo de la comunidad, dadas una serie de características psicológicas por las que atraviesan en las diferentes edades, por lo que constituye la escuela un lugar paradigmático para promover salud. Infelizmente la atención que reciben, no siempre tiene la calidad requerida ni satisface en gran medida las necesidades de los niños para garantizar la modificación positiva de sus actitudes y prácticas en relación con la salud bucal.

La educación para la salud encuentra grandes desafíos y posibilidades en ellos, quienes pasan por un período biológico y psíquico de aprendizaje, que se caracteriza por la búsqueda de identidad propia, cambios cognoscitivos y emocionales. Las edades de 6 a 9 años constituyen una etapa de la vida en la que se forjan actitudes, valores y conductas frente al entorno y resulta oportuno y útil acometer la labor educativa.

Con esta intervención educativa se logró la motivación de los escolares para que se manifestara en ellos un cambio de actitud positiva al elevar su nivel de conocimientos sobre las consecuencias que provoca la práctica de los hábitos bucales deformantes. Mediante este programa educativo se proporcionó a los mismos un arsenal de conocimientos teóricos y prácticos que le permitieron desarrollar adecuadamente el auto cuidado de su salud bucal, mejorándola o manteniéndola según el caso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención del tipo antes y después consistente en una intervención terapéutica para disminuir la incidencia de los hábitos bucales deformantes en niños de la escuela primaria “Ricardo Companioni Romero” del Municipio de Morón en el período comprendido entre septiembre del 2013 a junio del 2014. La muestra en estudio estuvo constituida por 67 estudiantes de primero a cuarto grados de esta escuela que mostraron la práctica de hábitos bucales nocivos.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Ser estudiante de primero a cuarto grado de la escuela “Ricardo Companioni Romero” del Municipio de Morón.
- Estar dispuesto a cooperar en el desarrollo de la investigación.
- Ser aprobados por sus padres para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Ingresar al centro después de iniciado el estudio.

Inicialmente se realizaron las coordinaciones pertinentes con el Ministerio de Educación, la Dirección Municipal de Educación para la Salud y con la dirección de la escuela quien firmó el convenio investigador – escuela (Anexo I). También se citaron a los padres por escrito (Anexo II) para una reunión informativa y de aprobación en la escuela donde se explicaron las características del estudio y los objetivos del mismo. En esta reunión participaron además los maestros y los alumnos de primero a cuarto grado. Todos los que estuvieron de acuerdo a colaborar directa o

indirectamente con el desarrollo de la investigación firmaron la carta de consentimiento informado (Anexo III).

Para la obtención de la información se utilizó la observación, entrevista, consultas, revisión de documentos (historias clínicas).

Se aplicó una encuesta validada por un psicólogo y se aprobó en estudio piloto, la que se confeccionó según criterios de especialistas y revisión bibliográfica, teniendo en cuenta los aspectos relacionados con el tema a investigar (Anexo IV). Esta consta de dos partes. Al inicio se registraron los datos generales del sujeto para obtener la información necesaria para la investigación. La primera parte se aplicó a los escolares, presenta seis interrogantes, todas con una sola opción de respuesta, con ella se obtuvo el nivel de información sobre hábitos bucales, la que recibió la calificación de bien, regular o deficiente. (Anexo V). La segunda parte de la encuesta fue llenada por el investigador para diagnosticar los niños portadores del hábito y se tuvo en cuenta los que portan succión digital, respiración bucal, queilofagia y onicofagia.

Una vez diagnosticadas las necesidades de aprendizaje se confeccionó y se puso en práctica la estrategia de intervención que contó con actividades teórico prácticas, técnicas educativas y medios de enseñanza. (Anexo VI)

Posteriormente se realizó una evaluación final donde se pudo comparar los resultados obtenidos inicialmente con los resultados finales mediante la aplicación de la encuesta inicial siguiendo el procedimiento de la vez anterior, lo que permitió evaluar la efectividad de la estrategia empleada.

En esta investigación se tuvieron en consideración las siguientes variables:

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Edad	Cuantitativa continua	6 — 7 años, 8 — 9 años	Según fecha de nacimiento (edad cumplida).	Porcentaje por grupos de edades.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino, Masculino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número y porciento según grupo de pertenencia.
Hábitos bucales deformantes	Cualitativa nominal politómica	Respirador bucal, Succión digital, Queilofagia, Onicofagia	Según hábito bucal deformante presente.	Número y porciento según grupo de pertenencia.
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado, Inadecuado	Según validación del cuestionario.	Número y porciento según grupo de pertenencia.

Nivel de conocimiento sobre consecuencias de la práctica de hábitos bucales deformantes:

- Adecuado: De 5 a 4 preguntas marcadas correctamente.
- Inadecuado: 3 o menos de 3 preguntas marcadas correctamente.

Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizaron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentos. Para el análisis de las dos muestras relacionadas, y teniendo en cuenta que se trata de una variable cualitativa nominal dicotómica se utilizará la técnica de McNemar, la cual se basa en la distribución chi cuadrado y asume la hipótesis H_0 de que las variables son independientes a nivel estadístico, por lo cual no existen cambios significativos en las muestras antes y después, contra la hipótesis alternativa H_1 que plantea que existen cambios significativos en las mediciones en las diferentes muestras de las variables. Se trabajará con un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Procedimientos éticos: En el desarrollo de la investigación se mantendrá como premisa, respetar los principios bioéticos como: respeto a las autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Principios que van implícitos en los estudios con seres humanos dados por el respeto al derecho de participar o no en el programa lo cual avaló el consentimiento informado. Se explicó la factibilidad e importancia de la intervención en cuestión y la disponibilidad de todos los recursos necesarios así como la competencia del personal a cargo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de niños de primero a cuarto grados afectados por hábitos bucales, según edad. Escuela primaria “Ricardo Companioni Romero”, Morón, Ciego de Ávila, 2013-2014.

Edad	Cantidad	Porciento
6 — 7 años	34	50.7%
8 — 9 años	33	49.3%
Total	67	100.0%

Fuente: encuesta.

La tabla nos muestra la distribución de niños afectados según edad, con un total de 67 niños, lo que se corresponde con la muestra en estudio. No se observa gran diferencia entre las edades, pero podemos decir que existe un ligero predominio en el grupo correspondiente a los de 9 años, con un 30.6%.

Tabla 2. Distribución de niños de primero a cuarto grados afectados por hábitos bucales, según sexo. Escuela primaria “Ricardo Companioni Romero”.

Sexo	Cantidad	Porciento
Masculino	31	46.3%
Femenino	36	53.7%
Total	67	100.0%

Fuente: encuesta.

En la tabla No.2 se expone la distribución de los niños afectados según el sexo, existiendo un comportamiento equitativo entre ambos, con un predominio poco relevante de las féminas (52.1%) en relación con los varones(47.9%). Estudios recientes a nivel internacional muestran un

mayor número de nacimientos femeninos en comparación con los masculinos. En nuestro país tenemos índices mayores en el primero. Diversos autores han encontrado en sus investigaciones mayor porcentaje de niñas en estas edades en estudio.

Tabla 3. Distribución de los niños según hábitos bucales deformantes y sexo. Escuela primaria “Ricardo Companioni Romero”.

Tipo de hábito bucal deformante	Sexo				Total	%
	Mascu- lino	%	Feme- nino	%		
Respiración bucal	7	10.4	3	4.5	10	14.9
Succión digital	8	11.9	11	16.5	19	28.4
Queilofagia	1	1.5	1	1.5	2	3.0
Onicofagia	15	22.4	21	31.3	36	53.7
Total	31	46.3	36	53.7	67	100

Fuente: interrogatorio y examen físico.

Al analizar los hábitos bucales deformantes más frecuentes según el sexo, se pudo comprobar que las hembras practican más los hábitos que los varones, con un 53.7%. La onicofagia es el que más se destacó, con el 22.4 % en el sexo masculino y el 31.3 % en el femenino, para un 53.7%, seguido de la succión digital (11.9% y 16,5%, respectivamente). Estos resultados no coinciden con los hallazgos de Sorhegui Rodríguez y colaboradores ⁽⁶⁾ y Camacho R.O ⁽⁵⁷⁾ quienes en sus estudios observaron un predominio notable de la succión digital en estas edades. La literatura actualizada describe que existe una menor tendencia a la onicofagia en las niñas, lo que parece relacionarse con el instinto femenino de conservar la

belleza y la persuasión de las madres en la no práctica de la misma. Lo anterior no coincide con este estudio.

Tabla 4. Comportamiento de los hábitos bucales deformantes según la edad. Escuela primaria “Ricardo Companioni Romero”.

Tipo de hábito bucal deformante	Edad en años				Total	
	6-7 años	%	8-9 años	%		
Respiración Bucal	4	5,9	6	9,0	10	14,9
Succión Digital	14	20,9	5	7,4	19	28,4
Queilofagia	0	0	2	3,0	2	3,0
Onicofagia	16	23,9	20	29,9	36	53,7
Total	34	50,7	33	49,3	67	100

Fuente: interrogatorio y examen físico.

Con respecto al comportamiento de los hábitos bucales deformantes según la edad, se observó un predominio de la onicofagia en el grupo de 8-9 años con un 29,9% seguido del de 6-7 años con un 23,9%. En orden decreciente le siguió la succión digital, la cual fue más frecuente en el grupo de 6-7 años (20,9%). Estas cifras son coincidentes con algunos autores de la literatura consultada pero no con los expuestos por Paredes Gallardo V y Paredes Cencillo C (58) quienes determinaron que la onicofagia era más frecuente en edades más tempranas. Por el contrario el

predominio de la succión digital en el grupo de 6-7 años fue similar a lo descrito por Podadera Valdés y Ruiz Núñez (59).

Está verificado que la práctica de la onicofagia tiene una base psicológica importante que determina ciertos comportamientos aprehensivos como la timidez y el temor a lo desconocido. Las consecuencias sobre el complejo bucal no son muy trascendentes, pero sí provocan desviación de dientes y desgastes dentarios leves. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeños y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática.

La succión de dedos y la mordedura de uñas son ejemplos cotidianos y comunes de hábitos pautados de desarrollo.

Tabla 5. Nivel de conocimientos sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	9	13,4	61	91,0
Inadecuado	58	86,6	6	9,0
Total	67	100,0	67	100,0

McNemar $p=0.000$, $p \leq 0.05$

La siguiente tabla muestra el nivel de conocimientos de los escolares en relación con las consecuencias de los hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención. En la etapa de diagnóstico el 86,6% de los escolares obtuvo la calificación inadecuada y solo un 13,4% alcanzó la calificación de adecuada. Esto demuestra la necesidad de fomentar y cultivar la educación para la salud desde edades muy tempranas, en los escenarios preescolares, en el hogar con las visitas de terreno y en actividades comunitarias en íntima relación con el médico y enfermera de la familia.

Después de culminada la intervención, la cifra en la calificación adecuada ascendió a un 91%, lo que demuestra la influencia positiva de las actividades formativas y los medios de enseñanza en el aprendizaje de los niños que constituyen el blanco favorito y el grupo más receptivo de las comunidades. Debido a una serie de características psicológicas por las que atraviesan en las diferentes edades, constituye la escuela un lugar paradigmático para promover salud. Infelizmente la atención que reciben, no siempre tiene la calidad requerida ni satisface en gran medida las necesidades de los niños para garantizar la modificación positiva de sus actitudes y prácticas en relación con la salud bucal.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo coinciden con los hallazgos de Rodríguez Vásquez C y colaboradores (47) y Acevedo Sierra. (54) Los resultados tuvieron significación estadística.

Tabla 6. Evaluación de la estrategia de intervención terapéutica en los niños afectados por hábitos bucales deformantes.

Tipo de hábito bucal deformante	Evaluación de la estrategia.					
	Antes		Después			
	Afectados	%	No efectiva	%	Efectiva	%
Respiración Bucal	10	15	3	4,5	7	10,4
Succión Digital	19	28,4	1	1,5	18	26,9
Queilofagia	2	2,9	0	0	2	3
Onicofagia	36	53,7	2	3	34	50
Total	67	100	6	9	61	91

McNemar $p=0.031$, $p \leq 0.05$

En la tabla anterior se evidencian los resultados obtenidos antes y después de la estrategia de intervención terapéutica según el hábito practicado, en

los niños examinados. En la etapa de diagnóstico 36 escolares practicaban onicofagia (53,7%), que resultó ser predominante sobre los demás. Después de aplicada la estrategia se obtuvieron diferencias relevantes en los resultados, puesto que 34 niños (50%) abandonaron el hábito evaluándose como efectiva la estrategia en ellos. La succión digital con 19 afectados mostró un avance superior, sólo un niño no cambió su actitud, con un 26,9 % de efectividad. La respiración bucal se mostró cercana en sus resultados, pero tres infantes continuaron practicándola a pesar del minucioso trabajo llevado a cabo. Esto está relacionado con la causa del hábito en cuestión, la tardía detección del mismo en los primeros años de vida y a la no evolución favorable, incluso con tratamiento quirúrgico de otorrinolaringología en las grandes obstrucciones nasales. En el 91% de los niños intervenidos se manifestó la efectividad de la estrategia, resultado coincidente con Cepero Sánchez, Fernández Martínez, Placeres B y colaboradores, Acevedo Sierra, los que obtuvieron cifras similares en sus investigaciones.

Variada es la literatura científica que sugiere la necesidad de implementar estrategias educativas encaminadas a disminuir la incidencia de hábitos bucales nocivos, dado que la mayoría de la población tiene escaso nivel de conocimientos sobre el daño potencial que representan para la salud bucal de los niños. Los resultados obtenidos tuvieron significación estadística.

CONCLUSIONES

La estrategia de intervención terapéutica basada en la labor de maestros y escolares promotores de salud y en el empleo de técnicas educativas logró cambios de conductas favorables en los escolares, lo que elevó el nivel de educación para la salud en Estomatología de los mismos. La mayor frecuencia de escolares portadores de hábitos bucales deformantes de primero a cuarto grado correspondió al sexo femenino. El hábito bucal deformante de mayor prevalencia en los escolares en estudio fue la onicofagia. La estrategia de intervención fue efectiva, logrando disminuir la incidencia de los hábitos bucales deformantes en los niños estudiados.

RECOMENDACIONES

Por la gran importancia que entraña la salud del individuo, el colectivo y la comunidad y por contar con un arma efectiva como es la Educación para la Salud, se recomienda:

- Continuar el trabajo educativo con este grado para poder validar el impacto de esta estrategia a largo plazo.
- Extender y aplicar esta investigación a todos los centros de educación primaria del municipio para hacer más eficiente la labor preventiva a través de los Promotores de Salud, a favor de la sociedad de hoy y de mañana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayoral J, Mayoral I. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. 2 ed. Barcelona: Editora Laboral; 1970. p.189.
2. J.R Pinkham, B.S. DD.S. Odontología Pediátrica, 2da Edición 1994, Páginas 667 Editorial, Interamericana Mc Graw Hill. Cap. 26 pág. 375-382. "Hábitos Bucales".
3. Quirós O, Quirós L, Quirós J. Orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontología. Rev Latinoam Ortod y Odontoped. [serie en Internet] 2001-2002 [citado 30 Abr 2010] [aprox. 12 p] Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/orientacion_psicologica_habitos_odontologia.as
4. Pamela Agunti 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. [serie en Internet] 2003 [citado 25 Abr 2010] [aprox. 10 p.] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370.41061999000600004&script=sci_arttext&tlng=es
5. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992.
6. 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 1998; 13(2): 107-111.
7. Var Normar RA. Digitsuking; a review of the literature, clinical observation and treatment recommendation. Int J Orofacial Myology 1997; 23:14-34.

8. Duque de Estrada Riveron, J. Rodríguez Calzadilla, A. Countin Marie, G. Riveron Herrera, F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal en niños. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(1)
9. San Martín H, Martín AC, Carrasco JL. Epidemiología. Investigación Práctica. Madrid: Edit. Díaz Santos; 2003.
10. Lauc T. Orofacial analysis on the Adriatic islands: an epidemiological study of malocclusions on HvarIsland. Eur J Orthod 2003;25(3):273-8.
11. Fernández Torres CM, Acosta Coutín A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997;12(2):79-83.
12. http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IsisScript=../cgi-bin/catrevistas/catrevistas.xis|database_name=TITLES|list_type=title|cat_name=ALL|from=1|count=50&lang=pt&comefrom=home&home=false&task=show_magazines&request_made_adv_search=false&lang=pt&show_adv_search=false&help_file=/help_pt.htm&connector=ET&search_exp=Int_J_Orofacial_Myology
13. Wolford LM. Identifying the functional and esthetic factors associated with dentofacial deformities. Tex Dent J 2002;119(10):1034-43.
14. Almeida Filho N. Epidemiología sin números. Washington: Serie Paltex. OPS; 2003.
15. Erickson PR. Estimation of the caries-related risk associated with formula. Pediatr Dent 2005; 20(7):395-403.
16. Mora C, López R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. Rev Cubana Ortod 2001;16(1):38-46.
17. Rodríguez Almeida R de, Almeida P. Etiología das más oclusões: causas hereditárias e congénitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais) Rev Dent Press Odont Ortop Facial 2000;5(6):107-29.
18. 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. Cad Saude Publica 2004;20(3).

19. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod 2000;15(2):66-70.

20. González Jiménez E. La cura sugestiva nocturna de los hábitos bucales perniciosos. Rev Cubana Estomatol 2000;14(1):19-20.

21. Colectivo de Autores. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 248-89.

22. Narey RD, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Edit. Pueblo y Educación; 1990. Pedraola Gil, et al. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Shat edit. S.A.; 1990.

23. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 1992.

24. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 1998.

25. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención primaria de Estomatología. Rev Cubana Estomatol 1997;35(1).

26. Alenen P. Risk in risk definitions. Community Dent Oral Epidemiol 2004;27(6):394.

27. Mena GA. Epidemiología bucal. Caracas: Otero/Vdual; 2005.

28. Abramson JH. Método de estudio en medicina comunitaria. Madrid: Edit. Díaz Santos; 2004.

29. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom. Epidemiología Básica. Washington: Publicación Científica No. 551. OPS; 2008.

30. Heraza AB. Clínica del Sano en Odontología. Bogotá: Ed. ECOE; 2006.

31. Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria en Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997;35.
32. Fernández Torres CM, Acosta Coutín A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997;12(2):79-83. http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm [23/05/2005].
33. Var Normar RA. Digitsuking; a review of the literature, clinical observation and treatment recommendation. Int J Orofacial Myology 2004;23:14-34.
34. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992:19-42.
35. Machado Martínez , M. Hernández Rodríguez, J M. Grau Avalos, R Estudio clínico de la atrición dentaria en la oclusión temporal. Rev Cubana Ortod 1997;12(1):6-16
36. Maya Hernández, B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod 2000;15(2):66-70
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm [23/05/2005].
37. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. 12ª edición. Masson-Salvat. 2003. Muntaner 262. Barcelona. España.
38. Kaplan H.I.; Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. 2ª Edición. Ediciones Científicas y Técnicas. Masson-Salvat. 2004 Avda. Príncipe de Asturias 20 Barcelona. España. pp. 1844-5.
39. Azrin N., Nunn G. Tratamiento de hábitos nerviosos. Editorial Martínez Roca, s.a. 2005 Gran Vía 774. 08013 Barcelona. España.
40. Águila RJ, Almiñaque G R, González R E, Céspedes IR. Prevalencia de hábitos bucales deformantes, en niños de 3-5 años. Rev Cubana Est 1980;17(3):137-42

41. Bayés R., Riba M.D. Descripció, aplicació pràctica y resultats de la tècnica d'Azrin i Nunn per a la modificació d'hàbits nerviosos. Quaderns de Psicologia, 2006 7(2), 55-59.
42. Carroble J.A. Análisis y modificación de conducta II: Aplicaciones clínicas. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2007. Impresa, s.a. Herreros 42. Políg. Ind. Los Ángeles. Getafe. Madrid.
43. www.vji.es Dra. Cristina Botella Arbona. Dpt. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Campus de Borriol. Aptdo. correos 224, 12080 Castellón (SPAIN)
44. Canut Bruzola JA. Desarrollo de los dientes y la oclusión. En: Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona. Masson. 2004:43.
45. Cárdenas Sotelo O. Manual de procedimientos. Programa educacional para un grupo de la tercera edad. Campaña de educación para la salud buco dentaria. La Habana. 1999.
46. Acevedo Núñez AM, Guerra Cruz Y, Pérez Rojas M, Salud bucal en niños del Círculo Infantil " Mis Hermanitos y Yo". Trabajo de Forum de Ciencia y Técnica. Clínica Estomatológica " Artemio Mastrapa". Holguín. 2001. junio 15-16.
47. Rodríguez Vásquez C, Bratos E, Garcillan R, Rioboo R, Quijada E. Estudio Piloto sobre actitudes, conocimientos y hábitos en escolares integrados en programa de salud buco dental. Rev. Avances Odontol. 2000, 16(6):361-369.
48. <http://gbsystems.com/papers/orto/ord1096htm>. Dental World- Ortodoncia. Un concepto integral de Oclusión. Ortodoncia A comprehensible concept of oclusión.
49. <http://www.umm.edu/esp.ency/atricle/001058.htm>. Mala oclusión de los dientes. Maryland. Medical <http://www.umm.edu/esp.ency/atricle/001058.htm>. Mala oclusión de los

dientes. Maryland. Medical Center. Departamento de ortodoncia. Home medical. References. Enciclopedia (spanish)

50. Grossman,W.J.Grenricld,B.E.and Tim ms,1,1;Electromygraphyyas as and aid in diagnosis and tratament analisis. am. Journal Orth. Vo147,2003

51. Navarro Núñez M Algunos factores predisponentes de maloclusiones en niños de 3 a 5 años de círculos infantiles. Holguin 2003-2004 Trabajo para optar el titulo de especialista de primer grado en ortodoncia Holguín Facultad de Ciencias Medicas "Mariana Grajales Coello"2004.

52. Fernández Martinez Y.Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2009; 7(1) Especial.

53. Cepero Sánchez Z. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes.Matanzas; 2007.Fecha de acceso 25 de noviembre del2009; disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu>

54. Acevedo Sierra O.Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2008; 6(2)

55. Lorenzo Bravo D.Intervención educativa en hábitos bucales deformantes en el Círculo Infantil "Amores de la Patria". Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Matanzas. Cuba-2004.Fecha de acceso 25 de noviembre del2009; disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu>

56. Carmenates Fernández N.IMPACTO DE UN PROGRAMA DE COMUNICACIÓN EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS CON RETRASO MENTAL LIGERO. Archivo Médico de Camagüey 2007;11(4) ISSN 1025-0255.

57. Camacho R O. Epidemiología de la Respiración Bucal en niños de Círculos Infantiles de Ciudad de La Habana. [trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Ortodoncia]. Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; Diciembre 2003.

58. 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 2005;62(03):261-5.
59. 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 Estomatol 2004;41(2).

ANEXOS

ANEXO I

Convenio investigador-escuela

De una parte: Dra. Yanet Matos Peñaranda

De otra parte: Director

Escuela primaria "Ricardo Companioni Romero"

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen:

Acuerdan:

Dra. Yanet Matos Peñaranda

- Elaborará una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes.
- Trabajaré en la escuela desde
- La estrategia contará con actividades teórico prácticas.

Director:

- Garantizaré la participación de todos los incluidos en el estudio.
- Colaboraré con el horario y desarrollo de las actividades que se planifiquen.

Y para que así conste firmamos la presente en Morón, Ciego de Ávila:

Dra. Yanet Matos Peñaranda

Investigador

Firma

Encuestado

Firma

ANEXO II

Citación:

A los padres de _____

Su hijo(a) ha sido seleccionado(a) para participar en una investigación de Educación para la Salud en Estomatología, por lo que solicitamos que acudan a la reunión que se celebrará el próximo ____ de _____ a las _____ en la escuela, donde se le explicará los detalles del estudio.

Agradecida de su participación

Dra. Yanet Matos Peñaranda.

Residente de Segundo Año en Estomatología General Integral.

ANEXO III

Consentimiento informado:

Como padres del niño(a): _____

Estamos de acuerdo con su participación en la investigación que tiene por objetivo mejorar el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y disminuir la incidencia de los mismos

Y para dejar constancia de nuestra aprobación voluntaria firmamos la presente a los ____ días del mes de _____ de 2013.

Investigador

Firma

Padre/madre

Firma

ANEXO IV

Encuesta para ser llenar por los niños (primera parte).

Sexo: ____ Edad: ____

1.- ¿Cuáles de estas cosas haces?

____ Chuparte el dedo. ____ Respirar por la boca. ____ Comerte las uñas.
____ Morderte los labios. ____ Ninguno

2. ¿Crees que si practicas alguna de estas cosas te traería problemas en los dientes?

Si: ____ No: ____

3. ¿Piensas que chuparte el dedo, respirar por la boca, comerte las uñas y morderte los labios te produciría caries dental?

Si: ____ No: ____

4. ¿Crees que si te chupas el dedo los dientes se te jorobarían?

Si: ____ No: ____

5. ¿Piensas que respirar por la boca es malo?

Si: ____ No: ____

6. ¿Crees que comerse las uñas es malo para los dientes?

Si: ____ No: ____

Encuesta para ser llenada por el estomatólogo (segunda parte).

Marque con una X:

1. Hábitos bucales deformantes encontrados en el niño:

- Succión digital o chupeteo del dedo _____
- Respiración Bucal _____
- Queilofagia o morderse los labios _____
- Onicofagia o comerse las uñas _____
- Otros _____

ANEXO V

Instructivo de calificación de la encuesta.

Primera parte.

Las preguntas se calificarán de correctas si son respondidas como se señala a continuación, de no ser así se considerarán incorrectas.

- I. Afirmativo.
- II. Afirmativo.
- III. Negativo.
- IV. Afirmativo.
- V. afirmativo.
- VI. afirmativo.

Calificación.

- Adecuado: De 5 a 4 preguntas marcadas correctamente.
- Inadecuado: 3 o menos de 3 preguntas marcadas correctamente.

ANEXO VI

Programa de Intervención Educativa sobre Hábitos bucales deformantes.

Actividad 1

Tema I: Succión Digital.

Contenido:

- Descripción
- Etiología
- Cuadro clínico

Tiempo: 50 minutos

Objetivo: Explicar las consecuencias que provoca la práctica de la succión digital.

Forma: Clase taller.

Técnicas afectivas participativas:

- Batalla del calentamiento
- Lotería

Medios: Láminas, fotos, pizarra, modelos de yeso, tarjetas y cartones.

Preguntas de comprobación:

1. Mencione cuál de los hábitos bucales deformantes que estudiamos en clase mostramos en la lámina.
2. ¿Qué le sucederían a tus dientecitos si practicas este hábito?

Actividad 2

Tema II: Respiración Bucal.

Contenido:

- Descripción
- Etiología
- Cuadro clínico

Tiempo: 50 minutos

Objetivos: Explicar las consecuencias que provoca la práctica de la respiración bucal.

Forma: Clase taller

Técnicas afectivas participativas:

- ¿Qué pasaría si...?
- La liga del saber.

Medios: Láminas, fotos, pizarra, modelos de yeso, tarjetas y cartones.

Preguntas de comprobación:

1. Mencione cuál de los hábitos bucales deformantes que estudiamos en clase mostramos en la lámina.
2. ¿Qué le sucederían a tus dientecitos si practicas este hábito?

Actividad 3

Tema III: Onicofagia

Contenido:

- Descripción

- Etiología
- Cuadro clínico

Tiempo: 50 minutos

Objetivo: Explicar las consecuencias que provoca la práctica de la Onicofagia.

Forma: Conferencia.

Técnicas afectivas participativas:

- Cero o cruz
- La cola de la serpiente

Medios: Láminas, fotos, pizarra, modelos de yeso, tarjetas y cartones.

Preguntas de comprobación:

1. Mencione cuál de los hábitos bucales deformantes que estudiamos en clase mostramos en la lámina.
2. ¿Qué le sucederían a tus dientecitos si practicas este hábito?

Actividad 4

Tema IV: Queilofagia.

Contenido:

- Descripción
- Etiología
- Cuadro clínico

Tiempo: 50 minutos.

Objetivo: Explicar las consecuencias de la práctica de la queilofagia.

Forma: Clase teórico-práctica.

Técnicas afectivas participativas:

- Dental baseball
- Lotería

Medios: Láminas, fotos, pizarra, modelos de yeso, tarjetas y cartones.

Preguntas de comprobación:

1. Mencione cuál de los hábitos bucales deformantes que estudiamos en clase mostramos en la lámina.
2. ¿Qué le sucederían a tus dientecitos si practicas este hábito?

Técnicas educativas:

Juego 1: La cola de la serpiente.

Objetivo: Animación

Desarrollo:

- El coordinador dice una palabra y cada participante debe decir otra que comience con la última letra de la palabra anterior.
- Puede registrarse las palabras en la pizarra para demostrar las asociaciones logradas o para tratar de darle sentido de frase.

Juego 2: ¿Qué pasaría si...?

Objetivo: Animación.

Desarrollo:

- Se hacen preguntas que comiencen con ¿Qué pasaría si...? Dando una situación determinada y el alumno debe responder como salir de esa situación.
- Permite desarrollar la creatividad y dinamizar el trabajo.

Juego 3: Batalla del calentamiento.

Objetivo: Animación.

Desarrollo:

- El grupo guiado por el coordinador cantará la siguiente canción acompañándola de los movimientos indicados:

*Esta es la batalla del calentamiento
Que se gana con mucho talento
¡Pelotón! ¡Atención!
¡Con una mano! ¡Con la otra!
¡Con un pie! ¡Con el otro!
¡Con la cabeza!
¡Atención!*

- Movimientos: brincando con los dos pies simultáneamente y las manos al lado del cuerpo. Palmada con una mano en muslo respectivo. Se añade la palmada con la otra mano, es decir, con ambas simultáneamente. Se mantienen los movimientos anteriores pero con un solo pie. Se alterna con el otro. Se dice definitivamente que sí. Se paran en firme.

Juego 4: Dental baseball.

Objetivo: Ejercitación.

Materiales: Tablero como campo de pelota y tarjetas.

Desarrollo:

- Se divide al grupo en dos equipos y se decide el orden al bate.
- Cada jugador seleccionará una tarjeta, si responde correctamente pasará a la base siguiente y puede impulsar al jugador embasado

que lo antecede, si no, se decretará out. A los 3 outs pasará a responder el otro equipo.

- Ganará el equipo que más carreras logre anotar.

Juego 5: Cero o cruz.

Objetivo: Ejercitación.

Materiales: Tarjetas con interrogantes.

Desarrollo:

- Se divide el grupo en dos equipos, a cada equipo se le realiza una pregunta alternativamente que debe responder, si lo hace correctamente tiene derecho a colocar en una de las 9 cuadrículas en que se divide un cuadro dibujado en la pizarra, el símbolo que haya seleccionado al iniciar el juego (0) ó (X).
- El ganador será quién pueda colocar primero su símbolo consecutivamente 3 veces en una misma dirección (vertical, horizontal o diagonal).

Juego 6: La liga del saber.

Objetivo: Evaluar un tema.

Desarrollo:

- Se simula un concurso transmitido por televisión.
- Se establecen nombres para cada equipo que se forme.
- Se realizan preguntas y gana el equipo que responda correctamente más preguntas.

Juego 7: Lotería.

Objetivo: Aclarar dudas, reafirmar y evaluar conocimientos.

Materiales: Tarjetas y cartones.

Desarrollo:

- Es igual a la lotería tradicional, solo que en las tarjetas y cartones han de combinarse los conceptos con sus contenidos.
- El coordinador extraerá de una bolsa una tarjeta con un concepto y el que posea en su cartón el enunciado lo reclamará.
- Si el plenario considera que la relación enunciado-concepto es correcta se le entrega la tarjeta.
- Se juega despacio, dando tiempo entre una y otra pregunta, para que todos opinen y se aclaren dudas.
- Gana el equipo que primero logre llenar su cartón.

Recomendaciones:

Es útil combinar con comentarios o debates sobre algunos de los conceptos pues tiene una carga reproductiva y memorística.

ANEXO VII

Pruebas no paramétricas

Notas

Resultados creados	11-SEP-2014 14:49:56
Comentarios	
Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
Filtro	<ninguno>
Entrada Peso	<ninguno>
Dividir archivo	<ninguno>
Núm. de filas del archivo de trabajo	67
Sintaxis	NPTESTS /RELATED TEST(NCA NCD) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Tiempo de procesador	00:00:00,16
Tiempo transcurrido	00:00:00,36

[Conjunto_de_datos1]

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de valores diferentes entre NCA y NCD tienen las mismas probabilidades.	Prueba McNemar de muestras relacionadas	,000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05

Pruebas no paramétrica

Notas

Resultados creados	11-SEP-2014 14:50:19
Comentarios	
Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
Filtro	<ninguno>
Entrada Peso	<ninguno>
Dividir archivo	<ninguno>
Núm. de filas del archivo de trabajo	67
Sintaxis	NPTESTS /RELATED TEST(HABA HABD) /MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE /CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.
Tiempo de	00:00:00,06
Recursos procesador	
Tiempo transcurrido	00:00:00,06

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de valores diferentes entre HABA y HABD tienen las mismas probabilidades	Prueba McNemar de muestras relacionadas	,034 ¹	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05

¹Se muestra la significancia exacta para esta prueba.