

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**Ciego de Ávila. Clínica Estomatológica Docente Norte Morón.**

**Título:** Intervención Educativa: Como sonreírle mejor a la vida?

**Autora:** Dra. Evelyn Alvarez Cardoso.  
Residente en EGI.  
Master en Salud Bucal Comunitaria  
Profesora Instructora.

Tesis para optar por el título de especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral.

Ciego de Ávila 2016

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**Ciego de Ávila. Clínica Estomatológica Docente Norte Morón.**

**Título:** Intervención Educativa: Como sonreírle mejor a la vida?

Tesis para optar por el título de especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral.

**Autora:** Dra. Evelyn Alvarez Cardoso.  
Residente en EGI.  
Profesora Instructora.

**Tutora:** MSc. Mara Isabel Morales Pardo.  
Especialista de I Grado en EGI.  
Master en Salud Bucal Comunitaria.  
Profesora Asistente.

**Asesora:** Tania González Marín.  
Especialista de I Grado en EGI.  
Profesora Instructora.

**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 mi hermano y a mi esposo por tener fe en mí, a mi hija por ser mi mayor tesoro, a mi madre por ser el motor impulsor que me permite continuar hacia adelante y a mi padre por ser mi mano derecha y brindarme su apoyo incondicional en todo momento.

## **Resumen**

Se realizó un estudio pre experimental de intervención del tipo antes y después en doscientos estudiantes de pre escolar y primer grado de la Escuela Primaria “ Ignacio Agramante y Loynaz” del municipio de Morón, utilizándose una muestra de ciento tres escolares, en el período comprendido entre septiembre del 2015 a julio del 2016, con el objetivo de elevar el nivel de información sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes. Para la obtención del dato primario se aplicó una encuesta al inicio de la investigación para obtener un diagnóstico previo donde se destacaron las necesidades educativas sobre el tema con el fin de implementar una estrategia auxiliada por medios de enseñanza. Finalmente se aplicó nuevamente la encuesta para medir el impacto de la estrategia implementada. Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizaron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y por cientos, utilizándose como medida de tendencia central la media aritmética y como medida de dispersión la desviación típica. Para establecer la significación estadística de las diferencias encontradas antes y después de la estrategia educativa se aplicó una prueba de hipótesis paramétrica. Con la intervención los escolares mejoraron el nivel de información sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes.

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>6</b>
<b>Material y Método .....</b>	<b>18</b>
<b>Análisis y Discusión de los Resultados.....</b>	<b>23</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>29</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>30</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>31</b>

## Introducción

La salud es un elemento insustituible del bienestar general, sobre ella repercute cualquier alteración del organismo y se ha verificado que el apoyo de la comunidad expresado en las redes sociales mejora la salud y contribuye a reducir la incidencia de las enfermedades por eso en nuestro país se desarrollan múltiples esfuerzos por mejorar la calidad de vida en las comunidades , elevando así los índices de salud conociéndose la existencia de un sin número de factores que condicionan esta y que exigen una atenta reflexión pues el conocimiento de los factores causales de una enfermedad es la clave para establecer su prevención, mejorar su pronóstico y adoptar terapéuticas adecuadas, la prevención es considerada la flecha que apunta en dirección opuesta a la enfermedad y consiste en poner barreras al avance de la misma en todos y cada uno de sus estadios (1-4).

Las enfermedades buco dentales alteran la salud en general y algunas de ellas como las caries, parodontopatías y las maloclusiones son consideradas las enfermedades crónicas que afectan más a la población a nivel mundial, en la actualidad se considera a las maloclusiones una enfermedad inherente a la civilización, siendo su predominio muy variable en los distintos países pero estimados conservadores demuestran que el 50 % de la población necesita tratamiento (5-7).

Estas alteraciones suelen comenzar en edades muy tempranas lo cual nos da una idea de la magnitud del problema, varios años de investigaciones en esta área nos ha permitido considerar que la mayoría de las maloclusiones resultan de una desarmonización en el desarrollo de las bases óseas maxilares y el tamaño de los dientes junto a una constelación de factores ambientales que matizan su expresión final en la morfología oclusal, pero además se considera una maloclusión como el producto final de una serie de factores que quizás ya no estén presentes pero que han dejado la huella de la deformidad orofacial por esto en ortodoncia el diagnóstico será erróneo si se identifica la alteración de la oclusión dental y se omite una discrepancia entre los maxilares o un trastorno sistémico. Debido a la demanda asistencial que provocan en nuestro entorno es

que debemos intensificar las actividades en el campo de la prevención y la ortodoncia preventiva enmarca un grupo de medidas encaminadas a evitar la aparición o desarrollo de las maloclusiones, de ahí que se ha implementado en todas las clínicas estomatológicas de nuestro país y así poder aplicar tempranamente procedimientos de interceptación. Pues una de las metas de salud es introducir o reformar conductas que mejoren el estado de salud de la población y para ello debemos apoyarnos en las actividades de Educación y promoción de salud que son el pilar fundamental de sustentación futura de la salud (8-10).

La Promoción y Educación para la Salud es la expresión de la organización, planificación y control de un conjunto de actividades que nos permiten mediante la adquisición de experiencias promover estilos de vida, hábitos y costumbres que posibiliten comportamientos conscientes y responsables ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud, es una experiencia educativa que utiliza técnicas vivenciales y actividades lúdicas con el propósito de interiorizar conceptos pues no se aprende lo que simplemente se lee o se escucha, a de provocarse el diálogo reflexivo y participativo que fortalezca la creatividad, la conciencia crítica y ayude a crear una actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud (11-13).

Los niños son uno de nuestros tesoros más preciados, son la semilla que al sembrarla dará los frutos que seamos capaces de producir con nuestro propio esfuerzo (14), de ahí la importancia de implementar una serie de acciones de promoción encaminadas a fomentar su salud bucal.

Según la primera conferencia de Ottawa en 1986 la Promoción de Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Las innumerables acciones que Cuba ha llevado a cabo para fomentar el desarrollo y bienestar social han tenido un enfoque participativo, dinámico e integral en el cual los factores sociales y las instituciones formales e informales se organizan para garantizar los cambios cognoscitivos, conductuales y de estilos de vida con un fuerte fundamento en la pedagogía participativa (15).

En nuestro país se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, vencer amenazas, superar debilidades e innovar estrategias para alcanzar un desarrollo integral que genere el fomento de una vida saludable. Desde hace más de cuatro décadas se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social basado en la equidad y derechos de todas las personas a la salud y el bienestar que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo en la Promoción de la Salud y la prevención de las enfermedades (16-19).

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. El comportamiento de las mismas 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 (20).

En Cuba, según estudios realizados en esta década, la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. Según una encuesta nacional realizada en 2012, de un total de 1197 encuestados en las edades de 5, 12 y 15 años, el porcentaje de afectados fue de 26 %, 42 % y 32 % 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 (21).

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, la fonación, deglución y respiración normal, y perjudiciales o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital), uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo.

Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño (21-22).

Los hábitos son patrones neuromusculares de naturaleza compleja, que se aprenden (Moyers) (22). Pueden definirse como la costumbre práctica que se adquiere de un acto, por la repetición frecuente del mismo. El hábito crea y se fija por el entrenamiento y la práctica de un acto, por tanto, se aprende: inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.

Los hábitos se pueden clasificar en dos grupos:

- ❖ Hábitos beneficiosos funcionales, que 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 funcionales.
- ❖ Hábitos perjudiciales o deletéreos, con los 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 (23).

La práctica de los hábitos deletéreos pueden producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático y como consecuencia de ello, anomalías del aparato masticatorio tanto morfológico como funcionales (24).

Los escolares de las escuelas primarias 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 información sobre las causas de los hábitos bucales deformantes en los niños de la Escuela —Ignacio Agramonte y Loynaz en el periodo comprendido entre septiembre del 2015 a julio del 2016?

Esta pregunta permite formular la siguiente hipótesis:

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

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

General:

Elevar el nivel de información sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes en niños de la Escuela Primaria "Ignacio Agramonte y Loynaz".

Específicos:

1. Distribuir los niños examinados portadores del hábito según:
  - Grado escolar
  - Sexo
  - Hábito que practica
  - Presencia o no de maloclusiones.
2. Diagnosticar el nivel de información de los escolares sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.
3. Determinar el nivel de información antes y después de aplicada la intervención educativa.

## **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 OMS las maloclusiones ocupan el tercer lugar como problema de salud oral (25).

Los hábitos bucales deformantes son causas de maloclusión, ellos pueden dañar las estructuras bucales y desencadenar también enfermedades infecciosas. 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 (26).

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 témporo-mandibular. 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 (27).

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 (28).

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, Hipertonía comisural, Buccinatríz o Mentoniana (29).

Como profesionales debemos tener criterios adecuados sobre el manejo sano del "problema". En los casos en que hay una causa anatómica o patológica definida como: Obstrucción Nasal, Frenillo Lingual corto, Amígdalas y/o Adenoides Hipertróficas, entre otros debemos remitirlo al especialista pertinente como el Otorrinolaringólogo, Cirujano Oral, Alergista, etc. y trabajar en equipo. En los casos en que la causa sea un mal aprendizaje de la función se debe recurrir a los métodos de entrenamiento adecuado, para ello contamos con la importante colaboración de los FONOAUDIÓLOGOS especialistas en MioTerapia Orofacial, que se encargan de la reeducación respiratoria, labial, lingual, masticatoria o postural y con fisioterapeutas capacitados en el manejo de Disfunciones Cráneo Mandibulares (30,31).

Evidentemente no es este nuestro papel, debemos aportar soluciones efectivas y además no debemos incomodar el proceso de reeducación como con frecuencia sucede. En el caso de la **Deglución atípica**, es muy difícil obtener o mantener los buenos resultados en la oclusión y por esto recurrimos a aparatos de retención clásicos en ortodoncia, pero que comúnmente son invasivos del espacio disponible para la lengua sin percatarnos que esto entorpece la maduración o evolución adecuada de la función lingual porque no tienen el diseño fisiológicamente correcto. En estos casos recomendamos como retenedores los aparatos funcionales con las siguientes características: - que no cubran el paladar, - que limiten los efectos de la interposición o empuje lingual, - que ayuden al entrenamiento de la posición labial, - que lleven elementos que reeduzcan la lengua y si es necesario que puedan llevar arcos que mantengan las nuevas posiciones dentarias. El aparato ideal para estos casos es el BIONATOR DE BALTERS ampliamente recortado en el paladar y si se desea puede llevar perla de reeducación lingual, arcos tipo Hawley, pantallas o escudos, bompereta labial,

entre otros. Este es un aparato muy cómodo para uso nocturno y uso parcial diurno, que complementa el tratamiento de mioterapia como recordatorio de la posición lingual correcta. Otra opción cuando se necesita uso permanente es una placa palatina con el área de las rugas totalmente descubierta. El Bionator tiene un diseño favorable completamente opuesto a lo que sucede con la comúnmente usada placa palatina con rejilla lingual, donde el paladar se cubre con acrílico obligando a la lengua a desplazarse hacia abajo y fácilmente se acomoda por debajo de la rejilla, empeorando la disfunción lingual y entorpeciendo la terapia de reeducación (32).

En los casos de **SUCCION 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 (33).

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 ayudarle 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 (34,35).

### **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 abandone 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 (36).

### **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.

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

#### 3. Otras alteraciones que se podrían observar:

- Boca abierta normalmente.
- Persistencia de deglución infantil. Al existir un espacio entre los dientes de arriba y los de abajo el niño se va a colocar la lengua entre los dientes para tragar.

- Problema 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) (37).

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 (38).

### **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.

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 (39).

Los hábitos orales deben analizarse desde antes de nacer el niño, por lo que resulta fundamental suministrarle a la futura mamá los conocimientos necesarios.

A los múltiples beneficios que para la salud de la niña y el niño comporta la lactancia materna, hay que añadir que, durante la amamantación, el bebé no solo succiona como comúnmente se cree, sino que "ordeña" en el sentido más literal, con movimientos de la mandíbula de avance y retroceso, y este ejercicio continuo prepara sus músculos masticatorios y todo su sistema, que va adquiriendo el tono y desarrollo requeridos para cuando aparezcan los primeros dientes. El niño que se amamanta utiliza por lo menos 60 veces más energía que aquel que toma del biberón y, por otra parte, posibilita que las estructuras óseas, musculares y articulares crezcan con armonía. Es por ello que la alimentación con biberón es considerada un factor principal de riesgo en el desarrollo de hábitos (40).

### **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 (41).

La respiración es una función vital que comprende el conjunto de procesos metabólicos 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 (42).

Cada ciclo ventilatorio comprende una inspiración y una espiración. Normalmente el aire penetra por la nariz, toma el pasaje laríngeo, faríngeo, tráquea y llega a los alvéolos pulmonares. Este pasaje cumple con la finalidad que debe tener el aire para llegar en perfectas condiciones al pulmón: condiciones de humedad, calentamiento, filtrado, etc. Pero también cumple con una condición morfogénica importantísima: que a través del mecanismo de la respiración se produce tensión, distensión, sinónimo de estímulo de crecimiento a nivel de las suturas de los huesos membranosos. Al respirar por las fosas nasales se produce un estímulo neural que es transmitido al sistema nervioso central y dará respuesta sobre ventilación pulmonar, crecimiento y desarrollo de los senos prenasales, además estímulos vitales para el organismo y también para el sistema endocrino. La cantidad de aire que llega a los pulmones por vía nasal es un tercio superior si se utilizara otra vía, como por ejemplo la bucal, en compensación a trastornos en la permeabilidad nasal. Cuando este aporte de aire no se realiza correctamente, tendremos en consecuencia una deficiencia respiratoria. Toda disminución del rendimiento energético de las células del organismo, es debida a una falla de los mecanismos a aportar o utilizar oxígeno. De ahí la importancia de la vida aérea nasofaríngea en la ortodoncia ya que la maloclusión en los pacientes que son respiradores bucales es relativamente común (43).

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 ortodontistas 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 (44).

### **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.

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 (46,47).

Autores como Meneghello (40) 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 quizá el 25% siguen mordiéndose las uñas. Una minoría de personas sigue estando aquejada por este hábito a lo largo de toda su vida. La onicofagia en las formas agudas puede dañar el lecho ungueal y la matriz (48,49).

También puede complicarse con verrugas periungueales y padrastrós. 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. 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. (49-50) 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 (55).

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 (50), Cepero Sánchez (52) 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 (50) realizó en Cienfuegos una intervención educativa del tipo antes y después, en niños de 5-11 años de edad de la escuela —Héroes del Moncadall del Consejo Popular Abreus, donde se logró elevar el nivel de información 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.

Por su parte Acevedo Sierra (51) realizó un estudio en 341 niños de 5 a 11 años, del municipio Cienfuegos, 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. De los niños portadores de hábitos, el 72.2 % presentó maloclusiones.

Cepero Sánchez (52) 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 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 (53) realizó un proyecto de intervención educativa en el Círculo Infantil —Amores de la Patria del área de salud —Héroes del Moncadall, 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 % 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 Troill del municipio de Camagüey por CarmenateFernandez (54), 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.

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

## **Material y Método**

Se realizó un estudio pre experimental de intervención de tipo antes y después consistente en una intervención educativa para elevar el nivel de información sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes en niños de la Escuela Primaria "Ignacio Agramante y Loynaz" del Municipio de Morón en el período comprendido entre septiembre del 2015 a mayo del 2016. El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los estudiantes de preescolar y primer grado y de ellos se utilizó una muestra de 103 escolares.

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

### **Criterios de inclusión:**

- ❖ Ser estudiante de preescolar y primer grado de la escuela —Ignacio Agramante y Loynaz 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.

### **Criterios de salida:**

- ❖ Niños que causan baja del centro durante el periodo de realización de la investigación. .

En esta investigación se tuvieron en consideración las siguientes variables:

1- Nivel de información sobre consecuencia de la práctica de hábitos bucales deformantes:

- 1.1- Bien: De 6 a 5 respuestas correctas
- 1.2- Regular: de 4 a 3 respuestas correctas
- 1.3- Deficiente: de 2 a 0 respuestas correctas

2- Sexo biológico:

- 2.1- Masculino
- 2.2- Femenino

## 3- Grado de escolaridad.

3.1- Prescolar

3.2- Primer Grado

## 4- Hábitos

4.1- Succión digital.

4.2- Respiración bucal.

4.3- Queilofagia.

4.4- Onicofagia.

Variable independiente: La estrategia de intervención mediante técnicas educativas a través del investigador.

Variable dependiente: El nivel de información sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes.

**Operacionalización de las variables de estudio**

<b>Variable</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Escala</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico de pertenencia.	Por ciento de examinados.
Escolaridad	Cualitativa nominal dicotómica	Pre- escolar Primer grado	Según grado de escolaridad alcanzado.	Por ciento de examinados.
Hábitos bucales	Cualitativa nominal dicotómica	Queilofagia Onicofagia Succión Digital Respiración Bucal	Según presencia de Malocclusion.	Por ciento de examinados.
Información sobre salud bucal.	Cualitativa nominal dicotómica	Bien: De 6 a 5 respuestas correctas Regular: de 4 a 3 Deficiente: de 2 a 0	Conocimiento según encuesta.	Por ciento de encuestados.

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 1**). También se citaron a los padres por escrito (**Anexo 2**) 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 preescolar y primer 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 3**).

Los **métodos y técnicas** de investigación empleados fueron:

- Del nivel teórico:

**Histórico – Lógico** para facilitar las reflexiones acerca de los resultados de otras investigaciones relacionadas con el nivel de información que presentan los escolares sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes que ayuden a completar las experiencias y enriquecerlas con un pensamiento lógico más profundo.

**Analítico – Sintético** en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo de determinar las diferentes concepciones que abordan los fundamentos teóricos que hacen necesario describir el nivel de información de los escolares sobre las consecuencias de la práctica de hábitos bucales deformantes.

**Inductivo – Deductivo** para concretar los supuestos teóricos permitiendo la descripción del nivel de información de los escolares sobre las consecuencias de la práctica de hábitos bucales deformantes.

- Del nivel empírico:

**Encuesta:** 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 4**). 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 5**). La segunda parte de la encuesta fue llenada por el investigador para diagnosticar los niños portadores del hábito y si presentaban o no maloclusiones 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 6**)

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.

#### **Del nivel estadístico - matemático:**

El **método porcentual**: Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizaron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentos. Además se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación típica). Para establecer la significación estadística de las diferencias encontradas antes y después de la estrategia educativa se aplicó una prueba de hipótesis paramétrica y no paramétrica según sea la variable que se analice.

Para medir el nivel de significación de estas diferencias de media se utilizó el utilitario estadístico SSPS con un nivel de confiabilidad del 95% para lo cual se plantean las siguientes hipótesis estadísticas:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

El informe final se confeccionó teniendo en cuenta la metodología y los requisitos establecidos por el departamento de Post- Grado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, utilizándose para su redacción el programa Microsoft Word y para la confección de las tablas Microsoft Excel.

### **Consideraciones Éticas**

Por incluir seres humanos la investigación se realizó de acuerdo con los principios de la bioética médica: el respeto a la persona, la beneficencia, la no-maleficencia y justicia; además se elaboró el consentimiento informado(**anexo3**). Este permitió que los padres de los escolares conocieran el tipo de investigación que se estaba realizando en Escuela Primaria: Ignacio Agramante y Loynaz del Municipio Morón, a los que se le recogió su disposición para colaborar con el estudio.

## Análisis y Discusión de los Resultados.

Tabla 1:

Distribución de los escolares según la práctica de hábitos bucales deformantes. Elevar el nivel de información sobre consecuencias de la práctica de Hábitos Bucles Deformantes. Escuela Primaria: Ignacio Agramante y Loynaz. Municipio Morón.

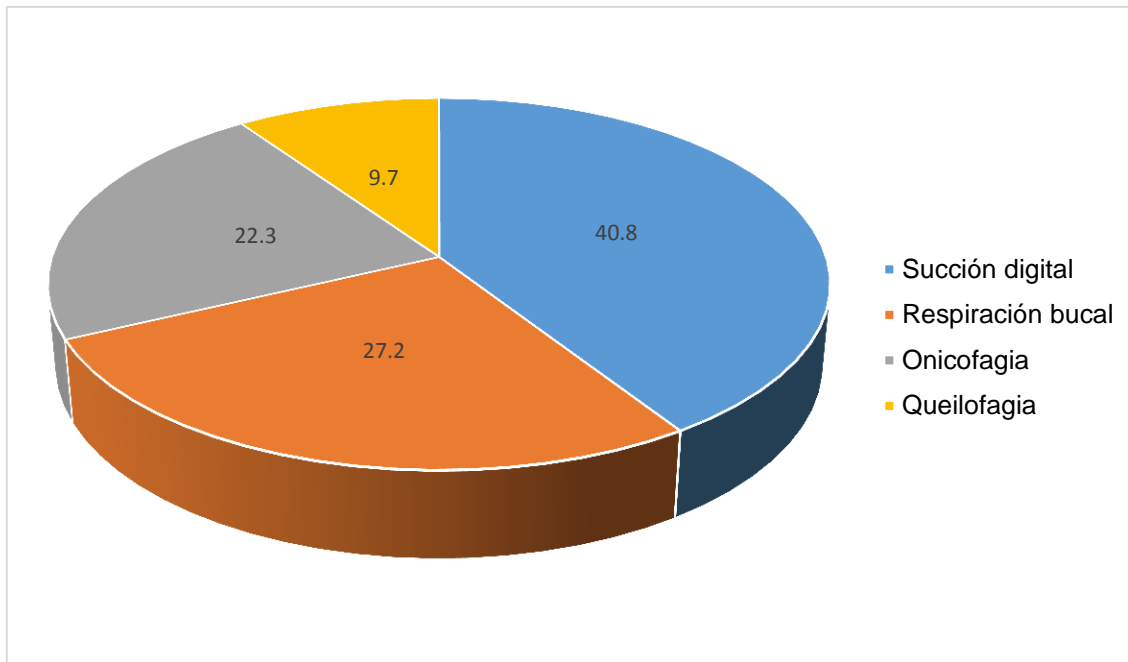
Portadores de hábitos		No Portadores de Hábitos		Total	
No.	%	No.	%	No.	%
103	51.5	97	48.5	200	100

Fuente: Encuesta.

Al distribuir los escolares en estudio según la práctica de hábitos bucales deformantes se obtuvo una frecuencia de 103 niños que practicaban los mismos, lo que representó el 51.5% del total de niños examinados de los grados pre- escolar y primer grado. Solo el 48.5% de los escolares estaban exentos de la práctica de estos hábitos. 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 a 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. En ocasiones los mismos 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, situaciones muy frecuentes en estos grados escolares. Los resultados expuestos en este trabajo coinciden con Cepero Sánchez (52), quien realizó una intervención educativa a niños de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes, obteniendo una muestra de 87 escolares portadores de estos hábitos representando un 72.5%. Lorenzo Bravo (53) por su parte, también realizó un proyecto de intervención educativa en un círculo infantil a niños de 4<sup>to</sup>,

5<sup>to</sup> y 6<sup>to</sup> determinando como problema fundamental la elevada incidencia de hábitos bucales deformantes con el 77.9% de los niños afectados. Ambos autores encontraron un gran por ciento de escolares que practican hábitos bucales deformantes.

**Grafico 1:** Hábitos bucales deformantes más frecuentes.



Al analizar los hábitos bucales deformantes más frecuentes se pudo comprobar que la succión digital fue el hábito que más prevaleció, representando un 40.8%, coincidiendo estos resultados con el estudio realizado por Lorenzo Bravo (53). Este hábito se ha considerado normal hasta los dos años y medio de edad, si se prolonga puede afectar tanto la estética como la función, provocando desplazamientos dentales insignificantes, hasta mordidos abiertos anteriores considerables, con movimiento hacia afuera de los incisivos superiores, así como también colapso maxilar y en consecuencia mordida cruzada posterior. Aunque no se sabe la causa o razón específica por la que aparece o persiste esta conducta, podemos mencionar algunas que pudieran tener relación con ésta: falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional del niño, cambios en el ambiente familiar (el nacimiento de un hermano, ingreso del niño a la escuela, entre otros factores).

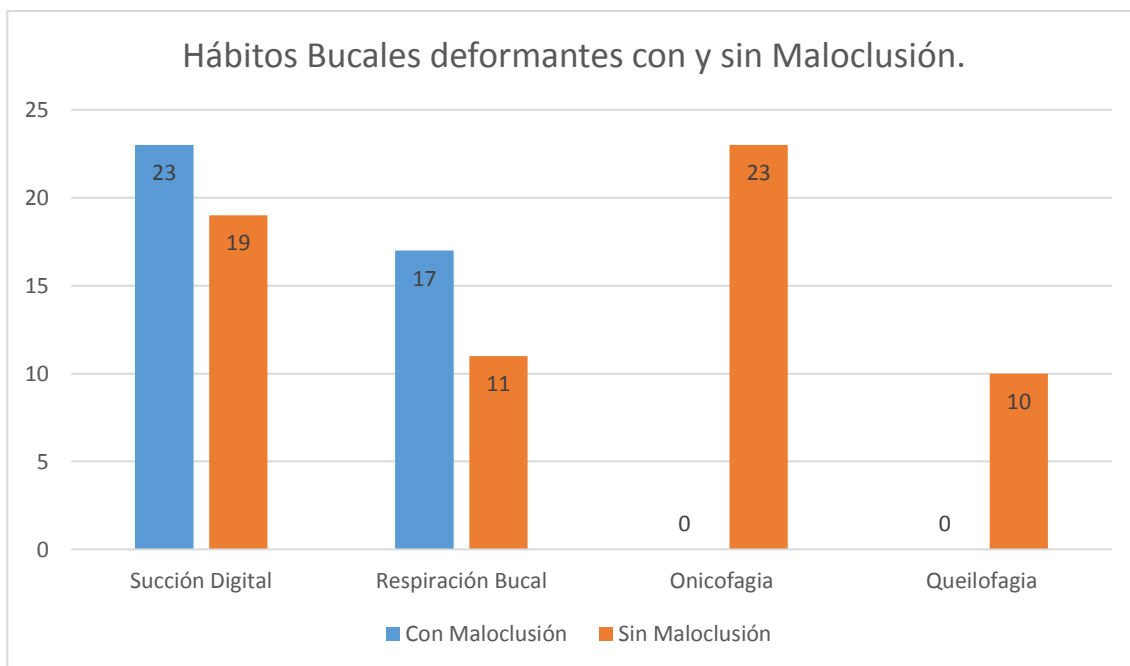
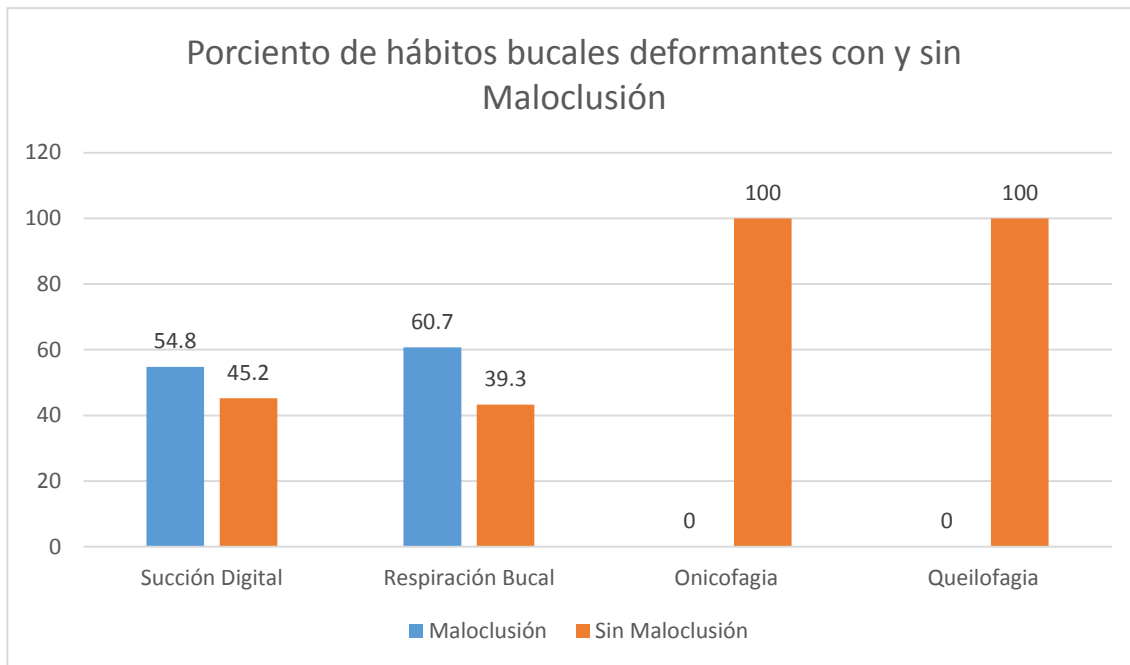
Desde el punto de vista bucal el daño provocado por la persistencia de esta conducta depende de tres factores principales: La intensidad, es decir la fuerza que aplica a los dientes durante la succión, la duración, cantidad de tiempo que se dedica a succionar, la frecuencia y número de veces que se realiza el hábito durante el día.

Estudios realizados por Acevedo Sierra (51), Fernández Martínez (50), Cepero Sánchez (52), Carmentate Fernández (54) difieren de estos resultados, pues el hábito que más prevaleció en los estudios realizados por los dos primeros autores fue la protracción lingual, mientras que para el tercero y último fueron la deglución atípica y el uso del biberón respectivamente.

**Tabla 2:** Distribución de los estudiantes portadores de hábitos según grado escolar y sexo.

Grado escolar	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pre-escolar	34	33.0	22	21.4	56	54.4
Primer Grado	18	17.5	29	28.1	47	45.6
Total	52	50.5	51	49.5	103	100.0

Al analizar la frecuencia de escolares portadores de hábitos bucales deformantes en el grado pre- escolar se pudo observar que el 33.0% del sexo masculino practicaba algún tipo de hábito, mientras que en primer grado la mayor frecuencia correspondió al sexo femenino, representando un 28.1%. De forma general no se encontró diferencias representativas en el sexo, puesto que la práctica de hábitos se comportó de forma similar en ambos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Cepero Sánchez (52). En cuanto al grado escolar se pudo observar mayor frecuencia de la práctica del hábito en el grado pre-escolar (54.4%) resultado que no coincide con el estudio realizado por Cepero Sánchez (52).

**Gráfico 2**

Fuente: Examen físico.

Según nos muestra el siguiente gráfico se determinó que el hábito que mayor por ciento de maloclusiones presentó fue la respiración bucal (60.7%), seguida de la succión digital (54.8%) mientras que los niños que practicaron la onicofagia y queilofagia quedaron exentos de la presencia de maloclusión. Si hacemos un

análisis entre la tabla No.1 y este gráfico se puede observar que la presencia de hábitos así como la frecuencia con la que se practica el mismo, puede producir un aumento de las maloclusiones, las que se pueden arraigar provocando la ruptura del equilibrio bucal y dentario, si no se realiza un tratamiento oportuno. Estos resultados coinciden plenamente con el estudio realizado por Acevedo Sierra, el cual encontró que de los niños portadores de hábitos, el 72.2 % presentó maloclusiones.

**Tabla 3:** Nivel de información sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Grado escolar	Nivel de Información											
	Bien				Regular				Deficiente			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	no	%	no	%	no	%	no	%	no	%
Pre escolar	8	14.3	42	75	14	25	7	12.5	34	60.7	7	12.5
1 <sup>er</sup> grado	9	19.1	32	68.1	11	23.4	5	10.6	27	57.4	10	21.3
Total	17	16.5	74	71.8	25	24.3	12	11.7	61	59.2	17	16.5

$$X_1=4.12$$

$$X_2=8.55$$

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos antes y después de la intervención sobre el nivel de información de los escolares en relación con las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes. En la etapa de diagnóstico el 59.2% de los escolares obtuvo una calificación deficiente, siendo el primer grado el grupo que presentó menor nivel de información. Seguidamente le siguieron los escolares evaluados de regular con un 24.3% y solamente un 16.5% alcanzó la calificación de bien. Después de aplicada la intervención se obtuvo diferencias significativas en los resultados, puesto que solo el 16.5% de los niños fueron evaluados de deficientes, 11.7% de regular y la mayoría alcanzó una calificación de bien, representando un 71.8%. Como se pudo apreciar el impacto de la intervención fue efectiva con  $p=0.0011$  con un 95% de confiabilidad. Fernández Martínez (50) obtuvo resultados similares pues logró elevar el nivel de

información sobre los hábitos deformantes y su repercusión, maximizando de esta forma la salud bucodental de los escolares.

## **Conclusiones**

La mayor frecuencia de escolares portadores de hábitos bucales deformantes del grado pre-escolar correspondió al sexo masculino, mientras que en primer grado fue al femenino. El hábito bucal deformante de mayor prevalencia en los escolares en estudio fue la succión digital y corresponde al hábito de respiración bucal el mayor por ciento de niños con maloclusiones. La estrategia de intervención logró cambios de conductas favorables en los escolares, lo que elevó el nivel de información sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

## **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, recomendamos:

- Continuar el trabajo educativo con este grado para poder validar el impacto de esta estrategia a largo plazo.
- Extender y aplicar esta investigación al resto de los grados de la escuela en estudio, así como a todos los centros de educación primaria del municipio para hacer más eficiente la labor preventiva.

## Referencias Bibliográficas

- 1- Ochoa Sato R, Castañedo Rojas I, Cobas Silva M. Promoción de salud. Centro Nacional de promoción y educación para la salud. Cuba MINSAP OPS – 2010.
- 2- Brca García P, Brano Pérez M, Llorca Calvo JC. Dinámico de la enfermedad y la lesión de la caries. En: Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. Smith KlineBeccham. SA, 2011: 2183-89.
- 3- Navarro Núñez M. Algunos factores locales predisponentes de maloclusiones en niños de 3 a 5 años. (Trabajo para optar por el Título de especialista de Primer grado de Ortodoncia). Clínica Manuel Angulo Farran. Holguín, 2012.
- 4- Barroto Chao R, Trujillo Grass Programa de comunicación en Salud. Manual. Junta de Comunidades de Castilla-La marcha. UNICEF. MINSAP, 2011.
- 5- Borrachina Mataix C. Etiopatiogenia. Factores generales. En: CanutBruzolaJa. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona. Masson. 2015:203-219.
- 6- Camacho Carbonel O, Piquero Gonzáles G, Isasi Céspedes RP. Estudio comparativo entre tabla de Moyers, Nivel del 50% y los valores pediátricos de Tanaka y Jonhnton. RevCubOrtod. 2013,14(1): 18-21.
- 7- Andlaw RJ, Rockwp. Desarrollo oclusalnormal: Manual de Odontopediatría.4ta ed. México:Megraw, Hill Pan – American, 2012.
- 8- Puente M, Castillo Coto A, Sistema evaluativo para la educación sanitaria en estomatología. RevCubOrtod. 2011,7(1-2):36-38
- 9- Almira Vásquez A. Educación para la salud Boletín estoma.En acción. 2011, (1):10.
- 10- Luetich A, Moroni E, Cura A. Proyecto innovativo de educación para la salud.RAAD. Rev Ateneo Argentina Odontol. 2012,39(1):5.
- 11- Rodríguez Calzadilla A, Zaldivar valiente C. Vigilancia Epidemiológica. RevCubEstomatol. 2011,36(2):158-178.

- 12- Martí Pérez JJ. La Edad de Oro. 6ta ed. C.Habana: Editorial Gente Nueva. 2012:5-7.
- 13- Austimullo CC. Educación para la salud. Reflexiones Acta OdontolVenez 2011; 38(3):21-3.
- 14- Nuñez de Villavicencio Porro F, González Méndez R, Ruiz Rodríguez G, Álvarez González MA, Leal Ortega Z, Suárez Vera DM. Psicología y salud. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.p 41, 141.
- 15- 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 2011; 40(1)
- 16- San Martín H, Martín AC, Carrasco JL. Epidemiología. Investigación Práctica. Madrid: Edit. Díaz Santos; 2012.
- 17- López Y, Arias M, Zelevenco O. Lactancia Materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. (Página en Internet) 2011 (citado 24 Enero 2014);(aprox.13pantallas)Disponibleen:<http://www.bus.sld.cu/revista/ord/voll41-99/ord07199.html>.
- 18- Baquerizo Goodyl. Cdo el hábito de chuparse el dedo se vuelve un problema. (serie en Internet) 2012 (citado 10 mayo 20114) ; (aprox. 9p). Disponible en <http://www.ecuadontologos.com/español/articulos/6.htm/>.
- 19- Slade GO, Caplen DJ. Methodological issues in longitudinal epidemiologic dental caries. CommunityDent Oral Epidemiol 2011; 27(4):236-48.
- 20- Almeida Filho N. Epidemiología sin números. Washington: Serie Paltex. OPS; 2013.
- 21- Erickson PR. Estimation of the caries-related risk associated with formula. Pediatr Dent 2014; 20(7):395-403.
- 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.; 2012

- 23- Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención primaria de Estomatología. Rev Cubana Estomatol 2012;35(1).
- 24- Alenen P. Risk in risk definitions. CommunityDent Oral Epidemiol 2011;27(6):394.
- 25- Pitts NB. Risk assessment and caries prediction. J DentEduc 2015;62(10):762.
- 26- Chakraborty M. Epidemiological correlates of dental caries in an urban West. BengalIndian J PublicHealth 2011; 41(2):56-60.
- 27- Bech JD. Epidemiology of periodontal diseases. CurrOpinPeridontol 2011; 31:3-9.
- 28- Mena GA. Epidemiología bucal. Caracas: Ofero/Vdual; 2011
- 29- Abramson JH. Método de estudio en medicina comunitaria. Madrid: Edit. Díaz Santos; 2012.
- 30- Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom. Epidemiología Básica. Washington: Publicación Científica No. 551. OPS; 2011.
- 31- Heraza AB. Clínica del Sano en Odontología. Bogotá: Ed. ECOE; 2013.
- 32- Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria en Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 2012;35(1)
- 33- VarNormar RA. Digisuking; a review of the literature, clinical observation and treatment recommendation. Int J OrofacialMyology 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 2011;15(2):66-70
- 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.
- 40- Meneghello J. Pediatría. Publicaciones técnicas Mediterráneo. 4ª edición. 2006. Avda. Eliodoro Yáñez 2541, Santiago. Chile
- 41-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. 184-45.
- 42-Águila RJ, Almiñaque G R, González R E, Céspedes IR. Prevalencia de hábitos bucales deformantes, en niños de 3-5 años. Rev Cubana Est 2011;17(3):137-42
- 43-Azrin N., Nunn G. Tratamiento de hábitos nerviosos. Editorial Martínez Roca, s.a. 2010 Gran Vía 774. 08013 Barcelona. España.
- 44-CanutBruzola 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. 2013.
- 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.2011.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.2012, 16(6):361-369.
- 48-Labrada Fernández H, Gonzalez Puig X. Comportamientos sobre salud bucal en niños, padres y educadores del Círculo Infantil"Flor de la Sierra ". 1er Simpósio Internacional de salud bucal. Varadero 2010.
- 49- Navarro Núñez M Algunos factores predisponentes de maloclusiones en niños de 3 a 5 años de círculos infantiles. Holguín 2009-2010 Trabajo para optar el título de especialista de primer grado en ortodoncia Holguín Facultad de Ciencias Médicas —Mariana Grajales Coello2010.
- 50-Fernández Martínez Y. Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2011; 7(1) Especial.
- 51-Acevedo Sierra O. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2012; 6(2)
- 52-Cepero Sánchez Z. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Matanzas; 2011.(citado 25 de noviembre del 2012); Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu>
- 53-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-2011. ( citado25 de noviembre del 2013); disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu>
- 54-Carmenates Fernández N.IMPACTO DE UN PROGRAMA DE COMUNICACIÓN EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS CON RETRASO MENTAL LIGERO. Archivo Médico de Camagüey 2014; 11(4) ISSN 10250255.

55- González Romero C M. DIAGNÓSTICO EDUCATIVO SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES. Archivo Médico de Camagüey 2010; 9(3).

**ANEXO 1**

Convenio investigador- escuela.

De una parte: Dra. Evelyn Alvarez Cardoso.

Profesor instructora.

De otra parte: Director

Escuela primaria " Ignacio Agramonte y Loynaz".

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen:

Acuerdan:

Dra. Evelyn Alvarez Cardoso

- Elaborará una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos bucales deformantes.
- Trabajaré en la escuela desde septiembre 2015-Julio 2016
- 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. Evelyn Alvarez Cardoso

-----  
Firma

-----

-----

Firma

**ANEXO 2**

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. Evelyn Alvarez Cardoso.

Residente de Primer Año en Estomatología General Integral.

**ANEXO 3**

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 para dejar constancia de nuestra aprobación voluntaria firmamos la presente a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2015

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

**ANEXO 4**

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

Sexo ----- Grado escolar -----

1.- ¿Cuáles de estas cosas haces?

\_\_\_ Chuparte el dedo. \_\_\_ Respirar por la boca. \_\_\_ Comerte las uñas.  
\_\_\_ Morderte los labios.

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

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

Sí ----- 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?

Sí ----- 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.\_\_\_\_\_.

2. Presencia de maloclusiones.

- Sí.\_\_\_\_\_.
- No.\_\_\_\_\_.

## **ANEXO 5**

### **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.

- 1. Bien: De 6 a 5 respuestas correctas.
- 2. Regular: de 4 a 3 respuestas correctas.
- 3. Deficiente: de 2 a 0 respuestas correctas.

## **ANEXO 6**

### **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.