

ARTICULO ORIGINAL

Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes**Effectiveness of an educational intervention in schoolchildren from 8 to 11 presenting deforming**

Dra. Odalis Acevedo Sierra, ⁽¹⁾ Dra. Clotilde Mora Pérez, ⁽²⁾ Dr. José Luis Capote Femenías, ⁽³⁾ Dra. Clara Rosa Rosell Silva, ⁽¹⁾ Yuritza Hernández Núñez. ⁽⁴⁾

¹ Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ² Especialista de II Grado en Ortodoncia. MSc. en Educación Médica. Investigador agregado. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. ³ Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Medicina Natural y Tradicional. Policlínica Área 3. Cienfuegos. ⁴ Estomatólogo General Básico. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos.

¹ Second Professional Degree in General Stomatology. MSc. in Community Oral Health. Assistant Professor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguia Lima". Cienfuegos. ² Terminal Professional Degree in Ortodoncy. MSc. in Medical Education. Research Associate. University of Medical Sciences. Cienfuegos. ³ Second Professional Degree in General Stomatology. MSc. in Natural and Traditional Medicine. Area III Polyclinic. Cienfuegos. ⁴ Stomatology Graduate. Instructor. University of Medical Sciences. Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: la práctica de hábitos bucales deformantes puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático y como consecuencia anomalías dentomaxilofaciales.

Objetivo: analizar la efectividad de una intervención educativa aplicada en niños de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes.

Métodos: estudio cuasiexperimental con intervención antes y después, realizado en una muestra de 67 niños de la escuela primaria "Roberto Fleites", de Cienfuegos, desde enero a septiembre del 2008. Se identificaron los diferentes tipos de hábitos y anomalías presentes en cada niño, se aplicó el programa "Cuida tu sonrisa" con frecuencia semanal. Se aplicó una encuesta de conocimientos a niños, padres y educadores, antes y

después de aplicar acciones educativas, preventivas y terapéuticas.

Resultados: se erradicó el 66 % de los hábitos deformantes (más frecuentes protracción lingual, succión de biberón y onicofagia) y hubo reducción de las anomalías dentomaxilofaciales. Se elevó el nivel de conocimiento de niños, padres y educadores.

Conclusiones: los hábitos deformantes constituyen un problema de salud que se puede prevenir tempranamente para mejorar la armonía de los componentes del aparato estomatognático. Una intervención educativa puede resultar efectiva en dicha prevención.

Palabras clave: evaluación de eficacia-efectividad de intervenciones; educación en salud dental; hábitos linguales; maloclusión; niño

Recibido: 27 de enero de 2011

Aprobado: 18 de febrero de 2011

Correspondencia:

Dra. Odalis Acevedo Sierra.

Hospital General Universitario Dr. "Gustavo Aldereguia Lima"

Calle 51 A y Avenida 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100

Dirección electrónica: odalys.acevedo@gal.sld.cu

Límites: Humanos; niño

ABSTRACT

Background: The practice of deforming oral habits may interfere with normal growth and development of the stomatognathic system and, consequently, cause dentomaxillofacial abnormalities.

Objective: To analyze the effectiveness of an educational intervention in children from 8 to 11 presenting deforming oral habits.

Methods: A quasi-experimental study was conducted before and after the intervention. The sample consisted of 67 children from the "Roberto Fleites" primary school in Cienfuegos, from January to September 2008. Different types of patterns and anomalies were identified for each child. The special program "Take Care of Your Smile" was applied weekly. A survey was applied to children, parents and educators before and after the application of educative and prevention actions and treatment.

Results: deforming habits were eliminated in 66 % of cases (more frequent deforming habits were tongue protrusion, bottle suction and nail biting) and dentomaxillofacial abnormalities were reduced. The knowledge level of children, parents and educators was raised.

Conclusions: deforming habits constitute a health problem that can be prevented in early stages in order to improve the harmony of the stomatognathic system components. An educational intervention can be effective for prevention in these cases.

Key words: evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions; health education, dental; tongue habits; malocclusion; child

Limits: Humans; child

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales deformantes son aquellos que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario. ⁽¹⁾

Su práctica puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia anomalías tanto morfológicas como funcionales. ⁽¹⁾

Por su etiología pueden ser instintivos, placenteros, defensivos, hereditarios, adquiridos e imitativos. ⁽²⁾ Algunos autores opinan que también intervienen factores psicológicos pues muchos niños, frente a las perturbaciones emocionales, toman el hábito como medio de liberación de tensiones y llega a convertirse en una clara defensa contra los sentimientos de inseguridad, falta de amor y angustias. ⁽³⁾

Para tratar un hábito el primer paso ha de ser la detección del agente causal, pues muchos hábitos son

derivados de situaciones que, al ser detectadas y adecuadamente tratadas, pueden conllevar a la desaparición espontánea de este. ⁽²⁾

El grado de alteración producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Además es importante la edad en que se inicia, de tal forma que mientras antes comience, mayor es el daño, pues a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable. ⁽⁴⁾

Para el logro de la salud bucal resulta de gran importancia la detección temprana, la prevención y el control de los hábitos bucales deformantes, muy comunes en los niños, pues estos constituyen una de las causas de maloclusiones. ⁽²⁾

Según la OMS, la maloclusión es una entidad patológica que ocupa el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal. ⁽⁵⁾ A escala mundial su comportamiento oscila en rangos de 35 % a 75 %, con diferencias en el sexo y la edad; el apiñamiento constituye la anomalía más frecuente. ⁽⁶⁾

Estudios realizados en esta década en nuestro país plantean que la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. De un total de 1,197 encuestados en 1998 en las edades de 5,12,15 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. ⁽⁶⁾

La prevención es la piedra angular de la atención médica en el mundo, razón por la cual la Estomatología debe ser cada vez más preventiva y educacional. La atención debe ir dirigida muy especialmente a la población infantil, privilegiada con respecto a otros grupos de edades. Dada esta situación surge una gran variedad de posibilidades para desarrollar no solamente el trabajo clínico, sino también el trabajo educativo. ⁽⁷⁾

El primer y más importante pilar de la prevención en estomatología lo constituye la educación para la salud bucal. Como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y conducta, que parte de la detección de sus necesidades de aprendizaje e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y su comunidad. ⁽⁸⁾

Tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquier hábito resulta una tarea compleja, por lo que la cooperación de los padres es considerada la llave para la eliminación satisfactoria de los mismos. La motivación de padre e hijo es fundamental. ⁽⁹⁾

Las enfermedades buco dentales son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra comunidad y una vez establecidas son persistentes y no tienen curación espontánea, pero sí se pueden prevenir. ⁽⁷⁾

Constituye un propósito y motivación rebasar los marcos

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

Tales razones llevaron a la realización de esta investigación con el objetivo de analizar la efectividad de una intervención educativa aplicada en niños de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental con intervención antes y después en niños portadores de hábitos bucales deformantes comprendidos en las edades de 8 a 11 años, de la escuela primaria "Roberto Fleites González", del Área II de salud del municipio de Cienfuegos, en el período comprendido desde enero a septiembre de 2008.

De un total de 112 niños comprendidos en estas edades se seleccionó un grupo de 67 que cumplieron los criterios de inclusión.

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

En una primera etapa de diagnóstico la muestra se dividió según sexo y edades de 8, 9, 10 y 11 años. Se realizó el examen clínico utilizando luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales. Se realizó un examen funcional donde se pudieron detectar alteraciones en la función deglución y respiración, fonación y masticación. También se tuvo en cuenta lo que refirió cada niño, así como los padres o tutores en cuanto a la práctica de algún hábito deformante.

Para detectar alteraciones en la deglución (protracción lingual) se les indicó a los niños que tragaran saliva sin separar sus dientes. Se le separaron los labios para observar si ocurría proyección de la lengua entre las arcadas dentarias.

Para identificar los niños portadores de hábito de respiración bucal, se observó mediante el examen facial si el niño respiraba con la boca abierta. También se le preguntó a la maestra (o) si en el aula se mantenía algún niño con la boca abierta de forma permanente, y por la observación directa en cada niño de las características del cuadro clínico de este hábito. En los niños identificados como respiradores bucales se procedió a entrevistar a uno de sus padres o tutores para conocer si la causa de la respiración bucal era por enfermedad o por hábito, y si esto lo realizaba desde un período anterior de por lo menos un año. Se descartaron los niños que presentaban enfermedades nasofaríngeas.

Para detectar los portadores de succión digital, además del interrogatorio a los niños y padres o tutores, se realizó un examen de los dedos para detectar dedo limpio o con callosidades. También se interrogó sobre la presencia de algún hábito accesorio que pudiera

presentar el niño.

Para detectar los succionadores de tete y de biberón se le realizó el interrogatorio a los niños y a los padres o tutores, y se corroboró por las características clínicas que pudieran estar presentes en los niños.

Para reconocer el hábito de onicofagia se examinaron las uñas para observar si eran escasas e irregulares como consecuencia del mordisqueo. También se utilizó el interrogatorio a padres o tutores.

Para identificar los hábitos posturales se les preguntó a padres o tutores y educadores si el niño habitualmente mantenía una postura inadecuada y además se observó si presentaba alguna desviación o anomalía.

Se realizó el reconocimiento del lugar donde se localizaba la anomalía dentomaxilofacial, observando las arcadas por separadas y en oclusión.

En una segunda etapa del estudio se procedió a aplicar el programa "Cuida tu sonrisa" con una frecuencia semanal, el cual incorporó niños, padres y educadores.

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

Programa educativo de salud bucodental: "Cuida tu sonrisa".

Este constituyó la expresión de organización, planificación y control de un conjunto de técnicas educativas, donde predominaron las técnicas afectivas participativas, haciendo uso de herramientas clave como la comunicación bidireccional, persuasión participativa interactiva y la creatividad. Se involucraron niños, padres y educadores.

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

El programa educativo constó de cinco encuentros para los niños y cuatro para los padres, con una duración aproximada de 45 minutos y una frecuencia semanal. Se coordinó con la dirección de la escuela el uso de un aula y el horario para las actividades del programa.

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

sometida a un proceso de pre test.

Para evaluar la efectividad de las terapias educativas, preventivas y terapéuticas utilizadas se relacionaron las variables de eliminación y mantenimiento de los hábitos deformantes bucales después de realizar la intervención sobre los niños objeto de estudio.

Se compararon las variables antes y después de la intervención. Para ello se utilizó la prueba de McNemar para las variables nominales y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para las ordinales. El margen de error en ambos test es de 5 %.

Los datos obtenidos se procesaron utilizando el procesador de texto Microsoft Word y como procesador de información el SPSS, versión 15.0 para Windows. Los resultados se expresan en tablas con números y porcentaje.

RESULTADOS

Al estudiar la frecuencia de los diferentes tipos de hábitos se evidenció que la protracción lingual (68,6 %), la succión del biberón (58,2 %) y la onicofagia (46,3 %) fueron los que predominaron. No se encontró ningún niño con mal hábito postural.

En cuanto a las edades, el hábito de protracción lingual afectó más a los niños de 10 años (84,2 %). La succión del biberón predominó en los niños de 8 años con una frecuencia de 78,6 % y la onicofagia en la edad de 11 años con un 64,7 %.(Tabla 1).

Tabla 1.Frecuencia de hábitos bucales deformantes según edad, antes de la intervención

Hábitos	Edad								Total	
	8		9		10		11		n =67	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Succión digital	3	21,4	2	11,8	4	21,1	5	29,4	14	20,9
Succión del biberón	11	78,6	11	64,7	12	63,2	5	29,4	39	58,2
Succión del tete	0	0	3	17,6	2	10,5	0	0	5	7,5
Respiración bucal	2	14,3	0	0	3	15,8	4	23,5	9	13,4
Protracción lingual	8	57,1	10	58,8	16	84,2	12	70,6	46	68,6
Onicofagia	5	35,7	7	41,2	8	42,1	11	64,7	31	46,3

Después de aplicada la intervención se redujo la frecuencia de los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes en todas las edades. La protracción lingual bajó de 68,6 % a 32,8 % y la succión del biberón de 58,2 % a 11,9 %, así mismo la onicofagia solo se mantuvo en el 14,9 % . (Tabla 2).

Las anomalías más frecuentes antes de la intervención fueron: la vestibuloversión y el resalte aumentado con un 35,8 % respectivamente. Además se destacaron el apiñamiento y la incompetencia bilabial con un 22,4% de afectados en ambas. Estas anomalías predominaron en

los niños de 11 años.

Al realizar la intervención, la vestibuloversión y el resalte aumentado se redujeron a un 14,4%, mientras que el apiñamiento y la incompetencia bilabial disminuyeron a un 13,4 % y 10,4 % respectivamente. En sentido general en todas las edades se logró eliminar alguna anomalía. (Tabla 3).

Tabla 2. Frecuencia de hábitos bucales deformantes según edad después de la intervención

Hábitos	Edad								Total	
	8		9		10		11		n =67	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Succión digital	0	0	0	0	2	10,5	3	17,6	5	7,5
Succión del biberón	3	21,4	2	11,8	2	10,5	1	5,9	8	11,9
Succión del tete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Respiración bucal	1	7,1	0	0	1	5,26	2	11,8	4	5,9
Protracción lingual	3	21,4	3	17,6	10	52,6	6	35,3	22	32,8
Onicofagia	1	7,1	2	11,8	1	5,26	6	35,3	10	14,9

Tabla 3.Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según edad en niños de 8.a 11 años después de la intervención

Anomalías	Edad								Total	
	8		9		10		11		n =67	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Incompetencia bilabial	0	0	0	0	3	15,6	4	23,5	7	10,4
Vestibuloversión	1	7,1	2	11,8	4	20,1	3	17,6	10	14,9
Apiñamiento	0	0	1	5,9	2	10,5	6	35,3	9	13,4
Adaquia	2	14,3	1	5,9	2	10,5	1	5,9	6	8,9
Mordida cruzada anterior	0	0	1	5,9	0	0	0	0	1	1,5
Mordida cruzada posterior	1	7,1	1	5,9	0	0	0	0	2	3,0
Resalte aumentado	1	7,1	2	11,8	4	20,1	3	17,6	10	14,9
Sobrepase aumentado	0	0	1	5,9	1	5,3	1	5,9	3	4,5
Total	5		9		16		18		48	

Cuando se realizó una comparación del nivel de conocimientos sobre los diferentes hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención, se pudieron observar claramente las necesidades de aprendizaje que presentaron los niños, padres y educadores.

Se pudo apreciar que los hábitos más identificados por

los escolares fueron la succión digital (52,2 %), el uso del biberón (49,3 %) y el tete (44,8 %). Sin embargo, se comprobó que existía poco conocimiento sobre los demás hábitos. Los niños prácticamente no le daban importancia a la onicofagia y apenas conocían sobre la protracción lingual y los hábitos posturales.

Estos conocimientos fueron modificados con la aplicación de las actividades educativas alcanzando cifras que oscilaron entre el 74,6 % en los hábitos posturales y el 100 % en la succión digital. (Tabla 4).

Tabla 4. Conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en niños de 8 a 11 años antes y después de la intervención

Hábitos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Succión digital	35	52,2	67	100
Succión del biberón	33	49,3	62	92,5
Succión del tete	30	44,8	59	88
Respiración bucal	26	38,8	57	85
Protracción lingual	15	22,4	60	89,5
Onicofagia	14	20,8	51	76,1
Hábitos posturales	12	17,9	50	74,6

En los padres y educadores los porcentajes de sus conocimientos antes de la intervención oscilaban entre 17,9 % (hábitos posturales) y 71,6 % (succión digital). Después de la intervención los conocimientos mejoraron en todos los hábitos. Se logró que pudieran alcanzar el 100 % de conocimientos en la succión digital y el biberón, hecho que se relaciona con la disminución de estos hábitos en sus niños. (Tabla 5).

Tabla 5. Conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en padres y educadores antes y después de la intervención

Hábitos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Succión digital	48	71,6	67	100
Succión del biberón	51	76,1	67	100
Succión del tete	43	64,2	65	97
Respiración bucal	13	19,4	59	88
Protracción lingual	16	23,9	56	83,6
Onicofagia	14	20,9	60	89,5
Hábitos posturales	12	17,9	54	80,6

Se realizó el análisis de la efectividad de las acciones aplicadas y se constató que 36 niños pudieron abandonar el hábito deformante lo que representa el 53,7 % de los 67 analizados. Estos resultados tuvieron una alta significación estadística, por tanto fue exitosa la intervención. (Tabla 6a).

Tabla 6a. Evaluación de la efectividad de la intervención realizada en niños de 8 a 11 años, según cantidad de niños que eliminaron los malos hábitos

Efectividad N= 67	Después	
	No.	%
Niños que eliminaron hábitos	36	53,7
Niños con hábitos mantenidos	31	46,3

p =0,000

Al evaluar la efectividad del programa teniendo en cuenta el total de hábitos eliminados, se pudo evidenciar que de 144 que existían antes de la intervención, solo se mantuvieron al final 49. Es decir que el 66 % se eliminó de forma satisfactoria, con una alta significación estadística. (Tabla 6b).

Tabla 6b. Evaluación de la efectividad de la intervención realizada en niños de 8 a 11 años, según cantidad de hábitos eliminados

Efectividad N= 144	Después	
	No.	%
Eliminados	95	66,0
Mantenidos	49	34,0

p =0,000

DISCUSIÓN

Al estudiar el predominio de los diferentes hábitos se encontró similitud con el estudio de Fernández Ysla⁽¹⁰⁾ pues en su investigación la protracción lingual ocupó el primer lugar. En los trabajos realizados por Montiel,⁽¹¹⁾ Maya⁽⁹⁾ y Reyes Romagosa,⁽¹²⁾ se encontraron los mismos hábitos dentro de los más frecuentes, aunque con distinto orden.

En cuanto a la frecuencia de hábitos bucales deformantes según edad los resultados de esta investigación coinciden con los de Reyes Romagosa⁽¹²⁾ en una población de 5 a 11 años donde encontró la mayor incidencia de hábitos a los 10 años.

La alta frecuencia de anomalías a la edad de 11 años, es un indicativo de que estos niños necesitan un tratamiento preventivo e interceptivo rápidamente, pues ya en ellos se están estableciendo los patrones de oclusión que perduran para toda la vida.

En relación al apiñamiento, Proffit⁽⁴⁾ refiere que es actualmente el tipo de maloclusión más habitual y que no hay duda de que está relacionada en parte con la continua reducción de los maxilares y de los dientes, como parte del proceso evolutivo de la especie humana, pero que también parece haber un fuerte control genético sobre las dimensiones de los maxilares y las

dimensiones transversales influyen directamente en la cantidad de espacio disponible para los dientes; en este estudio debe estar sobreañadida esta condición a la práctica de hábitos bucales deformantes pues el apiñamiento se observó dentro de las anomalías más frecuentes.

Con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de los niños, diversos autores han realizado intervenciones educativas, utilizando variadas técnicas y medios de enseñanza.⁽¹³⁾

El incremento de los conocimientos influye en el cambio de actitudes y prácticas por lo que los resultados de este estudio coinciden con el de Suárez⁽¹⁴⁾ quien aplicó el programa Marcolin bucal y logró modificar hábitos bucales deformantes en el 80 % de los niños incluidos en la intervención.

Díaz del Mazo,⁽¹⁵⁾ en Santiago de Cuba, generalizó una escuela de salud bucal para adolescentes, con vistas a modificar conocimientos y cambiar actitudes, utilizando un instructivo capacitante, técnicas participativas y juegos didácticos.

Los padres se ven abrumados en su tarea educativa, ya sea por falta de tiempo o dificultades a la hora de contar con estrategias efectivas para reorientar las conductas inadecuadas de sus hijos. Los educadores sienten que sus esfuerzos son inútiles sin el apoyo y el compromiso de la familia. Es por esto que se hace imprescindible la formación para poder encontrar equilibrio, seguridad y

eficacia en la educación familiar.⁽¹⁶⁾

Se pudo apreciar que después de la intervención se elevaron los conocimientos sobre todos los hábitos en los padres y educadores, resultado similar al estudio de Rodríguez Rivera⁽¹⁷⁾ donde se confeccionaron diversos medios de enseñanzas para la educación y la promoción de salud en los niños, sus padres y educadores.

En este tipo de estudio, se pone de manifiesto la importancia de la comunicación como actividad humana fundamental que permite la cohesión de cualquier grupo social y de la sociedad en su conjunto. Hablar con orden, claridad, con entusiasmo, con persuasión, en resumidas cuentas con eficacia, no es un lujo sino una necesidad.⁽¹⁸⁾

La eficacia de la intervención oportuna en el diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones ha sido tratado por varios autores, que plantean que con ellas se puede evitar el agravamiento del cuadro clínico, la remisión al segundo nivel y la inversión de mayor cantidad de recursos cuando los tratamientos se hacen muy complicados.^(19, 20)

La intervención fue efectiva por la reducción significativa de los hábitos deformantes bucales, como resultado de la participación conjunta de los niños, padres y educadores. Se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para modificar positivamente conocimientos, actitudes y prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabaña Lores C, Massón Barceló R, Valverde Martín R, Valdés Álvarez R, Cubero Menéndez W, Soto Cantero L, et. al. Temas de la asignatura Ortodoncia Estomatología Infantil: Primera parte. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.
2. Díaz Da Silva CI. La orientación masticatoria como terapia coadyuvante en maloclusiones. Rev Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría [revista en Internet]. 2005 [citada: 12 de septiembre de 2007]; 4 [aprox. 5p.]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/orientacion_masticatoria_maloclusiones.asp
3. Duque de Estrada Reverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2004 [citada: 13 de junio de 2010]; 41(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Proffit WR, Fields HW. Ortodoncia contemporánea, teoría y práctica. 3era ed. Madrid: Harcourt; 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud en las Américas. Informe Anual del director. [monografía en Internet]. Washington D.C.: OMS; 2001 [citado: 26 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DBI/DO302.htm>.
6. Sosa Rosales MC, Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, et. al. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
7. Luetich A, Morini E, Cura A. Proyecto innovativo de educación para la salud bucal. Rev Ateneo Argent Odontol. 2000; 39 (1): 5-9.
8. Borges Yanes A, Sosa Rosales M. Programa educacional para un grupo de la tercera edad. En: Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p.100-2.
9. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod [revista en Internet]. 2000 [citada: 10 de junio de 2010]; 15(2): [aprox. 6 p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.htm.
10. Fernández Ysla R, Alemán Sánchez PC, González Valdez D, Coutin Marie G. Influencia de los hábitos bucales defor-

- mantes en la producción de anomalías dentomaxilofaciales [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.
11. Montiel Jaime JM. Frecuencia de maloclusiones y asociación con hábitos perniciosos en una población de niños Mexicanos. Rev ADM. 2004;LXI(6): 209-214.
 12. Reyes Romagosa DE, Rosales Rosales K, Roselló Salcedo O, García Arias DM. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 – 2005. Acta Odontológica Venezolana.[revista en internet].2007[citada: 10 de mayo de 2009];47(3):[aprox. 10 p]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucal_deformantes.asp#top
 13. López Ricardo Y, Ilisastigui Ortueta ZT, Echarry Cano O. Juega y Aprende [CD-ROM].Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.
 14. Suárez Esterez L, Bosch Utra K. Marcolin bucal. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM].Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.
 15. Díaz del Mazo L, Arza Lahens M, López Vantour A, Miniet Díaz E, Legrá Matos S, Cobas Pérez N. Escuelas de salud bucal en adolescentes. Santiago de Cuba, 2001-2004 [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: Desoft ; 2005.
 16. Bryt F, Botella L, Escoda JJ. Programa Convivir. Promoción de salud mental en la comunidad educativa [monografía en la Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006 [citado: 2 de enero de 2008]. Disponible en: <http://grups.blanquerna.edu/salutiescola/programaconvivir.htm>.
 17. Rodríguez Rivera N. Estrategia de intervención educativa en salud bucal de la comunidad [CD-ROM].Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.
 18. Álvarez Álvarez L. Hablar y persuadir: El arte de la oratoria. Ciudad de La Habana: Editorial José Martí; 2007.
 19. Espinosa González L, Quiñónez Ibarra ME, Ferro Benítez PD, Valdez Herrera MA. Tratamiento integral del niño en la atención primaria. Presentación de un caso [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.
 20. Alfaro Mon M, Ventura Hernández MI, Nasco Hidalgo N, López Díaz Z, Pons Pinillo Z. Prevención y tratamiento de las maloclusiones en la Atención Primaria de Salud [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.