

ARTICULO ORIGINAL

Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes.

Educational and therapeutic intervention in children with deforming buccal habits.

Dra. Jeny Fernández Martínez, ⁽¹⁾ Dra. Clotilde Mora Pérez, ⁽²⁾ Lic. Raúl López Fernández. ⁽³⁾

¹ Especialista I Grado Estomatología General Integral. Ms. C. Salud Bucal Comunitaria. Profesor Instructor. ² Especialista II Grado en Ortodoncia. Ms. C. Educación Médica. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Clínica Estomatológica de Especialidades. Cienfuegos. ³ Ms. C. Matemática Aplicada. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: El origen multicausal de los hábitos bucales deformantes en edades tempranas, requiere la implementación de estrategias preventivas encaminadas a disminuir su incidencia. **Objetivo:** Demostrar la efectividad de una estrategia de intervención en niños con hábitos bucales deformantes. **Método:** Se realizó un estudio cuasiexperimental, de intervención, con diseño de antes y después, en 133 niños de 5-11 años de edad de la escuela "Héroes del Moncada" del Consejo Popular Abreus. La investigación se desarrolló durante tres períodos definidos: diagnóstico, intervención y evaluación. Las variables analizadas antes y después de la intervención fueron: nivel de conocimiento sobre los hábitos bucales deformantes y sus consecuencias, edad y sexo de los niños con hábitos bucales deformantes, tipo de hábito y anomalía dentomaxilofacial. **Resultados:** Se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, así como erradicar el 66,5 % de los hábitos deformantes más frecuentes, reduciéndose las anomalías dentomaxilofaciales. **Conclusión:** La intervención fue efectiva, pues logró elevar el nivel de conocimiento sobre los hábitos deformantes y su repercusión, así como la eliminación de la práctica de estos por los niños en un por ciento considerable.

Palabras clave: Hábitos; anomalías dentarias (prev); educación en salud dental (métodos); conocimientos, actitudes y práctica

Límites: Humano; Niño

Recibido: 8 de enero de 2009

Aprobado: 21 de enero de 2009

Correspondencia:

Dra. Clotilde Mora Pérez.

Clínica Estomatológica de Especialidades.

Calle 45 y Avenida 5 de septiembre, Cienfuegos, Cuba, CP: 55 100.

Dirección electrónica: clotilde@jagua.cfg.sld.cu

ABSTRACT

Background: Buccal deforming habits are caused by many factors, which make more important the implementation of strategies aimed at reducing their incidence. **Objective:** To prove the effectiveness of an intervention strategy in children with deforming buccal habits. **Methods:** An interventional, after-and-before, quasi-experimental study was developed including 133 children between 5 and 11 years from Abreus municipality. The research was developed in three different periods: diagnosis, interventions and evaluation. The analyzed variables were: deforming buccal habits knowledge including its consequences, age, sex, kind of deforming habit and dental maxillofacial defect. **Results:** Knowledge about deforming habits increased in children, parents and teachers and 66, 5% of the deforming habits were eradicated, reducing dental maxillofacial defects. **Conclusions:** The intervention was effective since we could elevate knowledge level on deforming habits and their impact and we could reduce them in a significant percent.

Key words: Habits; tooth abnormalities (prev); health education, dental (methods); knowledge, attitudes, practice

Limits: Human being; Child

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales deformantes son considerados como problema de salud frecuente en la población infantil. Su origen multicausal, así como su mantenimiento o

aparición en edades tempranas del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su incidencia. ⁽¹⁾

Los hábitos son patrones neuromusculares que se aprenden. Pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. ⁽²⁻⁴⁾

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de las discusiones relacionadas con la edad en la que pueden ser consideradas como normales. ⁽⁵⁾ De acuerdo a la edad del paciente, su biotipo y duración e intensidad con que se realiza el hábito, serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten. ⁽⁶⁾

Si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales en nuestro medio, no se podrán realizar programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa con vistas a la prevención. ⁽⁷⁾

No todas las maloclusiones puedan prevenirse, ni de hecho pueden todas interceptarse, pero los factores ambientales y funcionales que intervienen en su origen, pueden y así ocurre, modificar el factor genético, por tanto la prevención descansa enteramente en la confianza de que la cantidad y calidad de ellas sí pueden llegar a reducirse en la población infantil. ⁽⁸⁾

La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las maloclusiones, no son de riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia, constituyen problemas de salud pública, y ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal. ^(9,10) Dada la importancia de esta situación, el presente trabajo tiene como objetivo demostrar la efectividad de una estrategia de intervención en niños con hábitos bucales deformantes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental, de intervención, con diseño de antes y después, de niños portadores de hábitos bucales deformantes, con edades de 5-11 años, de la escuela primaria "Héroes del Moncada", ubicada en el municipio Abreus. Dicha investigación se desarrolló durante el período comprendido de enero a noviembre de 2007.

Se incluyeron en el estudio aquellos niños que presentaran hábitos bucales deformantes, que residieran en el Consejo Popular Abreus y que no estuvieran recibiendo tratamiento ortodóncico. Finalmente, la muestra quedó conformada por 133 niños.

Las variables analizadas fueron edad y sexo de los niños, tipo y frecuencia de hábitos bucales deformantes, anomalías dentomaxilofaciales, y nivel de conocimiento (de padres, niños y educadores) acerca de los hábitos

bucales deformantes y sus consecuencias.

Después de realizar las encuestas iniciales (Anexos 2 y 3), y de identificar el o los tipos de hábitos que presentaba cada niño (examen bucal para el reconocimiento y localización de las anomalías, así como para la observación de las arcadas dentarias por separado y en oclusión), se procedió a aplicar el programa "Por la sonrisa de un niño" (Anexos 4-13) con una frecuencia semanal, el cual incorporó niños, padres y educadores de la institución educativa, lo que garantizó que todos recibieran los conocimientos sobre los hábitos y sus consecuencias. Se aplicaron medidas terapéuticas como psicoterapia, mioterapia, así como desgastes selectivos y mecanoterapia, de acuerdo al diagnóstico individual. Luego se evaluó el cambio de comportamiento en relación con el abandono o mantenimiento del hábito. Ello se hizo a través de la observación directa (no participativa) de los niños en sus horarios de descanso en la escuela, y del resultado de entrevistas a padres y educadores con una frecuencia mensual. También en esta última etapa de evaluación, se procedió a la observación, guiada a determinar la presencia o no de manifestaciones clínicas que evidenciaran las afecciones constatadas durante la etapa inicial.

Antes y después de la intervención, se aplicó una encuesta de conocimientos a los niños, padres y educadores sobre los hábitos deformantes bucales y las consecuencias del mantenimiento de estos para el normal desarrollo del aparato estomatognático.

Una vez recogida toda la información necesaria mediante un formulario (Anexo 1), se confeccionó una base de datos empleando el paquete de programas SPSS versión 15.0 para Windows, que permitió su procesamiento, análisis estadístico y la confección de las tablas de resultados. Para las tablas con el análisis de antes y después de la intervención, se aplicó el estadígrafo McNemar y para los resultados finales el test binomial con valor de prueba $p=0,5$. El procedimiento estadístico se realizó con un nivel de significación del 95 %.

RESULTADOS

Del total de niños examinados, el 51,9 % perteneció al sexo femenino y el 48,1 % al masculino. Las edades más representadas de forma general fueron: 6 y 8 años con el 18,0 % y 19,5 % respectivamente.

Antes de la intervención, la protracción lingual (65,4 %), la succión del biberón (33,1 %) y la onicofagia (26,3 %) fueron los hábitos que más afectaron al grupo de niños examinados. (Tabla 1)

Después de aplicada la intervención, la frecuencia de los diferentes hábitos deletéreos se redujo notablemente; el hábito de protracción lingual, por ejemplo, disminuyó a un 27,1 %. (Tabla 2) En las edades de 6, 7, 9 y 10 años, esta reducción se corroboró estadísticamente. (Tabla 3)

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

| Edad | Hábitos | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------|------|---------------------|------|------------------|------|------------|------|-----------------|------|-------------------|------|
| | Protracción lingual | | Succión del biberón | | Succión del tete | | Onicofagia | | Succión digital | | Respiración bucal | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 5/n=5 | 2 | 40,0 | 1 | 20,0 | - | - | 1 | 20,0 | - | - | 2 | 40,0 |
| 6/n=24 | 19 | 79,2 | 7 | 29,2 | 3 | 12,5 | 4 | 16,7 | 3 | 12,5 | 5 | 20,8 |
| 7/n=21 | 19 | 90,5 | 11 | 52,4 | 1 | 4,8 | 4 | 19,0 | 2 | 9,5 | 3 | 14,3 |
| 8/n=26 | 20 | 76,9 | 8 | 30,8 | - | - | 5 | 19,2 | 2 | 7,7 | 5 | 19,2 |
| 9/n=18 | 11 | 61,1 | 5 | 27,8 | - | - | 4 | 22,2 | 5 | 27,8 | 2 | 11,1 |
| 10/n=19 | 9 | 47,4 | 6 | 31,6 | - | - | 8 | 42,1 | - | - | 4 | 21,1 |
| 11/n=20 | 7 | 35,0 | 6 | 30,0 | 0 | 0 | 9 | 45,0 | 4 | 20,0 | 4 | 20,0 |
| Total | 87 | 65,4 | 44 | 33,1 | 4 | 3,0 | 35 | 26,3 | 16 | 12,0 | 25 | 18,8 |

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

| Edad | Hábitos | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------|------|---------------------|------|------------------|-----|------------|------|-----------------|------|-------------------|------|
| | Protracción lingual | | Succión del biberón | | Succión del tete | | Onicofagia | | Succión digital | | Respiración bucal | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 5 /n=5 | 2 | 40,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 40,0 |
| 6/ n=24 | 8 | 33,3 | 1 | 4,2 | 1 | 4,2 | 1 | 4,2 | 1 | 4,2 | 2 | 8,3 |
| 7 /n=21 | 8 | 38,1 | 3 | 14,3 | - | - | - | - | - | - | 1 | 4,8 |
| 8 /n=26 | 11 | 42,3 | 2 | 7,7 | - | - | 2 | 7,7 | 1 | 3,8 | 3 | 11,5 |
| 9 /n=18 | 3 | 16,7 | 3 | 16,7 | - | - | - | - | 2 | 11,1 | - | - |
| 10/n=19 | 4 | 21,1 | 2 | 10,5 | - | - | - | - | - | - | 1 | 5,3 |
| 11/n=20 | - | - | 2 | 10,0 | - | - | 2 | 10,0 | 2 | 10,0 | 1 | 5,0 |
| Total | 36 | 27,1 | 13 | 9,8 | 1 | 0,8 | 5 | 3,8 | 6 | 4,5 | 10 | 7,5 |

Tabla 3. Significación estadística de la variación de hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención.

| Hábito | Edad | P |
|---------------------|---------|----------|
| Protracción lingual | 6 años | p= 0,002 |
| | 7 años | p= 0,006 |
| | 9 años | p= 0,001 |
| | 10 años | p= 0,012 |
| | General | p= 0,000 |
| Succión del biberón | 6 años | p= 0,006 |
| | General | p= 0,000 |
| Onicofagia | 9 años | p= 0,031 |
| | General | p= 0,000 |
| Succión digital | 10 años | p= 0,016 |
| | General | p= 0,031 |
| Respiración bucal | General | p= 0,012 |

En cuanto a las diferencias en la manifestación de los hábitos en cuanto a sexo, antes de la intervención, la protracción lingual predominó en el sexo femenino, mientras que la succión del biberón fue más frecuente en los niños. En general, la mayoría de los hábitos fueron más frecuentes en el sexo femenino. (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos deformantes según sexo antes de la intervención.

| Hábito | Sexo | | | | Total | |
|---------------------|------------------|------|-------------------|------|-------|------|
| | Femenino n=69 | | Masculino n=64 | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Protracción lingual | 46 | 66,7 | 41 | 64,1 | 87 | 65,4 |
| Succión del biberón | 20 | 29,0 | 24 | 37,5 | 44 | 33,1 |
| Succión del tete | 2 | 2,9 | 2 | 3,1 | 4 | 3,0 |
| Onicofagia | 19 | 27,5 | 16 | 25,0 | 35 | 26,3 |
| Succión digital | 12 | 17,4 | 4 | 6,3 | 16 | 12,0 |
| Respiración bucal | 14 | 20,3 | 11 | 17,2 | 25 | 18,8 |

Después de realizar las actividades guiadas por la intervención, se pudo observar en ambos grupos una marcada reducción de cada uno de los hábitos, lo cual se corroboró estadísticamente en la mayoría de los casos. (Tabla 5)

Tabla 5. Frecuencia de los hábitos bucales deformantes según sexo después de la intervención.

| Hábito | Sexo | | | | Total | | P | |
|---------------------|------------------|------|-------------------|------|-------|------|-------|-------|
| | Femenino n=69 | | Masculino n=64 | | | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | F | M |
| Protracción lingual | 15 | 21,7 | 21 | 32,8 | 36 | 27,1 | 0,000 | 0,001 |
| Succión del biberón | 8 | 11,6 | 5 | 7,8 | 13 | 9,8 | 0,001 | 0,017 |
| Succión del tete | 1 | 1,4 | - | - | 1 | 0,8 | - | - |
| Onicofagia | 2 | 2,9 | 3 | 4,7 | 5 | 3,8 | 0,001 | 0,001 |
| Succión digital | 4 | 5,8 | 2 | 3,1 | 6 | 4,5 | 0,350 | 0,003 |
| Respiración bucal | 3 | 4,3 | 7 | 10,9 | 10 | 7,5 | 0,003 | 0,080 |

Las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes según la edad, antes de la intervención, fueron: el sobrepase aumentado (69,9 %), el resalte aumentado (47,4 %) y la vestibuloversión (42,9 %). (Tabla 6)

Tabla 6. Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según edad antes de la intervención.

| Anomalía | Edad | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|------------|------|
| | 5/ n=5 | | 6/ n=24 | | 7/n=21 | | 8/ n=26 | | 9/n=18 | | 10/n=19 | | 11/n=20 | | n=133 | |
| | No. | % | No. | % |
| Incompetencia bilabial | 3 | 60,0 | 8 | 33,3 | 7 | 33,3 | 7 | 26,9 | 4 | 22,2 | 8 | 42,1 | 4 | 20,0 | 41 | 30,8 |
| Vestibuloversión | 2 | 40,0 | 9 | 37,5 | 11 | 52,4 | 11 | 42,3 | 8 | 44,4 | 7 | 36,8 | 9 | 45,0 | 57 | 42,9 |
| Apiñamiento | 1 | 20,0 | 8 | 33,3 | 13 | 61,9 | 9 | 34,6 | 5 | 27,8 | 5 | 26,3 | 12 | 60,0 | 53 | 39,8 |
| Adaquia | - | - | 3 | 12,5 | 3 | 14,3 | 2 | 7,7 | 3 | 16,7 | - | - | 3 | 15,0 | 14 | 10,5 |
| Mordida cruzada anterior | - | - | 2 | 8,3 | 3 | 14,3 | 2 | 7,7 | 1 | 5,6 | - | - | 1 | 5,0 | 9 | 6,8 |
| Mordida cruzada posterior | - | - | 2 | 8,3 | 1 | 4,8 | 3 | 11,5 | 1 | 5,6 | 1 | 5,3 | 3 | 15,0 | 11 | 8,3 |
| Diastemas | 2 | 40,0 | 13 | 54,2 | 9 | 42,9 | 9 | 34,6 | 4 | 22,2 | 1 | 5,3 | 5 | 25,0 | 43 | 32,3 |
| Resalte aumentado | 1 | 20,0 | 10 | 41,7 | 11 | 52,4 | 14 | 53,8 | 5 | 27,8 | 10 | 52,6 | 12 | 60,0 | 63 | 47,4 |
| Sobrepase aumentado | 4 | 80,0 | 19 | 79,1 | 15 | 71,4 | 18 | 69,2 | 11 | 61,1 | 8 | 42,1 | 18 | 90,0 | 93 | 69,9 |
| Total | 13 | | 74 | | 73 | | 75 | | 42 | | 40 | | 67 | | 384 | |

El análisis de la frecuencia de las anomalías después de la intervención, mostró que en todos los grupos de edades estas se redujeron considerablemente y en la mayoría de los casos con significación estadística. (Tablas 7 y 8)

Tabla 7. Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según edad después de la intervención.

| Anomalía | Edad | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|---------------------------|----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|------------|------|
| | 5/n=5 | | 6/n=24 | | 7/n=21 | | 8/ n=26 | | 9/n=18 | | 10/n=19 | | 11/n=20 | | N=133 | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Incompetencia bilabial | 2 | 40,0 | 4 | 16,7 | 2 | 9,5 | 3 | 11,5 | 2 | 11,1 | 2 | 10,5 | 2 | 10,0 | 17 | 12,8 |
| Vestibuloversión | 2 | 40,0 | 3 | 12,5 | 3 | 14,3 | 3 | 11,5 | 8 | 44,4 | 2 | 10,5 | 2 | 10,0 | 23 | 17,3 |
| Apiñamiento | - | - | 2 | 8,3 | 3 | 14,3 | 2 | 7,7 | - | - | - | - | 3 | 15,0 | 10 | 7,5 |
| Adaquia | - | - | 2 | 8,3 | 1 | 4,8 | 1 | 3,8 | 1 | 5,6 | - | - | - | - | 5 | 17,3 |
| Mordida cruzada anterior | - | - | - | - | 1 | 4,8 | 1 | 3,8 | - | - | - | - | - | - | 2 | 1,5 |
| Mordida cruzada posterior | - | - | - | - | - | - | 1 | 3,8 | - | - | - | - | 1 | 5,0 | 2 | 1,5 |
| Diastemas | 2 | 40,0 | 1 | 4,2 | 4 | 19,0 | 3 | 11,5 | 1 | 5,6 | 1 | 5,3 | 1 | 5,0 | 13 | 9,8 |
| Resalte aumentado | - | - | 4 | 16,7 | 6 | 28,6 | 10 | 38,5 | 1 | 5,6 | 6 | 31,6 | 3 | 15,0 | 30 | 22,6 |
| Sobrepase aumentado | 2 | 40,0 | 1 | 4,2 | 6 | 28,6 | 14 | 53,8 | 11 | 61,1 | 4 | 21,2 | 5 | 25,0 | 43 | 32,3 |
| Total | 8 | | 17 | | 26 | | 38 | | 24 | | 15 | | 17 | | 145 | |

Tabla 8. Significación estadística de la variación de las anomalías antes y después de la intervención.

| Anomalías | Edad | P |
|-------------------------------|---------|---------|
| Incompetencia Bilabial | 6 años | p=0,031 |
| | 10 años | p=0,039 |
| Vestibuloversión | 7 años | p=0,008 |
| | 8 años | p=0,012 |
| Apiñamiento | 6 años | p=0,039 |
| | 7 años | p=0,007 |
| | 11 años | p=0,006 |
| Diastemas | 6 años | p=0,000 |
| | 7 años | p=0,031 |
| | 8 años | p=0,039 |
| Resalte Aumentado | 6 años | p=0,007 |
| | 9 años | p=0,002 |
| Sobrepase Aumentado | 11 años | p=0,039 |

En cuanto a la frecuencia de anomalías según sexo, el grupo de las niñas presentó mayor cantidad de anomalías antes de la intervención, siendo las más frecuentes el resalte aumentado (58,0 %), seguido de la vestibuloversión (50,7 %) y el apiñamiento (40,6 %). Después de realizada la intervención, se constató que en el sexo femenino se logró una mayor reducción de las anomalías, de 215 a 50. No obstante, se logró una reducción en ambos grupos, y en la mayoría de los casos, dicha reducción se mostró con valores significativos. (Tabla 9)

Tabla 9. Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según sexo antes y después de la intervención.

| Anomalías | Sexo | | | | | | | | | | | | P | | |
|----------------------------------|------------|------|------------|------|--------------|------|------------|------|------------|------|--------------|------|-------|-------|-------|
| | Antes | | | | | | Después | | | | | | | | |
| | F n= 69 | | M n= 64 | | Total n= 133 | | F n= 69 | | M n= 64 | | Total n= 133 | | F | M | Gral. |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | | | |
| Incompetencia bilabial | 21 | 30,4 | 20 | 31,3 | 41 | 30,8 | 4 | 5,8 | 13 | 20,3 | 17 | 12,8 | - | 0,007 | 0,001 |
| Vestibuloversión | 35 | 50,7 | 22 | 34,4 | 57 | 42,9 | 5 | 7,2 | 18 | 28,1 | 23 | 17,3 | 0,000 | 0,043 | 0,000 |
| Apiñamiento | 28 | 40,6 | 25 | 39,1 | 53 | 39,8 | 2 | 2,9 | 8 | 12,5 | 10 | 7,5 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Adaquia | 12 | 17,4 | 2 | 3,1 | 14 | 10,5 | 2 | 2,9 | 3 | 4,7 | 5 | 3,8 | - | - | 0,049 |
| Mordida cruzada anterior | 4 | 5,8 | 5 | 7,8 | 9 | 6,8 | 1 | 1,4 | 1 | 1,6 | 2 | 1,5 | - | - | - |
| Mordida cruzada posterior | 5 | 7,2 | 6 | 9,4 | 11 | 8,3 | 1 | 1,4 | 1 | 1,6 | 2 | 1,5 | - | - | 0,022 |
| Diastemas | 24 | 34,8 | 19 | 29,7 | 43 | 32,3 | - | - | 13 | 20,3 | 13 | 9,8 | 0,000 | 0,003 | 0,000 |
| Resalte aumentado | 40 | 58,0 | 30 | 46,9 | 70 | 52,6 | 14 | 20,3 | 16 | 25,0 | 30 | 22,6 | 0,000 | 0,001 | 0,000 |
| Sobrepase aumentado | 23 | 33,3 | 17 | 26,6 | 40 | 30,1 | 21 | 30,4 | 22 | 34,4 | 43 | 32,3 | - | - | - |
| Total | 215 | | 176 | | 338 | | 50 | | 95 | | 145 | | - | - | - |

La evaluación del nivel de conocimiento de los niños fue muy satisfactoria, pues la categoría de bien se elevó del 11,1 % al 66,2 %, con una diferencia estadística altamente significativa (p=0,000). En cuanto al nivel de conocimiento en los padres y educadores, se elevó la categoría de bien hasta el 81,0 %, y también con una alta significación estadística (p=0,000). (Tabla 10)

Tabla 10. Nivel de conocimiento acerca de los hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimiento | Niños | | | | Padres y maestros | | | |
|-----------------------|-------|------|---------|------|-------------------|------|---------|------|
| | Antes | | Después | | Antes | | Después | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Bien | 15 | 11,1 | 23 | 14,1 | 132 | 81,0 | 88 | 66,2 |
| Regular | 72 | 53,3 | 67 | 41,1 | 12 | 7,4 | 35 | 25,9 |
| Mal | 46 | 34,1 | 73 | 44,8 | 19 | 11,7 | 10 | 7,5 |

La psicoterapia resultó ser la terapéutica más aplicada en los niños (36,4 %). A esta le siguen la mioterapia y la mecanoterapia con el 31,8 % y 23,0 % respectivamente. También se aplicó, aunque en menor medida (8,8 %) el desgaste selectivo.

Después de la realización de las diferentes acciones, se pudo apreciar una reducción en el número de los niños con hábitos deformantes bucales, eliminándolos en el 59,4 % de ellos (p =0,037). En cuanto a los hábitos propiamente dichos, y como variable independiente de los niños portadores, se eliminaron en un 65 % (p = 0.000). En ambos casos, el resultado fue estadísticamente significativo. (Valor de prueba (p) = 50).

DISCUSIÓN

Estudios realizados en Cuba¹ han demostrado un predominio de los hábitos deformantes en el sexo femenino.⁽¹¹⁻¹³⁾ Estos resultados coinciden con estudios realizados en el ámbito internacional.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ Respecto a la edad, estuvieron más afectados los infantes entre 6 y 8 años, correspondiendo esto con la dentición mixta temprana, período en el cual se establecen la gran mayoría de las maloclusiones, por lo que si se logra su erradicación, se elimina un factor de riesgo que provoca esta entidad.

Los hábitos más frecuentes que aparecen en el sexo femenino son: la protracción lingual y la succión del biberón, lo que coincide con otros estudios realizados.^(14, 17) Algunos autores explican esta mayor tendencia del sexo femenino a aspectos de tipo social y cultural, específicamente se dice que los niños se educan bajo una mayor vigilancia con respecto a estas conductas, por ser concebidas como sinónimos de debilidad, actitud

esta que se sustenta en concepciones sexistas muy arraigadas en la mayoría de los países.^(16, 18)

El resalte aumentado y la vestibuloversión, que están dentro de las tres anomalías más frecuentes, se relacionan con los hábitos de protracción lingual y succión del biberón, que resultaron ser los dos más comunes, de lo cual se infiere el vínculo estrecho entre los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales en esta muestra poblacional. En cuanto a la frecuencia de estas anomalías, se encontraron estudios con resultados similares².

Antes de intervenir, las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes se observaban principalmente en las edades de la dentición mixta, lo que puede deberse a la gran variabilidad de la secuencia de erupción, las diferentes oclusiones que aparecen después de la erupción de cada diente⁽¹⁶⁾ y a la presencia de hábitos bucales deformantes en estas mismas edades, los cuales constituyen un factor de riesgo para la aparición

¹Algunos de esos estudios son tesis de terminación de residencia en Estomatología General Integral: Acevedo Sierra O. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Área II. Cienfuegos. 2005; Rosell Silva CR. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años. Consultorios 33 al 36. Área II. 2005; Cantón Machin M. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años de 4 consultorios. Área III. Cienfuegos. 2006; Más García MJ. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años. Consultorios 11,12 y 47. Área II. 2006; Yera Perdomo A. Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria del consultorio 1, 2 y 3. Municipio Cumanayagua. 2006; Morales Montes de Oca TJ. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Área VII. 2006; Gálvez Pereira A. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 – 11 años del Consejo Popular Libertad. Aguada. 2007; Proaño de la Teja C. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Consejo Popular Constancia. 2007; Hernández Cáceres J. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años del Consejo Popular Charcas. 2007.

²Duménigo Soler A. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años de 3 consultorios del Consejo Popular Rodas II. 2006. (Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Estomatología General Integral).

Fue también el grupo de las niñas el que presentó mayor número de anomalías, similar a resultados de otro estudio.⁽¹²⁾ Sin embargo, al aplicar las acciones educativas, preventivas y terapéuticas, se alcanzó una evidente reducción de las anomalías. Con ello no sólo quedó demostrado que la estrategia desarrollada es efectiva, sino también que la escuela es el escenario ideal para la aplicación de este tipo de programas, al ser un espacio donde es posible involucrar a padres, educadores y educandos. Otro aspecto a considerar en este sentido es el elevado nivel de conocimiento logrado en los niños; los programas educativos aplicados en las escuelas son más eficaces y menos costosos, pues el niño es un individuo en período de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual lo hace el más receptivo de los educandos. Así mismo, en los padres y educadores también se lograron resultados.

Al realizar el diagnóstico individual en cada niño, se

aplicaron terapéuticas para controlar los hábitos deformantes bucales como factor de riesgo capaz de provocar desequilibrios en la relación de los componentes del aparato masticatorio. La importancia esto radica en que una vez eliminado el agente causal de las anomalías dentomaxilofaciales.

Puede concluirse que la intervención aplicada fue efectiva, dada la reducción significativa de los hábitos deformantes. Es importante destacar el carácter conjunto de la labor desarrollada, en la cual se vincularon la familia, la comunidad, los profesores y los niños como protagonistas. Los resultados evidencian la importancia de realizar acciones en la Atención Primaria de Salud por parte del Estomatólogo General Integral y del Grupo Básico de Trabajo, que permitirán mejorar el cuadro de salud bucal y contribuir al restablecimiento de la armonía de los componentes del aparato estomatognático, propiciando un adecuado crecimiento y desarrollo craneofacial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ojeda Selles D. Factores de riesgo predisponentes al hábito de succión digital en niños de Mopía, Estado de Miranda. 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: DESOFT; 2005.
2. Quirós O. Ortodoncia nueva generación. Caracas: Ed. Amolca; 2003. p. 150-70.
3. Lima Álvarez M. Hábitos bucales deformantes en un consultorio del médico de la familia en Camagüey, Cuba. Archivo Médico de Camagüey. 2004; 8(4):14-19.
4. Pellitero Reyes BL, García Rodríguez B, Díaz Morell JE, Torres Cur EM. Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín. 2003;7(3):15-21.
5. Fernández Torres CM, Acosta Coutin A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod. 1997;12(2):79-83.
6. Moyers RE. Manual de Ortodoncia para el estudiante y Odontólogo General. Paraguay: Ed. Mundi S.A.I.C y F; 1976. p. 244-259.
7. Fernández Ysla R, Cruz García A, Farah Dago S, Marin Manso G, Cautin Marie G. Factores de riesgos para anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 11 años [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: DESOFT; 2005.
8. Lauc T. Orofacial analysis on the Adriatic islands: an epidemiological study of malocclusions on Hvar Island. Eur J Orthod. 2003;25(3):273-8.
9. Milosevic A. Occlusion: I. Terms, mandibular movement and the factors of occlusion. Dent Update. 2003; 30(7):359-61.
10. Soh J, Sandham A, Chan YH. Occlusal status in asian male adults: prevalence and ethnic variation. Angle orthod [Serie en Internet]. 2005 [citado 15 Jun 2007]; 75(5): 814-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=display&db=pubmed.html>.
11. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev. Cubana Ortodoncia [Serie en Internet]. 2000 [citado 8 Jul 2007]; 15(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15-2-00/ord4200.html>.
12. Castillo Muñoz C, Hernández Viguera S. Estudio comparativo de prevalencia de mordida abierta anterior y sus factores asociados en preescolares chilenos [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: DESOFT; 2005.
13. González RE, Águila RJ, Almiñanaque GR, Céspedes IR. Prevalencia de hábitos bucales deformantes. Rev. Cubana Estomatología. 2002; 19(1): 48-52.
14. Da Silva Filho OG, Do Rego MVNN, Silva PRBE, Cavasah AO, Fernández Sánchez J. Hábitos de succión y maloclusión: Epidemiología en la dentadura temporal. Rev. Clínica Investigación Ortodóncica [Serie en Internet]. 2004 [citado 20 Oct 2007]; 75(5): [Aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.europa.sim.ucm.es/compludos/AA?a=da+silva+filho%c+o.g.&donde=castellano&2fr=0.html>.
15. Agurto VP, Díaz MR, Cádiz DO. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías

- dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años del área del Oriente de Santiago. Rev. Chil. Pediatr. [Serie en Internet]. 1999 [citado 2 Jun 2006]. 70(6): [Aprox. 10 p.] Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php2.pid=>.
16. Montiel JME. Frecuencia de maloclusiones y asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM [Serie en Internet]. 2004 [citado 7 May 2006]; LXI(6): [Aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.mediagrapihc.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2004/e-od04-6/em-odo46c.htm>.
17. Paredes Gallardo V, Paredes CC. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Anales en Pediatría. 2005; 62(3):261-262.
18. Castro LA, Modesto A, Vianna R, Soviero VL. Cross-sectional study of the evolution of the primary dentition: shape of dental arches, overjet and overbite. Pesqui Odontol Bras. 2002;16(4):367-73.

ANEXO 1

Formulario

Nombre de la Institución: _____

Nombre del niño: _____

Edad: _____ Sexo: _____

| | Antes | | Después | |
|------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Hábitos | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Succión digital | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Succión del biberón | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Succión del tete | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Respiración bucal | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Protracción lingual | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Onicofagia | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Hábitos posturales | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Incompetencia bilabial | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Vestibuloversión | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Apiñamiento | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Adaquia | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Resalte aumentado | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Psicoterapia | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Bioterapia | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |
| Mecanoterapia | Sí _____ | No _____ | Sí _____ | No _____ |

ANEXO 2

Cuestionario dirigido a los niños:

Querido amiguito(a): Necesitamos que contestes las siguientes preguntas que nos permitirán conocer qué sabes sobre tu salud bucal y qué podemos enseñarte para que tus dientes se mantengan saludables. Marca con una x la respuesta que consideres correcta. Gracias.

1) ¿Conoces hábitos que deforman los dientes?

Sí _____

No _____

Cuáles _____

2) ¿Cuáles de estos hábitos pudieran perjudicar tus dientes?

_____ chupar dedo.

_____ chupar tete.

_____ tomar leche en pomo.

_____ comerse las uñas.

_____ respirar por la boca.

_____ colocar la lengua entre los dientes cuando tragas.

_____ colocar tus manos sobre la cara cuando estás en el aula y/o al dormir.

_____ colocar el lápiz u otro objeto entre tus dientes.

ANEXO 3**Cuestionario dirigido a los padres y educadores:**

Con el objetivo de recoger información sobre algunas costumbres de sus hijos respecto a los hábitos bucales, necesitamos respondan las siguientes preguntas. Agradecemos su cooperación y sinceridad al responder.

1) ¿Conoce usted algún hábito que provoca deformidades en los dientes de su hijo?

Sí ____

No ____

2) ¿Cuáles de los hábitos que aparecen a continuación pueden perjudicar la posición de los dientes de su hijo?

_____ chupar dedo.

_____ chupar tete.

_____ tomar leche en biberón.

_____ comerse las uñas.

_____ proyectar la lengua entre ambas arcadas.

_____ respirar por la boca.

_____ colocar las manos sobre la cara al dormir y/o en la escuela.

_____ colocar objetos entre sus dientes.

4) ¿Cómo han repercutido los hábitos en los dientes de su niño?

_____ dientes botados.

_____ ~~mordida~~ mordida abierta.

_____ desgastes de los bordes de los dientes.

_____ desviación de alguna parte de la cara.

ANEXO 4**Programa Educativo de Salud Bucodental**

Título: "Por la sonrisa de un niño"

Objetivos:

General: Desarrollar en los niños de 5 a 11 años de la escuela "Héroes del Moncada", los conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para el mantenimiento de una salud bucal adecuada.

Específicos:

1. Propiciar un medio favorable que le permita a los niños su desenvolvimiento en el resto del grupo, con ayuda de los maestros e investigadores.
2. Destacar la importancia del apoyo de todos los sectores en función del desarrollo de las actividades y objetivos comunes.
3. Incorporar la educación para la salud bucal en el proceso docente educativo.
4. Abordar los temas en materia de salud bucal que presentaron escaso nivel de conocimientos.
5. Promover la participación familiar para apoyar la actividad educativa que se inicia en la escuela.
6. Determinar la efectividad de las actividades realizadas a través de la comprobación de los objetivos propuestos en cada una de ellas.

Grupo destinatario: Niños de 5 – 11 años.

Propósito fundamental: Elevar el nivel de conocimiento sobre aspectos de salud bucodental.

Límites geográficos: Escuela Primaria: "Héroes del Moncada".

Población: Niños de 5 – 11 años.

Tiempo: Curso escolar 2006 – 2007.

ANEXO 5**Actividades dirigidas a los niños:**

| Encuentros | Temas | Sesiones |
|------------------------------|--|-----------------|
| 1- "La tela de la araña" | Introducción al programa. | 1ra Sesión |
| 2- "Por una sonrisa feliz" | Hábitos bucales deformantes. | 1ra Sesión |
| 3- "Una buena lección" | Hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales. | 1ra Sesión |
| 4- "Sonreímos con esperanza" | Integración de los temas tratados. | 1ra Sesión |

ANEXO 6

Encuentro No.1: "La tela de la araña".

Tema 1: Introducción al programa.

Objetivos:

- Crear un ambiente favorable que permita la interrelación de los niños.
- Motivar a los niños, relacionándolos con los temas a tratar.

Métodos y procedimientos:

- Se dará la bienvenida al grupo.
- Se realizará la técnica de presentación "La tela de la araña". Se pide a los niños que se coloquen formando un círculo. El coordinador sujetará una madeja de hilo y se presentará respondiendo las siguientes preguntas:
 - a) Nombre y apellidos
 - b) ¿Cómo soy?
 - c) ¿Cómo me gustaría tener mis dientes?

Luego se lanzará la madeja al azar a un niño, sin dejar de sujetar el hilo. Así sucesivamente pasará la madeja de un niño a otro hasta que todos se hayan presentado y sujeten la porción del hilo que les ha tocado.

Evaluación:

Se realizarán a los niños las siguientes preguntas:

- ¿Se sintieron bien en este encuentro?
- ¿Les gustaría que nos volviéramos a ver?

Se orientará a los niños que comenten con sus padres y otros niños sobre la actividad realizada.

ANEXO 7

Encuentro No. 2: "Por una sonrisa feliz".

Tema 2: Hábitos bucales deformantes.

1ra sesión

Objetivos:

- Brindar información acerca de los hábitos deformantes bucales.
- Mostrar a través de fotografías y láminas, los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes y las anomalías causadas por estos.

Contenidos:

- Hábitos bucales deformantes. Concepto. Tipos.
- Anomalías dentomaxilofaciales y su relación con los diferentes tipos de hábitos.

Métodos y procedimientos:

- Motivar la participación de los niños a través de preguntas, por ejemplo:
- ¿Por qué se consideran que es importante tener los dientes bien alineados?
- Escuchar criterios y escribirlos en una cartulina, al final se dará una valoración sobre la importancia de una correcta alineación y contacto de sus dientes y su relación con la estética, masticación, pronunciación.
- Se les muestra una lámina con dientes correctamente alineados y otra con dientes mal posicionados. Los niños deben describir lo que observan y exponer diferencias. Logrando entre todos definir un concepto.
- Observar en la boca del niño sentado a su lado si identifican malas posiciones dentarias.
- ¿Cuál creen que sea la principal causa para que se produzcan?
- Se escriben en el reverso de la cartulina utilizada anteriormente.

ANEXO 8

Encuentro No. 3: "Una buena lección".

Tema 3: Hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

1ra Sesión

Objetivos:

- Informar nuevamente a los niños sobre los hábitos que deforman el complejo bucal.
- Lograr que interioricen a través del cuento, las alteraciones provocadas por estos hábitos.
- Explicar la importancia de su visita al estomatólogo.

Contenido:

- Hábitos bucales deformantes. Alteraciones patológicas.
- Consecuencias de la práctica de hábitos deletéreos.
- Importancia de su visita al estomatólogo.

Métodos y Procedimientos:

- Esta actividad se realizará con la participación de los padres y maestros.
- Técnica de sensibilización a través del cuento titulado: "Una buena lección".
- Lectura y narración del cuento.
- Debate sobre el cuento a través de preguntas, las cuales estarán en tarjetas enumeradas, se pasará la "valija de correos" con papelitos, con el número de las tarjetas y otros en blanco, los niños que escojan cada papel con número deberán responder la pregunta de la tarjeta con ese número, luego se debatirá por el resto del grupo hasta que se respondan todas.

Algunas preguntas pueden ser:

1. ¿Te gustó el cuento? ¿Por qué?
2. ¿Cuáles aspectos negativos observaste?
3. ¿Cuáles hábitos tú conoces que también provoquen daño a los dientes?

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

CUENTO

“Una buena lección”

Una lágrima acababa de rodar por la mejilla de Andy, formando al golpear con la mesita, un pequeño charquito, como resultado de casi diez minutos de llanto ininterrumpido.

-¿No sales al receso, Andy?

-No maestra, no tengo ganas- Contesta disimulando el llanto y secando a su vez las lágrimas.

-Algo debe ocurrirte. Eres de los más activos de la clase. ¿Es que te sientes mal?

-No, nada más quiero estar solo.

-Alguna razón importante tiene que haber. A ver, cuéntame.

La maestra se sienta frente al niño, que casi ni sube la cabeza para mirarla. Su llanto se había calmado casi totalmente. Alcanzó entonces a tomar aire y dijo:

-Es muy duro lo que me pasa, maestra. Llevo dos o tres días sintiéndome mal después de....- Calló repentinamente, dejó escapar un sollozo y se hundió entre sus brazos sobre la mesita.

-A ver, a ver- dijo dulcemente la maestra, deja que te ayude un poco, levántame la cabeza y cuéntame qué sucede.

-El caso es maestra que me da pena decirlo.

-No debes tener pena alguna, estoy para darte apoyo.

-Bien, lo que sucede es que tengo una mala manía, me chupo el dedo, además hago otra cosa, me como las uñas. Yo sé que está mal, pero no puedo evitarlo, desde pequeñito lo hago y parece que se me han botado los dientes por eso. El otro día mi mamá me llevó al dentista porque me dolía una muela, cuando me revisaron enseguida me preguntaron por lo del dedo. Ahora me van a llevar para un tratamiento con aparatos y eso, creo que me va a doler, además he visto a otros niños con cosas raras en los dientes y hasta en la cabeza, la verdad es que dan risa. A veces me he reído de Arturo, vive cerca de la casa y le dicen “diente-lata”. Ahora sé por qué siempre está triste y solo. Ah, y lo otro..., mi mamá me ha amenazado con venir y decir en el aula que me chupo el dedo, no sé si después de eso me miren igual o se rían de mí.

La maestra escuchaba atentamente a Andy, sus palabras salían de su boca como un torrente. Al fin y luego de un par de minutos en silencio, habló la maestra.

-Mira Andy, son normales muchas de las cosas que me cuentas. Aunque la verdad es que tienes que mejorar en eso de los malos hábitos. Debes saber que el mal hábito del dedo provoca que tus dientes se muevan de lugar y se te deforme la dentadura. Por otra parte, todos de cierta manera le tememos al dentista, pero él no es un enemigo, su trabajo es arreglarnos los dientes y enseñarnos a cuidarlos cada día. Si, en algunos casos los tratamientos duelen un poquitín, ellos te los hacen lo más dulcemente posible, además debes saber que la labor que realizan es sumamente importante. Otra cosa, no te preocupes, que voy a hablar con tu mamá para que no diga nada en el aula. Pero tienes que prometerme que no te chuparás más el dedo ni te comerás las uñas.

-Ni morderé los lápices ni los casquillos, maestra.

-Queda claro todo, ¿No Andy?

-Sí maestra.

Ya en casa, Andy se mira fijamente los dientes en el espejo del baño. - Es verdad que debo ir al dentista para arreglarme la dentadura, desde hoy, cero dedo ni uñas. Creo que esto me va a servir de una buena lección.

ANEXO 9

Encuentro No. 4: "Sonreímos con esperanza"

Tema 4: Integración de los temas tratados.

1ra Sesión

Objetivos:

- Valorar los criterios y conocimientos de los niños sobre los temas discutidos.
- Valorar la efectividad del programa.

Contenido:

- Abordar los aspectos más importantes referentes a los tópicos desarrollados con los escolares.
- Necesidad de la eliminación de los hábitos que deforman el complejo bucal y su relación con las anomalías.
- Aspectos preventivos.

Técnicas y procedimientos:

- Se invitará a los padres y maestros a participar en intercambios, debatiendo los aspectos esenciales de cada tema discutido.
- Promover un intercambio de ideas sobre cada aspecto fundamental tratado en los encuentros pasados.
- Se propone desarrollar la actividad que más les haya gustado.

Evaluación:

- Se realizará a través del cuestionario a los niños y padres (Anexos 2 y 3) con la ayuda de los técnicos de atención estomatológica (TAE).
- Una vez terminada esta fase del programa, se debatirá acerca de la importancia de los conocimientos adquiridos y los progresos observados en los niños. Los padres y/o educadores reforzarán con sistematicidad los conocimientos adquiridos durante su desarrollo.

ANEXO 10**Actividades dirigidas a los padres y educadores:**

| Encuentros | Temas | Sesiones |
|-------------------|---|-----------------|
| 1 | Introducción al Programa. | 1 Sesión |
| 2 | Hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales. | 1 Sesión |
| 3 | Hábitos bucales defomantes. Importancia de su visita al estomatólogo. | 1 Sesión |
| 4 | Integración de los temas tratados. | 1 Sesión |

ANEXO 11

Encuentro No. 1

1ra Sesión.

Tema: Introducción al programa.

Objetivos:

- Crear un ambiente favorable para el intercambio con los padres.
- Motivar la participación de los padres en las actividades a desarrollar resaltando la importancia del apoyo familiar.

Métodos y procedimientos:

- Se dará la bienvenida al grupo.
- Realizar la presentación utilizando la técnica de los "refranes". Por ejemplo tarjeta No. 1 (El que a buen árbol se arrima), tarjeta No. 2 (buena sombra lo cobija). Se vuelven todas las tarjetas en la "valija de correo" y al azar se reparte una tarjeta a cada participante, entonces cada persona debe buscar quien tiene la otra parte del refrán.

Cuando la pareja se encuentra se presentan y responden las siguientes preguntas ante el grupo:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Qué edad tienes?
- ¿En qué trabajas o a qué te dedicas?
- ¿Cuántos hijos tienes?

Se emplea una cantidad de refranes que serán la mitad del número de personas a participar.

Cuando todos se hayan presentado se continúa el desarrollo de la actividad.

- Se explicará a los padres los objetivos que nos proponemos al aplicar el programa educativo, las características y la importancia de su apoyo, así se destacará el papel de la familia en la educación del niño.

- Proponer a debate la siguiente frase:

"Todo adulto necesita un niño a quien enseñar, en esa forma aprenden los mayores"

- Se aplicará el cuestionario inicial para identificar las necesidades de aprendizaje (Anexo 3)

Se planificará el próximo encuentro.

ANEXO 12

Encuentro No. 2

Tema 2: Hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

Objetivos:

- Brindar información acerca de los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes.
- Proporcionar conocimientos a los padres y educadores sobre las anomalías dentomaxilofaciales producidas por los hábitos.

Contenido:

- Hábitos bucales deformantes. Concepto.
- Anomalías dentomaxilofaciales. Concepto. Tipos. Relación con los hábitos deformantes bucales.

Métodos y procedimientos:

- Brindar información a los padres y educadores acerca de los hábitos bucales deformantes, su concepto y relación con la aparición de anomalías dentomaxilofaciales.
- Se darán a conocer los efectos negativos de los hábitos en funciones como la estética, la fonación y la masticación.
- Se propicia el debate según los criterios de los padres sobre cómo eliminar los hábitos bucales deformantes.
- Se explicará a los padres sobre la importancia de corregir tempranamente los hábitos deformantes.
- Se podrá mostrar a través de láminas, los diferentes tipos de hábitos, alteraciones patológicas producidas por estos y aparatología empleada para su corrección.
- Se debatirán experiencias personales relacionadas con el tema tratado.

Evaluación:

Se realizará a través de preguntas.

- ¿Les gustó la actividad?
- ¿Aprendieron algo nuevo? ¿Qué?
- ¿Les resultó importante haber asistido a este encuentro? ¿Por qué?
- ¿Puede ayudar a su hijo en cuanto a la eliminación de algún hábito deformante bucal que posee?

ANEXO 13

Encuentro No. 3

Tema 3: Hábitos bucales deformantes. Importancia de la visita al estomatólogo.

1ra Sesión.

Objetivos:

- Informar a los padres con ayuda del cuento, sobre algunos hábitos que deforman el complejo bucal y la actitud que se debe tener en estos casos.
- Brindar información sobre los distintos tipos de tratamientos para la corrección de anomalías dentomaxilofaciales causadas por los hábitos deformantes.
- Resaltar la importancia de la visita al estomatólogo.

Contenido:

- Hábitos deformantes. Tratamientos utilizados. Prevención.

Métodos y procedimientos:

- Los padres participarán en la actividad planificada en el encuentro No.3, oirán la narración del cuento y el debate, al igual que los maestros.
- Explicar mediante fotografías y láminas los diferentes tipos de tratamientos utilizados para la corrección de las anomalías causadas por los hábitos.
- Se destacará la importancia de su visita al estomatólogo y el peligro que representa no tratar las alteraciones producidas por los hábitos desde edades tempranas.

Evaluación:

- Se realizará a través de la técnica "Las caritas" que emplearemos para evaluar los niveles de satisfacción grupal. Se elaborarán 3 caritas en cartulina para cada padre y representarán rasgos de satisfacción, tristeza e indiferencia y levantarán la que escoge para responder a las siguientes preguntas:
- ¿Creen que se han cumplido los objetivos previstos a lo largo de las actividades programadas?
- ¿Qué les pareció el diseño y la organización de las actividades?
- Se procede a repartir los cuestionarios finales para el análisis comparativo.