

ARTICULO ORIGINAL

Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales Educational intervention applied in children from 5 to 11 years of age with deforming oral habits

Dra. María de los Santos Haces Yanes, ⁽¹⁾ Dra. Clotilde de la Caridad Mora Pérez, ⁽²⁾ Lic. Nicolás R. Cruz Pérez, ⁽³⁾ Dra. Ivette Alvarez Mora. ⁽⁴⁾

¹Especialista de I Grado en Ortodoncia. MSc en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Instructor. Policlínico Universitario "Aracelio Rodríguez Castellón". Cumanayagua. ²Especialista de II Grado en Ortodoncia. MSc: en Educación Médica. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Clínica Especialidades. ³Lic. Bioestadística y Computación. Profesor Auxiliar. Facultad Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado" ⁴Estomatólogo General Básico. Residente de Estomatología General Integral. Escuela Latinoamericana de Medicina. "Félix Edén Aguada"

RESUMEN

Fundamento: Los hábitos son patrones neuromusculares de naturaleza compleja que se aprenden por su repetición frecuente, y sin ser funcionales ni necesarios hacen que actúen fuerzas no naturales sobre los dientes que pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales. **Objetivo:** Evaluar la intervención de las medidas educativas aplicadas sobre los portadores de hábitos deformantes bucales en la escuela primaria Raúl Suárez Martínez del consejo popular Rafaelito. **Método:** se efectuó un estudio cuasiexperimental con intervención antes y después sin grupo de control en una muestra de 253 niños en el período comprendido de diciembre del 2006 a noviembre del 2007. Se procedió a aplicar el programa Para Sonreír Feliz, con una frecuencia semanal. Se aplicaron entrevistas a los niños, padres y educadores después de las acciones educativas, para lograr la reducción de los hábitos deletéreos. Se analizaron variables como: edad y sexo, frecuencia de hábitos deformantes antes y después de aplicada la intervención a niños, educadores y padres. **Resultados:** Se elevó el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, se eliminaron estos factores de riesgo en más del 50% de los niños, fueron los más frecuentes: la protracción lingual, succión del biberón y el tete, principalmente en el sexo femenino. **Conclusiones:** La intervención fue

satisfactoria por la reducción de cada uno de los hábitos deformantes bucales encontrados, así como el elevado nivel de conocimiento adquirido con las consecuencias que producen; después de aplicada la intervención, se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para el Estomatólogo General Integral.

Palabras clave: Hábitos; maloclusión; anomalías dentarias; anomalías de la boca; educación en salud dental; servicios de odontología escolar

Límites: Humano; Niños

ABSTRACT

Background: Habits are complex neuromuscular patterns learnt by frequent repetition and act as unnatural forces that may cause dental maxillofacial defects. **Objective:** To assess the intervention of educative measures applied to children with deforming buccal habits in the primary school Raúl Suárez Martínez from the zone "Rafaelito". **Methods:** A quasi-experimental study was developed, with before-after intervention without control group including 253 children from December 2006 to November 2007. We applied the program "To Happily Smile" with a weekly frequency. Surveys were applied to children, parents and teachers after the educational actions to achieve the reduction of

Recibido: 23 de enero de 2009

Aprobado: 20 de febrero de 2009

Correspondencia:

Dra. Clotilde Mora Pérez
Clínica Especialidades Cienfuegos
Calle 57 y Ave. 5 de Septiembre.
Teléfono. 534552

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

incorrect habits. The studied variables were: age, sex, deforming habits frequency before and after the intervention. Results: The knowledge level of children, parents and teachers was significantly improved. Risk factors were eradicated in more than 50% of the children being the most frequent: lingual protraction, baby bottle suction, mainly among females. Conclusions: The intervention was successful for the reduction of deforming oral habits, and the high level of knowledge acquired. After the intervention it was shown that the educative process is a key tool for the General Comprehensive Dentist.

Key words: Habits; malocclusion; tooth abnormalities; mouth abnormalities; health education, school dentistry

Limits: Human being; Children

INTRODUCCIÓN

Para lograr la salud bucal en los niños es importante el control de los hábitos deformantes bucales (HDB), los cuales son frecuentes y de manera general pueden considerarse normales hasta los dos años y medio, aunque no existe unidad de criterio al respecto,(1) pero siempre después de esta edad deben eliminarse,(2) por su repercusión en el desarrollo de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico, además de ser muy costosos estos tratamientos.(3,4)

La detección se realiza en muchas ocasiones por el odontólogo, pero en otras por el pediatra que explora al niño, y debe identificarlos de manera precoz. De ahí la importancia de conocer los signos clínicos más evidentes de los hábitos para tener éxito en el tratamiento. (5)

El odontólogo debe evaluar al niño en busca de implicaciones psicológicas antes de proporcionar tratamiento para eliminar cualquier hábito bucal parafuncional. La más sencilla, aunque es la menos utilizada, consiste en asesorar al paciente mediante una charla del odontólogo, De esta forma se está brindando información que puede motivar al niño a eliminar los hábitos, pues está en formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje, que lo hacen el más receptivo de los educandos.(6,7)

En el niño, la educación para la salud tiene como finalidad inculcarle actitudes, conocimientos y hábitos positivos que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de la salud y la prevención de enfermedades evitables. (7)

La estomatología debe ser cada vez más preventiva y educacional, nuestra atención debe ir dirigida muy

especialmente a nuestra población infantil, privilegiada con respecto a otros grupos de edades. Dada esta situación, surge ante nosotros un abanico de posibilidades para desarrollar no solamente el trabajo clínico, sino también el educativo, con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud individual y comunitaria. (8,9)

Actualmente se plantea mantener y consolidar lo alcanzado y desarrollar una nueva etapa en la que se prioricen las estrategias poblacionales de intervención dirigidas a transformar los estilos de vida. En esta proyección las acciones de promoción y prevención ocupan el centro de la atención. (*)

Para la eliminación de los hábitos se aplican diferentes técnicas educativas, cuyos procedimientos están encaminados a modificar los conocimientos, actitudes y prácticas, así como a elevar la conciencia de salud individual y colectiva (**)

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

A pesar de que los hábitos constituyen una de las causas principales de motivo de consulta en la atención primaria de salud (APS), no existen estudios precedentes que incluyan acciones específicas sobre esta entidad. ¿Se logrará al realizar acciones educativas en conjunto con los padres y personal docente? y reducir o eliminar los hábitos deformantes que alteran el equilibrio de los componentes del aparato estomatognático, así como modificar el modo y estilo de vida de la población infantil que asiste las instituciones educacionales

La presente investigación analizó el impacto de la intervención educativa en niños de 5 a 11 años de la escuela primaria "Raúl Suárez Martínez" de Cumanayagua teniendo como objetivo evaluar la intervención de las medidas educativas aplicadas sobre los portadores de hábitos deformantes bucales.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental con intervención antes y después en niños portadores de hábitos deformantes bucales comprendidos entre las edades de 5-11 años de la escuela "Raúl Suárez Martínez" del

*Duque de Estrada Berlot, M.L. Intervención educativa en niños con hábitos de succión digital. [Tesis] Trabajo para optar por el título de Especialista en I Grado en Estomatología General Integral. Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Facultad de Estomatología; 2003

**Jacomino Cuba A. Salud bucal en niños y maestros [Tesis] trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Venezuela; 20007.

***Castillo Fuentes Y. Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria. [Tesis]: trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado

consejo popular Rafaelito, municipio de Cumanayagua en el periodo comprendido de diciembre del 2006 a noviembre del 2007.

El universo estuvo constituido por 534 niños de la citada escuela, se realizó muestreo aleatorio, así quedó conformada la muestra por 253 alumnos en esta intervención.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: niños que presenten hábitos deformantes bucales, los niños que pertenezcan al consejo popular Rafaelito y que no tengan tratamiento ortodóncico.

Se consideraron criterios de exclusión: niños portadores de enfermedades nasofaríngeas, los infantes que sus padres o tutores no den su consentimiento para participar en la investigación y aquellos niños que presentan enfermedades psíquicas y motoras que impidan el examen bucal.

Esta investigación se realizó con previa autorización del MINED y la aprobación de la dirección municipal de educación y con el consentimiento informado de los padres o tutores de los niños.

Se obtuvo una muestra de 253 niños del municipio de Cumanayagua portadores de hábitos deformantes bucales, se dividieron según sexo y edades de 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 años. Se realizó un examen clínico por la autora de la investigación, se utilizó luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales. También se tuvo en cuenta las entrevistas a cada niño, padres o tutores y/o educadores.

Se detectó la protracción lingual cuando se les indicó a los niños que tragaran saliva sin separar los dientes y al separar los labios se observó que la lengua se introducía entre las arcadas dentarias.

Después de identificado el o los tipos de hábitos que presentaba cada niño se procedió a aplicar el programa "Para Sonreír Feliz" con una frecuencia semanal, el cual incorporó a niños, padres y educadores de esta institución, lo que garantizó que todos formaran parte de las técnicas participativas en las que recibieron los conocimientos sobre los hábitos deformantes bucales y sus consecuencias, se realizaron controles de estos hábitos.

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

Para dar cumplimiento a lo propuesto se aplicaron entrevistas de conocimientos sobre los hábitos deformantes bucales y las consecuencias de su mantenimiento en el normal desarrollo del aparato

estomatognático, 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.

Una vez obtenida la información inicial se recogió el resultado de la aplicación del programa, éste constituyó la expresión de organización, planificación y control de un conjunto de técnicas educativas en las que se involucraron niños, padres y/o educadores, y predominaron las técnicas afectivas participativas. Se usaron herramientas claves como la comunicación bidireccional, la persuasión participativa interactiva y la creatividad, además de dramatizaciones con la participación del grupo promotor cultural de este municipio que amenizó las actividades. Se emplearon diversas técnicas, que de acuerdo con los sentidos que tenemos para comunicarnos fueron: vivenciales (animación y análisis), de actuación y visuales (gráficas y escritas).

Antes de la aplicación del programa educativo se realizaron dos capacitaciones dirigidas a los padres y/o educadores de la escuela objeto de estudio con el fin de elevar sus conocimientos sobre los hábitos deformantes bucales.

El programa educativo constó de cuatro sesiones con una duración aproximadamente de 1 hora con frecuencia semanal.

A cada pregunta de las entrevistas, aplicadas a los niños, padres y/o educadores se le estableció una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de su puntuación sobre la base a 10 puntos, se evaluó en: Bien, Regular y Mal. Este valor se obtuvo del resultado de la suma de las respuestas de cada pregunta. El resultado del cuestionario se clasificó de la siguiente forma por intervalos de:

- Bien: 7 – 10 (más del 70%)
- Regular: 5.1 – 6.9 (de 51% a 69%)
- Mal: <5 (menos del 50%)

Una vez recogida toda la información necesaria se confeccionó una base de datos en la que se empleó el paquete de programas Epiinfo, que nos permitió el procesamiento, análisis estadístico y la confección de las tablas de resultados, los que se muestran en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en número y por cientos.

Para las tablas con el análisis, 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

En este estudio se examinaron 253 niños portadores de hábitos deformantes bucales, predominó el sexo femenino. La mayor cantidad de niños se agruparon en el sexo femenino en las edades de 6, 7 y 8 años, con 16.7% y 17.3% respectivamente. (Tabla 1)

Tabla1. Distribución de los pacientes según la edad y el sexo.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5	9	6.0	6	5.8	15	5.9
6	25	16.7	14	13.6	39	15.4
7	25	16.7	15	14.6	40	15.8
8	26	17.3	14	13.6	40	15.8
9	21	14.0	17	16.5	38	15.1
10	23	15.3	18	17.5	41	16.2
11	21	14.0	19	18.4	40	15.8
Total	150	100.0	103	100.0	253	100.0

Al observar los resultados generales (Tabla 2 y Gráfico 1) después de aplicada la intervención, se pudo constatar que la frecuencia de los diferentes hábitos perniciosos se redujo evidentemente con significación estadística. La lengua protractil disminuyó a un 43.8%,

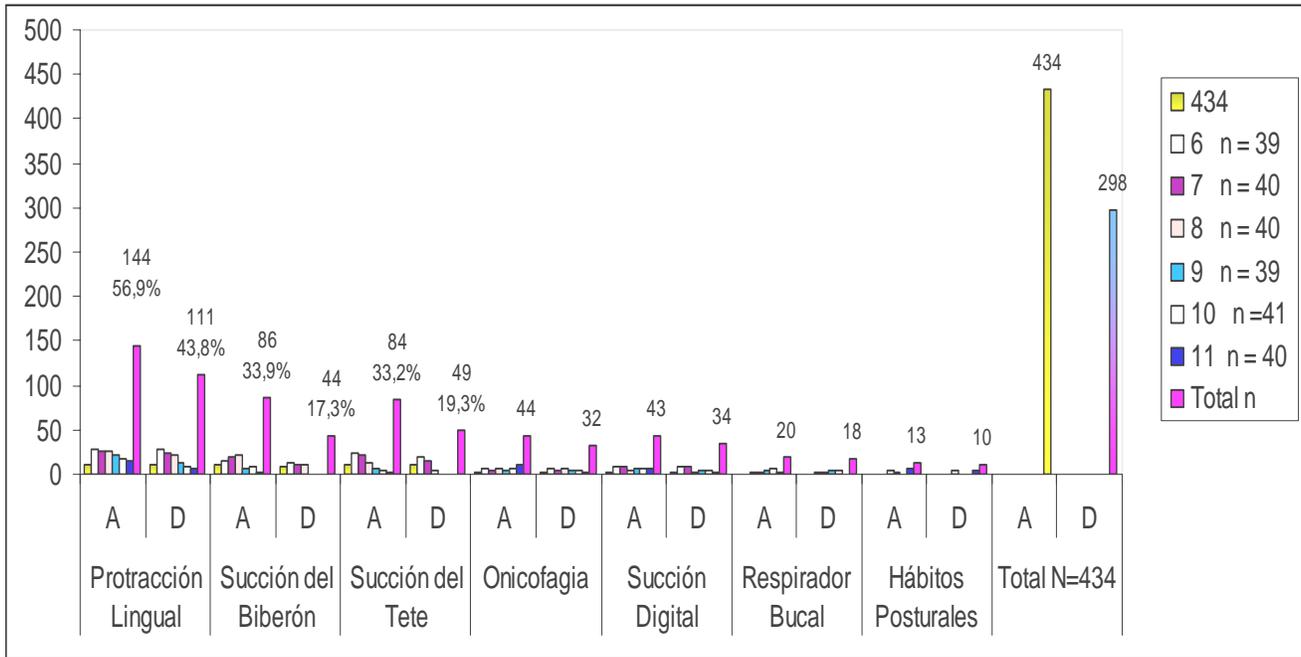
En orden de frecuencia se redujo la succión de tete y biberón en el 19,3% y 17,3% respectivamente, lo que

fue significativo estadísticamente.

En los resultados de la intervención se observó que la protracción lingual se redujo en ambos sexos, sin embargo en los casos del biberón y del tete, que fueron de los más frecuentes, su reducción más relevante fue en el sexo masculino.

Tabla 2. Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 según edad antes y después de aplicar la intervención.

Edad		Protracción Lingual		Succión Biberón		Succión del Tete		Onicofagia		Succión Digital		Respirador Bucal		Hábitos Posturales		Total N=434	
		A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
5 n =15	No	10	10	11	8	11	11	3	3	3	3	1	1	0	0	39	36
	%	66,6	66,6	73,3	53,3	73,3	73,3	20,0	20,0	20,0	20,0	6,6	6,6	0,0	0,0		
6 n =39	No.	29	27	16	13	24	19	7	7	8	8	1	1	0	0	85	75
	%	74,3	69,2	41,0	33,3	61,5	48,7	17,9	17,9	20,5	20,5	2,5	2,5	0,0	0,0		
7n =40	No.	25	23	20	11	21	15	5	5	9	9	3	3	1	1	84	67
	%	62,5	57,5	50,0*	27,5*	52,5	37,5	12,5	12,5	22,5	22,5	7,5	7,5	2,5	2,5		
8 n =40	No.	26	21	21	11	14	4	6	6	4	3	2	2	4	4	77	51
	%	65,0	52,5	52,5*	27,5*	35,0*	10,0*	15,0	15,0	10,0	7,5	5,0	5,0	10,0	10,0		
9 n =38	No.	21	14	7	1	6	0	5	4	7	5	5	5	2	1	53	30
	%	55,2	36,8	18,4*	2,6*	15,7**	0,0**	13,1	10,5	18,4	13,1	13,1	13,1	5,2	2,6		
10 n=41	No.	18	9	8	0	5	0	7	5	6	4	6	5	0	0	50	23
	%	43,9*	21,9*	19,5**	0,0**	12,1**	0,0**	17,0	12,1	14,6	9,7	14,6	12,1	0,0	0,0		
11 n=40	No.	15	7	3	0	3	0	11	2	6	2	2	1	6	4	46	16
	%	37,5*	17,5*	7,5**	0,0**	7,5**	0,0**	27,5*	5,0*	15,0	5,0	5,0	2,5	15,0	10,0		
Total n=253	No.	144	111	86	44	84	49	44	32	43	34	20	18	13	10	434	298
	%	56,9*	43,8*	33,9*	17,3*	33,2*	19,3*	17,3	12,6	16,9	13,4	7,9	7,1	5,1	3,9		



A (antes) D (después) (*) Evidencia Significativa (**)

Gráfico 1 Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 según edad antes y después de aplicar la intervención.

Se pudo observar que antes de la intervención la mayoría de los hábitos son más frecuentes en el sexo femenino, excepto la succión digital, onicofagia, respiración bucal y los posturales. (Tabla 3 y Gráfico 2)

Tabla 3. Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 según sexo antes y después de aplicar la intervención.

Hábitos	Sexo										
	Femenino n= 150					Masculino n= 103				Total	
	Antes		Después			Antes		Después		Antes	Después
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	n= 434	n=298	
Protracción Lingual	89	59,3	68	45,3 *	55	53,3	43	41,7	144	111	
Succión del Biberón	53	35,3	35	23,3 *	33	32,0	9	8,7 *	86	44	
Succión del Tete	53	35,3	37	24,6 *	31	30,0	12	11,6 *	84	49	
Onicofagia	24	16,0	15	10,0	20	19,4	17	16,5	44	32	
Succión Digital	20	13,3	13	8,6	23	22,3	21	20,3	43	34	

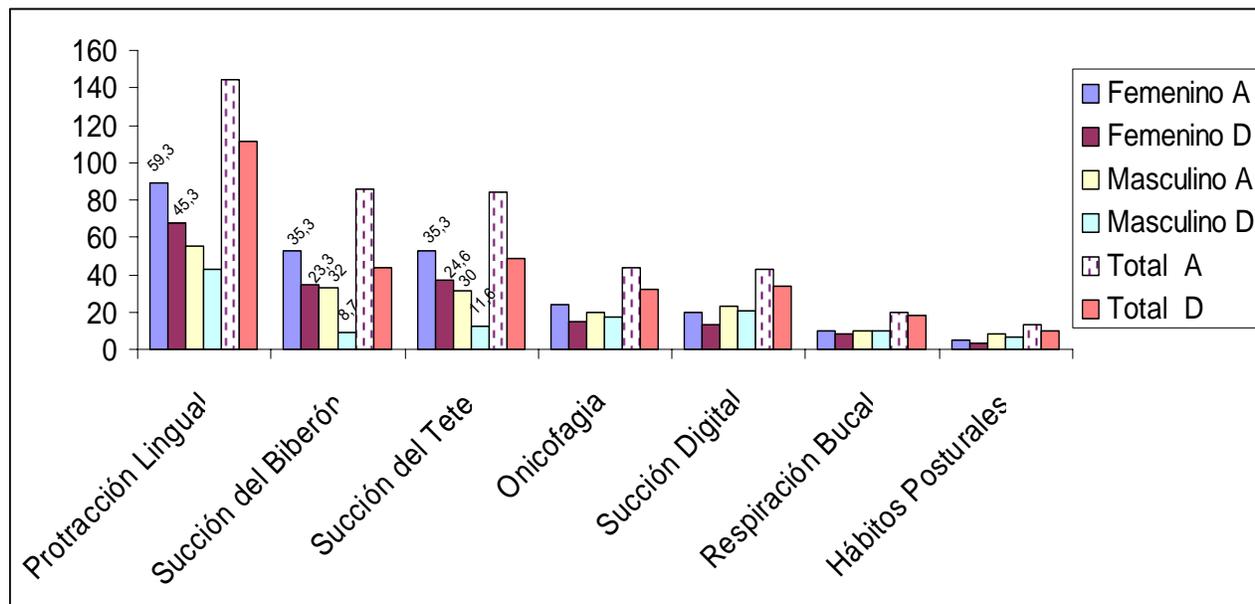


Gráfico 2. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 según sexo antes y después de aplicar la intervención

En la (Tabla 4) se analizó el nivel de conocimiento de los niños donde se constató que antes de aplicar las diferentes técnicas existía un gran desconocimiento principalmente en la succión digital, el tete y el biberón.

Al aplicar las acciones educativas se constató como el nivel de conocimiento de estos niños se elevó en todos los hábitos con valores altamente significativos estadísticamente.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de hábitos deformantes bucales antes después de aplicada la intervención en niños de 5 a 11 años.

Hábitos	Antes		Después		Significación Estadística
	No.	%	No.	%	
Succión digital *	93	62,0	141	94,0	p=0.00058
Succión del tete*	89	59,3	138	92,0	p=0.00036
Tomar leche en pomo*	75	50,0	136	90,6	p=0.0000040
Protracción lingual *	45	30,0	139	92,6	p=0.000000
Onicofagia *	31	20,6	137	91,3	p=0.000000
Respirador bucal *	29	19,3	129	86,0	p=0.000000
Hábitos posturales *	21	14,0	126	84,0	p=0.000000
n = 150					

En la (Tabla 5) se constató como el nivel de conocimiento de los padres y /o educadores sobre los hábitos deformantes bucales que antes de aplicar las diferentes técnicas existía solamente un conocimiento

que oscila entre el 51.9% al 76.3%, luego de la intervención sus valores se elevaron de forma significativa.

Tabla 5. Nivel de conocimiento de hábitos deformantes bucales antes y después de aplicada la intervención a padres y / o educadores.

Hábitos	Antes		Después		Significación Estadística
	No.	%	No.	%	
Succión digital *	97	76,3	126	99,2	p=0.0240
Succión del tete*	91	71,6	121	95,2	p=0.0181
Tomar leche en pomo*	87	68,5	119	93,7	p=0.0115
Protracción lingual *	78	61,4	124	97,6	p=0.0036
Onicofagia *	71	55,9	125	98,4	p=0.000020
Respirador bucal *	69	54,3	114	89,7	p=0.00025
Hábitos posturales *	66	51,9	117	92,1	p=0.000030
n = 127					

DISCUSIÓN

La investigación en educación para la salud ha demostrado su efectividad en la promoción de estilos y prácticas de vida saludables, en tres áreas fundamentales: la educación en el ámbito escolar, la educación para la salud en el ámbito comunitario, especialmente en los procesos de educación popular, y la capacitación del personal comunitario. ^(*)

En nuestro país se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud en general y de la salud bucal en particular, para lo que ha sido necesario vencer amenazas, superar debilidades e innovar estrategias desde el punto de vista integral con el objetivo de fomentar la salud de las personas y crear comunidades saludables. Las enfermedades buco-dentales, aunque han existido a lo largo de toda la historia y en todos los lugares, son específicamente frecuentes en la actualidad, y en países donde se ha instaurado programas preventivos, han disminuido su frecuencia considerablemente. ⁽¹³⁾

Predominaron en este estudio las féminas, como portadoras de hábitos deformantes bucales, principalmente en la dentición mixta temprana, resultados que coinciden con la literatura consultada. ^(4-6, 11-13)

La mayor susceptibilidad según Montiel, ⁽¹²⁾ puede plantearse alrededor de las diferentes educaciones sexistas que se dan como norma y necesidad, donde a las mujeres se les somete a mayor presión y supresión social, además de que existen factores etiológicos que provocan malos hábitos tales como conflictos familiares, celos, ansiedad y presión escolar.

Estos resultados constituyen un reto para la APS en el que el Estomatólogo General Integral (E.G.I) juega un papel decisivo, porque tiene que desarrollar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y tratamientos establecidos para lograr la recuperación de

la salud bucal en esta población infantil. La detección ha de efectuarse de forma precoz para evitar o limitar el desequilibrio entre los diferentes componentes del aparato estomatognático.

Antes de la intervención se apreció el predominio de la protracción lingual, los hábitos de succión del biberón y succión del tete ambos, todos en la dentición mixta temprana, seguida de la onicofagia en la dentición permanente. Se han encontrado resultados similares en cuanto a la frecuencia de estas entidades. ^(9, 14,15)

Quedó demostrado que los niños que presentan succión enérgica del tete y chupeteo del dedo por largos periodos, incluso cuando juegan, son hábitos que pueden provocar deformidades en la boca, e impedimento del correcto alineamiento de los dientes. ⁽¹⁵⁾

Fernández ⁽¹⁴⁾ encontró que éstos estaban presentes durante el crecimiento del niño, y que ejercen su influencia en el desarrollo de los maxilares y la dentición, destacándose resultados significativos en la protracción lingual en un 50.7% de los niños con anomalías, lo cual comprueba su importancia en la aparición de estas afecciones.

De mantenerse el hábito, existe la posibilidad de la aparición de un gran número de anomalías dentomaxilofaciales; si actuamos tempranamente sobre los diferentes tejidos se limitará el agravamiento de las manifestaciones clínicas en el futuro y por tanto, disminuirán las anomalías.

Como se puede apreciar ya en estas edades, el hábito alcanza valores clínicamente elevados, lo que requiere de la vinculación E.G.I y en ocasiones debemos recurrir al psicólogo, para dar resolutivez inicialmente a las causas psicógenas que pueden provocar el hábito y luego actuar sobre éste y las anomalías que pudieran presentar estos niños.

Al observar los resultados generales después de aplicada

*González Cuellar Y: Hábitos deformantes bucales en escolares de primaria. [Tesis] Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Cumanayagua. Cienfuegos Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2007

la intervención, se pudo constatar que la frecuencia de los diferentes hábitos perniciosos se redujo evidentemente con significación estadística. La lengua protráctil disminuyó a un 43.8%, entidad que comenzó a reducirse a partir de los 6 años y alcanza sus valores máximos de reducción a partir de los 8 años.

Se debe destacar que desde el punto de vista clínico la disminución de esta entidad siempre es favorable, pues repercutirá en menor número de alteraciones en el aparato estomatognático; lo que demuestra que las medidas aplicadas fueron más favorables. Debido a que en estas edades desde el punto de vista psicológico no existen crisis de la personalidad; el niño está sometido a lo que percibe, controla su comportamiento, desarrolla su espíritu de participación y cooperación, lo que hizo posible que a través de las actividades realizadas en los centros escolares y en el servicio de ortodoncia se logran estos resultados. ⁽¹⁷⁾

Clínicamente los resultados son de gran significación, porque favorecen la reducción de las anomalías dentomaxilofaciales, pues con la eliminación del agente causal se limita el daño producido en los sitios etiológicos primarios como lo describe la ecuación de Dockrell y se podrán restablecer las funciones bucofaringeas afectadas.

La bibliografía consultada insiste en la importancia de la atención multidisciplinaria la que debe estar integrada por el grupo básico de trabajo, donde los E.G.I. tienen una función protagónica, pues con la detección precoz de los hábitos deformantes y al realizar acciones educativas, preventivas y terapéuticas se lograron resultados satisfactorios que permiten restablecer la salud bucal de esta población infantil. ^{(5) (*) (**)}

Al analizar ambos sexos se debe destacar que la mayor reducción de los porcentajes de hábitos fue en el sexo femenino con mayor significación estadística la protracción lingual, la succión del biberón y la succión del tete.

En el sexo masculino fueron los dos últimos mencionados, sin embargo, en ambos se constató la eliminación de esta entidad que representó el 68.6%, lo que demostró resultados de la aplicación de las medidas educativas en el control de este factor de riesgo causante de las maloclusiones, que constituye un problema de salud para la población infantil estudiada.

Desarrollar técnicas creativas en la práctica de actividades educativas como las empleadas en el programa aplicado en esta investigación donde se destacan el uso de canciones, dramatización, demostración de láminas, poemas y adivinanzas, así como lectura de cuentos, que se aplican de forma

amena, motivan al niño que lo llevan a modificar su actitud y a la reflexión lo que se traduce en una mejoría de la calidad de vida. Se demostró que en la infancia es donde se deben aplicar intervenciones de este tipo, pues es una etapa fundamental en la formación de hábitos y conductas en proceso de educación y desarrollo de la personalidad, especialmente en esta etapa podemos contribuir al bienestar del niño, propiciando que incorpore métodos de aprendizaje activos que promuevan el desarrollo de habilidades. Al aplicar las actividades educativas se debe destacar como el nivel de conocimiento de estos niños se elevó en todos los hábitos con valores altamente significativos estadísticamente. El hecho de haber detectado en estas investigaciones que la condición de sus conocimientos resultan inadecuadas en un alto porcentaje, nos hizo valorar que si ellos son orientados a través de programas educativos, entonces podrán asumir actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental e incidir directamente en la disminución de su frecuencia, por lo que se justifica la aplicación de esta intervención educativa. ^(16,18) La participación de la familia es imprescindible, pues ella constituye un elemento activo y mediador en las relaciones de los individuos con la sociedad, es el componente estructural más pequeño, donde se inicia el proceso de formación del individuo para su desarrollo multifacético, para su transformación como ser activo y creador. Por eso la sociedad debe garantizar las condiciones materiales y espirituales que permitan a las familias cumplir su función social. ^(19,20) Después de la intervención la mayoría de los padres y educadores adquirieron los conocimientos adecuados referentes a los hábitos deformantes bucales. Estos resultados son similares a los obtenidos, lo que demostró la efectividad de la intervención educativa mediante técnicas afectivo participativas. ^(8,14) La aplicación de programas educativos contribuye a la modificación de conocimientos en los niños, motivándolos a combatir y eliminar la práctica de hábitos deletéreos, con lo cual se fomenta la salud bucal y general. Los resultados de esta investigación mostraron que la modificación de conocimientos sobre hábitos deformantes bucales, respaldado por la alta significación estadística estuvo favorecido por la actividad grupal realizada, que requieren más tiempo, pero los efectos psicológicos son mayores, quien trabaja en grupo se siente más seguro, satisfecho y aceptado, el grupo a su vez influye en los valores, actitudes y modelos de conocimientos, no es posible modificar la realidad con esfuerzos individuales, es preciso a través de grupos bien orientados y concientizados. Además, con la elevación del nivel de conocimiento de niños y padres/

*Castillo Fuentes Y. Intervención Educativa y terapéuticas aplicada a escolares de 5 – 11 años portadores de Hábitos Deformantes Bucales. [Tesis]. Cumanayagua: Policlínico "Aracelio Rodríguez Castellón"; 2007.

**Fernández Martínez J. Intervención de salud bucal en escolares de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales [Tesis]. Abreus, Cienfuegos: Clínica Estomatológica "Dr. Mario Muñoz Monroy"; 2007.

educadores después de aplicada la intervención, se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para el Estomatólogo General Integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz J. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de Ortopedia Maxilar. [Serie en Internet]. 2003[citado 26 Mar 2007] [Aprox. 15 p.]. Disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/habitosoral58.htm.
2. Rodríguez Calzadilla A. Vigilancia y Evaluación de la Salud Buco Dental. Ginebra: Serie Informes Técnicos; 1995.p. 21-26.
3. Bravo Lorenzo D, León de La Fe I, Llorach Duch J. Intervención educativa en hábitos bucales deformantes en el círculo infantil "Amores de la Patria". Revista Médica Electrónica. [Serie en Internet].2004 [citado 22 Mar 2007]; 6: [Aprox. 15 p.] Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol6%20200>
4. Pellitero Reyes BL, García Rodríguez B, Díaz Morell JE, Torres EM. Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín. 2003; 7(3):15-21.
5. Paredes Gallardo V, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Anales en Pediatría. 2005; 62(3):261-262.
6. Vargas Karen G. Hábitos bucales parafuncionales en el paciente infantil. Odont Moder. 2006; 2(21): 1-10.
7. Limonta Vidal E. Impacto de la intervención educativa sobre el estado de salud bucal en escolares de primaria [tesis]. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2002 [citado 7 Ene 2007]. [Aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/succiondig.pdf>
8. Ochoa Soto R. Educación para la salud. En: Toledo Curbelo G. Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.554-62.
9. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev Cubana Estomatol. 2003; 40(1): 33-7.
10. 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.9 p.] Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15-2-00/ord4200.html>.
11. 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>.
12. 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.mediagraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2004/e-od04-6/em-odo46c.htm>.
13. Acevedo Sierra O, Rosell Silva C, Mora Pérez C, Padilla Gómez E. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. 2005. Revista Medisur. [Serie en internet].2005 [citado 11 Nov 2008]; 6(2): [Aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/457/2884>
14. Fernández Ysla R, Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Coutin Marie G. Influencia de los hábitos bucales deformantes en la producción de anomalías dentomaxilofaciales. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.
15. Macías Gil R, Sánchez González L, Moreno Méndez, W, Orozco Cuanalo L, Pérez Ribas D. El control preventivo/interceptivo en ortodoncia a escolares de primaria del municipio Bartolomé Masó 2001-2004. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.
16. Podadera Valdés ZR, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. Rev Cubana Estomatol [Serie en Internet]. 2003 [Citado 10 Jun 2005]; 41(2): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8&Ing=es&nrm=iso&tIng=es.
17. Morera Pérez A, Mora Pérez C. Resultados de la terapia Miofuncional en pacientes con incompetencia bilabial. Rev. Ortodoncia Española. 2005; 45(3):176-191.
18. Díaz del Mazo L, Pérez Núñez HM, García Díaz R de la CO, Connor Martínez L. Instructivo "Sonrisas Saludables" para capacitar a adolescentes sobre salud bucal. MEDISAN [Serie en Internet]. 2003 [citado 12 Ene 2008]; 7(4): [Aprox.12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_03/san14403.htm

- 19.Bravo Lorenzo D, Reyes Altuna M, Llorach Duch JF, Rodríguez Carracela J. Nuevas alternativas en prevención de maloclusiones dentarias utilizadas en Consejería de Salud Bucal. Cárdenas. Rev. Med Electrón [Serie en Internet] 2006 [citado 7 Ene 2007]; 28(6). Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema09.html>
- 20.Macias Gil R, Sánchez González L, Moreno Méndez W, Orozco Cuanalo L, Pérez Ribas, D. El control preventivo/interceptivo en ortodoncia a escolares de primaria del municipio Bartolomé Masó. 2001-2004. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.