Descargado el: 2-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales

Oral Health Intervention in School-age Children with Oral Habits

Ivette Álvarez Mora[1] Yuritza Lescaille Castillo[1] Clotilde de la Caridad Mora Pérez[2] Kirenia Pieri Silva[1] Boris Abel González Arocha[3]

[1] Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[3] Policlínico Área V, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Álvarez-Mora I, Lescaille-Castillo Y, Mora-Pérez C, Pieri-Silva K, González-Arocha B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. **Medisur** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 2]; 11(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543

Resumen

Fundamento: las maloclusiones constituyen un importante problema de salud bucal y se asocian fundamentalmente a la práctica de hábitos deformantes bucales no eliminados en edades tempranas.
Objetivo: analizar la efectividad de una intervención educativa aplicada en niños de cinco a once años, con hábitos deformantes bucales.
Métodos: estudio cuasiexperimental con intervención antes y después, realizado desde octubre de 2008 a abril de 2009, que incluyó niños portadores de hábitos deformantes bucales en las edades de cinco a once años pertenecientes a la escuela primaria Guerrillero Heroico del Área II del Municipio Cienfuegos. Los padres o representantes firmaron el consentimiento informado para la participación en la investigación. Se aplicaron medidas educativas preventivas y terapéuticas. Se evaluó el resultado de la intervención mediante una entrevista aplicada antes y después a los niños, padres o tutores y educadores.
Resultados: se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, así como la eliminación de los hábitos deformantes en la mayoría de los niños, principalmente la protacción lingual, el uso de biberón y tete; se obtuvieron mejores resultados en las féminas. Las anomalías dentomaxilofaciales disminuyeron después de aplicada la intervención, fundamentalmente la inclinación vestibular de incisivos superiores y el resalte aumentado.
Conclusiones: la intervención educativa en escolares de cinco a once años contribuyó a eliminar hábitos bucales deformantes.

Palabras clave: salud bucal, promoción de la salud, prevención primaria, hábitos linguales, maloclusión

Abstract

Background: malocclusions are considered a major oral health problem and they are mostly associated with oral habits which are not corrected at an early age.
Objective: to analyze the effectiveness of an educational intervention in children with oral habits aged 5 to 11 years.
Methods: a before and after intervention study with a quasi-experimental design was conducted from October 2008 to April 2009. It included children with oral habits aged 5 to 11 years who attend the Guerrillero Heroico Primary School of the Area II in the municipality of Cienfuegos. Parents and guardians signed the consent for their children participation in the research. Preventive and therapeutic educational measures were used. The results of the intervention were assessed through a before-and-after interview with children, parents or guardians and educators.
Results: the level of awareness of children, parents and teachers increased significantly as well as the correction of oral habits in the majority of children, especially tongue thrusting, the use of feeding bottle and pacifier. Better results were found in females. Dentomaxillofacial deformities diminished after the intervention, primarily upper incisors deviated towards the oral vestibule and increased overjet.
Conclusions: educational intervention in school-age children contributed to the correction of oral habits.

Key words: oral health, health promotion, primary prevention, tongue habits, malocclusion

Aprobado: 2013-07-16 08:15:20

Correspondencia: Ivette Álvarez Mora. Clínica Estomatológica de Especialidades. Cienfuegos. clotirdecmp@jagua.cgf.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La atención estomatológica integral a la población presenta un amplio espectro en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Es su propósito inculcar en la población la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general, así como la formación de estilos de vida adecuados desde las edades tempranas, la educación de los padres como elemento fundamental, el papel del personal de educación y todo aquel que en su contacto directo con el niño impulse este trabajo.[1]

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución, respiración normal, fonación y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos, la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los tres años. Estos hábitos deformantes, si se mantienen por largos períodos, traen como consecuencia alteraciones de la oclusión. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.[2-4]

Generalmente, estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación debido a la poca capacidad de comprensión del niño. Por eso es esta la tarea más importante, y en ocasiones compleja, del profesional al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados; es importante, además, la cooperación de los padres, pues la clave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo.[3,4-6] Según Maya,[7] similar criterio tuvo Finn cuando planteó: "*Si queremos tener buenos pacientes infantiles primero tendremos que educar a los padres*". Las relaciones entre padre e hijo son las principales dentro de las interpersonales.[4-6]

El niño utiliza los hábitos orales perniciosos como un vehículo para calmar su necesidad emocional. Estos hábitos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, a la vez que interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.[3,6-8]

La detección se realiza en muchas ocasiones por el odontólogo, pero en otras por el pediatra que explora al niño, quien debe identificarlos de manera precoz. He ahí la importancia de conocer los signos clínicos más evidentes de estos hábitos para tener éxito en el tratamiento.[9]

La frecuencia de los hábitos dependerá de la edad del niño, ya que en edades entre dos y seis años, la succión digital y del chupete está ampliamente extendida, mientras que en los niños mayores de seis años lo son la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica.[8]

En la mayoría de los grupos de edades, existe un vínculo muy significativo entre los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales. Este vínculo se debe a la potencialidad de los primeros de interferir con el patrón regular de crecimiento facial. Esto produce anomalías tanto morfológicas como funcionales.[2,4,10,11]

El odontólogo debe evaluar al niño en busca de implicaciones psicológicas antes de proporcionar tratamiento para eliminar cualquier hábito bucal parafuncional.

Por tales razones se realizó esta investigación con el objetivo de analizar la efectividad de una intervención educativa aplicada en niños de cinco a once años, con 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 cinco a once años, de la escuela Guerrillero Heroico, perteneciente al Área II del Municipio Cienfuegos, durante el período de octubre del 2008 a abril del 2009.

Se incluyeron todos los niños sin tratamiento ortodóncico recibido, y que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación, tanto ellos como sus padres o tutores.

Se excluyeron los niños portadores de enfermedades nasofaríngeas y los que presentaban enfermedades psíquicas y motoras que impidieran el examen bucal.

Se realizó una profunda anamnesis a los niños y tutores y un minucioso examen clínico en el que se utilizó luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, presencia de: incompetencia bilabial, resalte, inclinación vestibular de incisivos superiores, adaquia, apiñamiento, hábitos posturales, hábito de succión, hábito de deglución atípica, onicofagia, desgaste selectivo y nivel de conocimiento sobre hábitos deformantes bucales.

Se realizó un examen funcional para detectar alteraciones en la función deglución, respiración, fonación y masticación. Para detectar alteraciones en la deglución (protracción lingual) se les indicó a los niños que tragaran saliva sin separar los dientes. Se les separaron los labios para observar si ocurría proyección de la lengua entre las arcadas dentarias.

Para identificar a los niños portadores de hábitos de respiración bucal, se utilizó el examen facial, observando si el niño respiraba con la boca abierta. También se le preguntó a la/el 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 padres y/o tutores para conocer si la causa de la respiración bucal era por enfermedad o por hábito y si esto lo realizaba en un período anterior por lo menos a un año, lo que permitió descartar a los niños que presentaban enfermedades nasofaríngeas.

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

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

Para identificar a los niños con hábitos posturales, además del interrogatorio a los padres y tutores, se le preguntó a la/el maestra/o si algún niño habitualmente mantenía una postura inadecuada.

También se analizó la presencia de alguna anomalía o desviación que indujera a pensar en este hábito.

Los datos fueron recogidos en un formulario confeccionado al efecto.

Se aplicaron encuestas de conocimientos a niños padres y educadores antes y después de la intervención. Dichas encuestas fueron validadas por criterios de expertos (especialistas de promoción, educación para la salud, psicólogos y estadísticos) y sometida a un proceso de pre test.

Se realizaron 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, y se realizaron actividades de educación para la salud con los niños con el fin de elevar su nivel de conocimiento sobre salud buco- dental para lograr así la eliminación consciente de los hábitos deformantes en ellos.

A los niños con disfunciones neuromusculares se les aplicaron terapias grupales e individuales; así se logró mejorar el equilibrio bucal y dentario con una selección de los ejercicios según los grupos musculares afectados.

Se aplicaron los tratamientos correctivos a los portadores de hábitos con anomalías dentomaxilofaciales que incluyeron los desgastes selectivos, psicoterapia y mecanoterapia.

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.

La investigación fue aprobada por el Consejo Científico.

Una vez recogida toda la información necesaria se confeccionó una base de datos en la que se empleó el paquete de programas Epinfo.

Los resultados se muestran en tablas mediante números absolutos y porcentaje.

RESULTADOS

Predominó el sexo femenino con 59,8 %. La mayor cantidad de niños se agrupó en la edad de diez años, con 16, 3 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los niños según edad y sexo

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5	8	3,3	5	2,1	13	5,4
6	24	10,0	13	5,4	37	15,5
7	24	10,0	14	5,9	38	15,9
8	25	10,5	13	5,4	38	15,9
9	20	8,4	16	6,7	36	15,1
10	22	9,2	17	7,1	39	16,3
11	20	8,4	18	7,5	38	15,9
Total	**143**	**59,8**	**96**	**40,2**	**239**	**100**

Los hábitos bucales deformantes que predominaron antes de la intervención fueron la protración lingual y la succión del biberón con un 60,2 % y 35,9 % de afectación respectivamente y en las edades de seis, siete y ocho años de edad. El hábito de succión del tete se hizo evidente en el 35, 1 % de los niños, fundamentalmente a la edad de seis años y la onicofagia estuvo presente en el 18, 4 % de los pacientes, fundamentalmente a los 11 años. La protracción lingual y la succión del biberón fueron las hábitos deformantes que más disminuyeron después de aplicada la intervención, no así la respiración bucal y los hábitos posturales (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de cinco a once años de edad antes y después de aplicar la intervención

Edad		Protracción lingual		Succión del biberón		Succión del tete		Onicofagia		Succión digital		Respirador bucal		Hábitos posturales	
		A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
5	**No.**	10	10	11	8	11	11	3	3	3	3	1	1	0	0
n =13	**%**	4,2	4,2	4,6	3,3	4,6	4,6	1,2	1,2	1,2	1,2	0,4	0,4	0	0
6	**No.**	29	27	16	13	24	19	7	7	8	8	1	1	0	0
n =37	**%**	12,1	11,3	6,7	5,4	10,0	7,9	2,9	2,9	3,3	3,3	0,4	0,4	0	0
7	**No.**	25	23	20	11	21	15	5	5	9	9	3	3	1	1
n =38	**%**	10,5	9,6	8,4	4,6	8,8	6,3	2,1	2,1	3,8	3,8	1,2	1,2	0,4	0,4
8	**No.**	26	21	21	11	14	4	6	6	4	3	2	2	4	4
n = 38	**%**	10,9	8,8	8,8	4,6	5,8	1,7	2,5	2,5	1,7	1,2	0,8	0,8	1,7	1,7
9	**No.**	21	14	7	1	6	0	5	4	7	5	5	5	2	1
n = 36	**%**	8,8	5,8	2,9	0,4	2,5	0	2,1	1,7	2,9	2,1	2,1	2,1	0,8	0,4
10	**No.**	18	9	8	0	5	0	7	5	6	4	6	5	0	0
n = 39	**%**	7,5	3,8	3,3	0	2,1	0	2,9	2,1	2,5	1,7	2,5	2,1	0	0
11	**No.**	15	7	3	0	3	0	11	2	6	2	2	1	6	4
n = 38	**%**	6,3	2,9	1,2	0	1,2	0	4,6	0,8	2,5	0,8	0,8	0,4	2,5	1,7
Total	**No.**	**144**	**111**	**86**	**44**	**84**	**49**	**44**	**32**	**43**	**34**	**20**	**18**	**13**	**10**
n=239	**%**	**60,2**	**46,4**	**35,9**	**18,4**	**35,1**	**20,5**	**18,4**	**13,4**	**17,0**	**14,2**	**8,4**	**7,5**	**5,4**	**4,2**

A (antes) D (después)

Antes de la intervención la mayoría de los hábitos eran más frecuentes en el sexo femenino, excepto la succión digital, onicofagial y los hábitos posturales. La protración lingual se presentó en el 35, 9 % de las niñas y la succión del biberón y del tete en un 20, 9 %. En el sexo masculino se observaron estos mismos hábitos, sin embargo después de la intervención hubo una reducción de sus valores en ambos sexos. (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de hábitos deformantes bucales en niños de cinco a once años, según sexo, antes y después de aplicar la intervención

Hábitos	Sexo											
	Femenino n= 143				Masculino n= 96				Total n=239			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Protracción lingual	86	35,9	65	27,2	52	21,7	40	16,7	138	57,7	105	43,6
Succión del biberón	50	20,9	32	13,4	30	12,5	6	2,5	80	33,5	38	15,9
Succión del tete	50	20,9	34	14,2	28	11,7	9	3,7	78	32,6	43	17,9
Onicofagia	21	8,8	12	5,0	17	7,1	14	5,8	38	15,9	26	10,9
Succión digital	17	7,1	10	4,2	20	8,4	18	7,5	37	15,5	28	11,7
Respiración bucal	7	2,9	5	2,1	7	2,9	7	2,9	14	5,8	12	5,0
Hábitos posturales	2	0,8	1	0,4	5	2,1	4	1,7	7	2,9	5	2,1

Las anomalías más frecuentes antes de aplicar la intervención fueron: la inclinación vestibular de incisivos superiores y el resalte aumentado, sobre todo a los diez y once años, con un 9,6 %, seguido de la adaquia a los ocho y la incompetencia bilabial en las edades de nueve y diez años. En los niños de cinco años no se eliminaron las anomalías, en los de seis y siete años hubo mejorías discretas; en las edades de diez y once años hubo mejores porcientos de eliminación, sobre todo en la inclinación vestibular de incisivos superiores y el resalte aumentado. (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales antes y después de aplicada la intervención, según edad

Edad		Vestíbulo-versión		Resalte aumentado		Incompetencia Bilabial		Adaquia		Apiñamiento	
		A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
5	No	6	6	6	6	3	3	7	7	0	0
n = 13	%	2,5	2,5	2,5	2,5	1,3	1,3	2,9	2,9	0	0
6	No	19	15	19	15	11	10	16	15	3	3
n = 37	%	7,9	6,3	7,9	6,3	4,6	4,2	6,7	6,3	1,3	1,3
7	No	20	16	20	16	16	13	14	12	5	4
n = 38	%	8,4	6,7	8,4	6,7	6,7	5,4	5,8	5,0	2,1	1,7
8	No	22	14	22	14	17	13	21	19	13	11
n = 38	%	9,2	5,8	9,2	5,8	7,1	5,4	8,8	7,9	5,4	4,6
9	No	21	12	21	12	22	20	17	12	18	14
n = 36	%	8,8	5,0	8,8	5,0	9,2	8,4	7,1	5,0	7,5	5,8
10	No	23	11	23	11	19	18	19	16	29	21
n = 39	%	9,6	4,6	9,6	4,6	7,9	7,5	7,9	6,7	12,1	8,8
11	No	23	9	23	9	18	16	21	17	23	14
n = 38	%	9,6	3,8	9,6	3,8	7,5	6,7	8,8	7,1	9,6	5,8
Total	**No**	**134**	**83**	**134**	**83**	**106**	**93**	**115**	**98**	**91**	**67**
n = 239	**%**	**56,1**	**34,7**	**56,1**	**34,7**	**44,4**	**38,9**	**48,1**	**41,0**	**38,1**	**28,0**

Las anomalias dentomaxilo faciales tuvieron mayor predominio en el sexo femenino, fundamentalmente la adaquia (27, 2 %), el resalte aumentado y la inclinación vestibular de incisivos superiores, con 25, 9 % y 25, 1 % respectivamente. Después de la intervención la adaquia disminuyó a 23, 2 % y el resalte aumentado y la inclinación vestibular de incisivos superiores a 15, 5 % ambos. En el sexo masculino predominaron el resalte aumentado y la inclinación vestibular de incisivos superiores antes de la intervención (25, 1 %), que disminuyeron a 15,1 en ambos casos, después de la intervención. (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de cinco a once años antes y después de aplicada la intervención, según sexo

Anomalías dentomaxilofaciales	Sexo							
	Femenino n= 143				Masculino n= 96			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Inclinación vestibular de incisivos superiores	60	25,1	37	15,5	60	25,1	36	15,1
Resalte aumentado	62	25,9	37	15,5	60	25,1	36	15,1
Incompetencia bilabial	55	23,0	49	20,5	40	16,7	34	14,2
Adaquia	65	27,2	53	23,2	39	16,3	35	14,6
Apiñamiento	37	15,5	24	10,0	42	17,6	33	13,8
Total	**279**	**116,7**	**200**	**83,7**	**241**	**100,8**	**174**	**72,8**

El nivel de conocimiento de los niños sobre los hábitos deformantes bucales antes de aplicar las diferentes técnicas educativas osciló entre el 7,9 % y el 37,6 %. Al aplicar las actividades educativas el nivel de conocimiento de estos niños se elevó en todos los hábitos con valores de entre el 64, 0 % y el 92, 9 %. (Tabla 6).

Tabla 6. Conocimiento sobre hábitos deformantes bucales antes y después de aplicada la intervención en niños de cinco a once años

Hábitos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Succión digital	90	37,6	222	92,9
Succión del tete	86	35,0	155	64,8
Tomar leche en pomo	72	30,1	153	64,0
Protracción lingual	42	15,6	166	69,4
Onicofagia	29	12,1	164	68,6
Respirador bucal	26	10,9	186	77,8
Hábitos posturales	19	7,9	183	76,6

El nivel de conocimiento de los padres y /o educadores sobre los hábitos deformantes bucales antes de aplicar las diferentes técnicas oscilaba entre el 26,3 % el 39, 3 %; después de haber interactuado en ellos con técnicas educativas el nivel de conocimiento aumentó entre el 79,9 % y el 93,3 %. (Tabla 7).

Tabla 7. Conocimiento de hábitos deformantes bucales antes y después de aplicada la intervención en padres y / o educadores

	Antes		Después	
Hábitos	No.	%	No.	%
Succión digital	94	39,3	223	93,3
Succión del tete	88	36,8	219	91,6
Tomar leche en pomo	84	35,1	216	90,4
Protracción lingual	75	31,4	221	92,5
Onicofagia	68	28,4	222	92,9
Respirador bucal	66	27,6	191	79,9
Hábitos posturales	63	26,3	194	81,1

En la evaluación del nivel de conocimiento de los niños después de aplicadas las actividades educativas se elevó la categoría de bien desde 7, 1 % a un 92, 0 %. (Tabla 8).

 ISSN 1727-897X

Tabla 8. Evaluación de conocimiento de los niños antes y después de aplicada la intervención

Evaluación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	17	7,1	220	92,0
Regular	31	12,9	14	5,8
Mal	191	79,9	5	2,1

En el nivel de conocimiento adquirido sobre esta problemática en los padres y/o educadores se elevó la categoría de bien hasta el 92,5 %. (Tabla 9).

Tabla 9. Evaluación de conocimiento de los padres y /o educadores antes y después de aplicada la intervención

Evaluación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	32	13,4	221	92,5
Regular	49	20,5	15	6,3
Mal	158	66,1	3	1,2

Durante la intervención se aplicó tratamiento al 100 % de los niños. De estos al 78,2 % se le aplicó la mioterapia individual y colectiva, al 38,9 % la mecanoterapia y al 11,3 % los desgastes selectivos. (Tabla 10).

Tabla 10. Tratamientos aplicados durante la intervención

Terapéuticas n = 239	Tratamientos aplicados	
	No.	%
Psicoterapia	239	100
Mioterapia	187	78,2
Mecanoterapia	93	38,9
Desgaste selectivo	27	11,3

Hubo una reducción de los hábitos deformantes bucales, eliminándose en el 54, 4 % de los niños afectados por esta entidad. (Tabla 11).

Tabla 11. Evaluación de la efectividad de la intervención realizada sobre los hábitos deformantes bucales

Efectividad	Después	
No. 239	No.	%
Hábitos eliminados	130	54,4
Hábitos mantenidos	109	45,6

DISCUSIÓN

En esta investigación se apreció, de forma general, que predominó el sexo femenino, resultados que coinciden con los obtenidos por Fernández,[4] Haces,[10] Mas[11] y Acevedo.[12]

La mayor susceptibilidad, según Montiel,[13] 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 Atención Primaria de Salud en la que el Estomatólogo General Integral tiene un papel decisivo, porque tiene que desarrollar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y tratamientos 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.

En este estudio se observó que la protracción lingual se incrementa a los seis años, en lo que coincide con Fernández,[4] sin embargo tiene tendencia a disminuir con la edad y principalmente en la dentición mixta.

Cuando se compararon 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 masculino, lo que puede explicarse debido a que las niñas son más sobreprotegidas por los padres. Se ratifica, según criterio de los autores, lo planteado sobre la educación sexista referida por Montiel.[13]

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 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.

De forma general las anomalías que más se redujeron fueron la inclinación vestibular de incisivos superiores y el resalte aumentado, principalmente a partir de los ocho años, seguido de la adaquia y la incompetencia bilabial, las que se corresponden con los hábitos más frecuentes en este estudio y se consideran clínicamente significativas. Estos resultados referidos a la incompetencia bilabial pueden deberse a las anomalías diagnosticadas inicialmente y a que estos niños son menos proclives a deformarse, pues poseen supuestamente un sistema neuromuscular más fuerte, además de que no deben tener presentes otros agentes etiológicos de las maloclusiones.

García,[a] con la aplicación de la mioterapia en pacientes sin cierre bilabial por la ruptura del equilibrio del buccinador demostró que con ejercicios se incrementa la fuerza labial superior, y se logra mejorar el balance neuromuscular del sistema estomatognático, de igual forma lo demostró Morera,9 al aplicar la mioterapia de forma grupal en escolares de primaria.

Para evaluar la incompetencia bilabial se tuvo en cuenta el criterio de Proffit,[2] que afirma, que para un correcto cierre bilabial deben exponerse no más de 3 mm los incisivos superiores cuando el paciente está en posición de reposo. Acevedo y colaboradores,[12] en sus investigaciones encontraron incompetencia bilabial en primer lugar en el sexo femenino, lo cual no coincide

con estos resultados.

Al analizar la frecuencia de las ADMF después de realizada la intervención se observó que en las féminas fue mayor su reducción, principalmente en: adaquia, inclinación vestibular de incisivos superiores, el resalte aumentado y apiñamiento, sin embargo en los varones fueron las dos primeras de ellas, por lo que se infiere que este resultado se debe a las características propias del sexo femenino, lo cual coincide con lo planteado por Montiel.[13]

El nivel de conocimiento de los niños sobre los hábitos deformantes bucales antes de aplicar las diferentes técnicas educativas osciló entre el 7,9 % y el 37,6 %, situación esta alarmante ya que en nuestro país existe un sistema de salud muy bien estructurado y protagonizado por el Grupo Básico de Trabajo, así como por los estomatólogos generales integrales, los cuales deben incrementar la labor educativa en nuestra población infantil. De estos resultados se infiere que no se cumple la planificación, organización y ejecución de las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Al aplicar las actividades educativas se debe destacar que el nivel de conocimiento de estos niños se elevó en todos los hábitos desde el 64, 0% hasta el 92,9 %.

Desarrollar de forma variada técnicas creativas en la práctica de actividades educativas como las empleadas en este programa, donde se destacan la dramatización, juegos, adivinanzas, demostración de láminas, objetos, y todo tipo de creatividad didáctica, le confiere a las actividades una connotación especial en lo dinámico y ameno, que permite trasmitir la motivación al cambio de actitudes, reflexión, modificar conocimientos o que se refuercen, para acertadamente mejorar la calidad de vida y el estado de salud.

Similar a este estudio, Haces[10] demuestra la efectividad de la intervención educativa mediante técnicas afectivas participativas, en las que se promueven conocimientos sobre hábitos deformantes bucales, y se logra un incremento de dicho conocimiento en la población estudiada.

Debe valorarse entonces, como prioridad nuestra, brindar a los docentes elementos esenciales, conocimientos básicos en materia de salud bucal que pudieran incorporar a sus alumnos y complementar en tal sentido la actividad educativa, considerándose que nos corresponde redoblar esfuerzos por la acertada promoción y a su vez prevención de enfermedades bucales.

La evaluación del nivel de conocimiento de los niños fue muy satisfactoria, pues la categoría de bien se elevó desde 7,1 % a un 92, 0 %, lo que demuestra la efectividad de las acciones realizadas en esta investigación. 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 presentaba los niños, padres y educadores.

Acevedo[12] y Haces[10] elevaron el nivel de conocimiento de los niños al aplicarle intervenciones educativas, al igual que los resultados alcanzados en esta investigación.

Esto demuestra que 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.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por autores como Maya[7] y Morera[9] que realizaron conversatorios con los padres para lograr mejores resultados, utilizaron la persuasión y técnicas grupales.

Una vez diagnosticada la presencia de la incompetencia bilabial y la lengua protráctil, malos hábitos por los cuales se ve afectado el sistema neuromuscular, se aplicó la psicoterapia y la mioterapia grupal, así como la individual en los niños que acudieron a consulta, lo cual está justificado por el papel decisivo de los músculos en el equilibrio bucodentario, el cual constituye parte importante del sistema estomatognático, resultados estos que coinciden con el estudio realizado por Morera.[9]

García[a] en un estudio realizado con diferentes ejercicios para tratar pacientes con incompetencia bilabial, aplicó la mioterapia con tres ejercicios; con el de la máscara fue con el que obtuvo mejores resultados, en el cual logró incrementar la fuerza labial.

Al realizar el análisis después de la aplicación de las diferentes terapéuticas, acciones preventivas y educativas, se pudo corroborar que hubo una

reducción de los hábitos deformantes bucales, eliminándose en el 54, 4 % de los niños afectados por esta entidad, por lo que fue exitosa la aplicación de las acciones realizadas durante la intervención, esto reviste una gran importancia porque eliminamos el agente causal de las anomalías instauradas en los diferentes componentes del aparato estomatognático, lo que contribuirá a lograr restablecer el equilibrio bucal y dentario.

---

[a]García González B, García González J, Soto Cantero L. Efectividad de la mioterapia en el fortalecimiento de la fuerza labial superior. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Versión (Desoft). Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002.

2. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia contemporanea [Internet]. Barcelona: Editorial Elsevier; 2008. [cited 23 Ene 2009] Available from: http://www.buscalibre.com/ortodoncia-contemporanea-cuarta-edicion-william-r-proffit-elsevier-science-health-science-div/p/n4cmhyd.

3. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [revista en Internet]. 2011 [cited 26 Abr 2012] ; 8: [aprox. 9p]. Available from: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp.

4. Fernández Martínez J, Mora Pérez C, López Fernández R. Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 10 May 2013] ; 7 (1): [aprox. 12p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/506/821.

5. Quirós Álvarez O, Quirós L, Quirós J. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [revista en Internet]. 2003 [cited 14 Abr 2013] ; 6: [aprox. 6p]. Available from: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art1.asp.

6. Valladares González A. La familia. Una mirada desde la Psicología. Medisur [revista en Internet]. 2008 [cited 13 May 2013] ; 6 (1): [aprox. 9p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319.

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

8. Vellini Ferreira F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Madrid: Ediciones Ergon, S.A; 2002.

9. Morera Pérez A, Mora Pérez C, López Fernández R. Resultados de la terapia miofuncional en pacientes con incompetencia bilabial. Ortodoncia Española. 2005 ; 45 (3): 176-91.

10. Haces Yanes M, Mora Pérez C, Cruz Pérez N, Álvarez Mora I. Intervención educativa aplicada en niños de 5 a11 años portadores de hábitos deformantes bucales. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 26 Nov 2010] ; 7 (1): [aprox. 9p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/531/826.

11. Más García MJ, Mora Pérez C, López Fernández R. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de cinco a once años. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 26 Nov 2010] ; 7 (1): [aprox. 6p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/527/815.

12. Acevedo Sierra O, Mora Pérez C, Capote Femenías J, Rosell Silva C, Hernández Núñez Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 9 Ago 2011] ; 9 (2): [aprox. 9p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574/619.

13. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y asociación con hábitos

perniciosos en una población de niños mexicanos. Rev ADM. 2004 ; LXI (6): 209-14.