Descargado el: 19-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos

Educational Intervention in 7- to 11-year-old Children with Malocclusions. Area VII, Cienfuegos

Clotilde de la Caridad Mora Pérez[1] Maylin Gil Rodríguez[2] Ivette Álvarez Mora[3] Marisleidy Cardoso Santiago[4] Pedro Álvarez Rodríguez[3] Ceida Oliva Romero[3]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Clínica Estomatológica Raúl González, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[3] Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[4] Policlínico Universitario, Cruces, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Mora-Pérez C, Gil-Rodríguez M, Álvarez-Mora I, Cardoso-Santiago M, Álvarez-Rodríguez P, Oliva-Romero C. Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. **Medisur** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 19]; 12(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2617

Resumen

Fundamento: según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones son el tercer problema de salud en el mundo, por lo que constituye una prioridad detectarlas y tratarlas adecuadamente.
Objetivo: evaluar el resultado de una intervención educativa aplicada a niños portadores de maloclusiones causadas por hábitos deformantes bucales.
Métodos: se realizó un estudio cuasiexperimental, con 52 niños portadores de maloclusiones, en el período comprendido desde septiembre de 2010 a junio de 2011, en una escuela primaria de Cienfuegos. Inicialmente se realizó un diagnóstico; luego se aplicó el programa Agradable sonrisa, con una frecuencia semanal; por último, fueron evaluados los resultados de las acciones educativas, preventivas y terapéuticas, dirigidas a niños, padres y educadores, con el fin de lograr la reducción de las maloclusiones y sus manifestaciones clínicas.
Resultados: se logró elevar el nivel de conocimientos de niños, padres y educadores de forma significativa, así como se erradicó el 64,6 % de las anomalías dentomaxilofaciales (cierre bilabial anormal, resalte aumentado, adaquia) y por lo tanto hubo una disminución de los niños portadores de maloclusiones.
Conclusión: la intervención fue efectiva, pues logró elevar el nivel de conocimientos de niños, padres y educadores acerca de las anomalías dentomaxilofaciales, además de contribuir a la eliminación de este problema en los niños y, en general, a mejorar la armonía de los componentes del aparato estomatognático.

Palabras clave: anomalías dentarias, autocuidado, salud bucal, educación en salud dental, higiene bucal

Abstract

Background: according to the World Health Organization, malocclusions are the third health problem in the world; consequently their detection and proper treatment are a priority.
Objective: to evaluate the outcome of an educational intervention in children with malocclusions caused by oral habits.
Methods: a quasi-experimental study involving 52 children with malocclusions was conducted in an elementary school in Cienfuegos from September 2010 through June 2011. First, the diagnosis was established; subsequently the Nice Smile Program was implemented on a weekly basis and finally, the results of the educational, preventive and therapeutic actions targeted at children, parents and educators were evaluated in order to reduce malocclusions and their clinical manifestations.
Results: the level of awareness in children, parents and educators increased significantly, and 64.6 % of dentomaxillofacial deformities (abnormal bilabial closure, increased overjet and open bite), was eradicated; hence, there was a reduction of children with malocclusions.
Conclusion: the intervention was effective since it led to increased awareness about dentomaxillofacial deformities in children, parents and educators. In addition, it contributed to the eradication of this problem in children, and in general, to the improvement of the components of the stomatognathic system.

Key words: tooth abnormalities, self care, oral health, health education, dental, oral higiene

Aprobado: 2014-11-05 10:00:43

Correspondencia: Clotilde de la Caridad Mora Pérez. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos clotirdecmp@jagua.cgf.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El atractivo social de un niño está influenciado por su apariencia dentofacial. Los dientes son parte integral de la estética facial y asumen una función primordial en las complicadas interacciones sociales, culturales y psicológicas del individuo. Una sonrisa puede comunicar mucho más que las palabras y en verdad, cuando esa sonrisa esta inhibida por dientes desagradables a la vista, esa persona tendrá dificultades para el desarrollo y uso de las habilidades básicas de comunicación más importantes.[1]

Es ampliamente asumido que las anomalías dentomaxilofaciales representan una desventaja social y psicológica para su portador, no solo por las limitaciones estéticas que producen sino por su relación directa con la presencia de problemas funcionales del sistema estomatognático; su tratamiento debe estar dirigido a la eliminación de los factores causales para así erradicar el problema.[2]

Las maloclusiones son desviaciones de los dientes de su oclusión ideal. Varía de una persona a otra en intensidad y gravedad. Supone una relación inarmónica de los huesos de la base del cráneo, bien por la alteración del hueso basal o del hueso alveolar, tanto mandibular como maxilar. Por ello, las maloclusiones implican a todas las estructuras del aparato estomatognático.[3]

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 % a 75 %, con diferencias en cuanto a sexo y edad. En Cuba, estas se presentan en el 36,3 % y el sexo más afectado es el femenino, con 52,6 %[4] y refiere Otaño que la necesidad de tratamiento estimada es del 40 % en la población infantil y juvenil principalmente.[3]

Para la Organización Mundial de la Salud, en la escala de prioridades en cuanto a los problemas de salud bucal, la maloclusión figura en tercera posición. Los complejos factores etiológicos de esta entidad, son obstáculos hasta hoy para su tratamiento, además de ser el resultado de interacciones entre factores sistémicos y ambientales.[5] Varios autores coinciden en señalar la necesidad de que, para prevenir, antes se ha de identificar la etiología de las maloclusiones.[6]

Dentro de las principales causas que pueden originar problemas de mala oclusión, se pueden mencionar los factores hereditarios, los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento, también puede afectar en gran parte la forma de los maxilares, los malos hábitos alimenticios y respirar por la boca sin cerrar los labios.[7]

Es por ello que a la hora de definir las necesidades de tratamiento ortodóncico hay que tener en cuenta algunas consideraciones psicosociales y faciales, y no solo la forma en que los dientes encajan entre sí. Por esta razón es difícil determinar cuándo es necesario el tratamiento y cuándo no, partiendo únicamente del estudio de los modelos o de las radiografías dentales. Parece razonable pensar que la necesidad de tratamiento se correlaciona con la gravedad de una maloclusión.

Las enfermedades bucodentales, una vez establecidas, son persistentes y no tienen curación espontánea, por lo que es imprescindible comenzar a aplicar desde edades tempranas acciones educativas y terapéuticas, tanto individuales como grupales, que contribuyan a disminuir o eliminar las anomalías dentomaxilofaciales que alteran el equilibrio de los componentes del aparato estomatognático.

El objetivo de la presente investigación es evaluar el resultado de una intervención educativa aplicada a niños de 7 – 11 años portadores de maloclusiones causadas por hábitos deformantes bucales.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental, de antes y después, con 52 niños portadores de maloclusiones, en edades comprendidas entre 7 y 11 años, de la escuela primaria José Mateo Fonseca del Consejo Popular Pastorita, del área de salud VII, del municipio Cienfuegos y en el período comprendido de septiembre de 2010 a junio de 2011. Fue desarrollado en dos etapas. Una primera etapa correspondió al diagnóstico, donde fueron identificados, mediante el índice de Shaw, 204 niños portadores de maloclusión, 75 de ellos correspondieron a los grados 1,2 y 3, por lo que se consideraron tributarios de atención en el nivel primario de salud. Por último, de esos 75 fueron identificados 52 niños cuyas maloclusiones tuvieron entre los agentes causales los hábitos deformantes bucales. También se incluyeron 52 adultos (padres y maestros).

En la segunda etapa se realizó el análisis antes y después de aplicar la intervención.

Las anomalías estudiadas fueron cierre bilabial anormal, resalte aumentado y adaquia, incluidas en la descripción del índice utilizado, y correspondientes a los grados atendidos por el nivel primario.

También se tuvo en cuenta como criterio de inclusión, que los niños no estuvieran recibiendo tratamiento ortodóncico y que los padres dieran su consentimiento. Solo serían excluidos aquellos niños que padecieran alguna enfermedad psicomotora que imposibilitara la cooperación para realizar el examen clínico.

Esta investigación cumplió con los principios éticos de la investigación, por lo que se realizó con previa autorización de la dirección de la escuela y con el consentimiento informado de los padres o tutores de los niños.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, anomalías dentomaxilofaciales, y concimientos sobre anomalías dentomaxilofaciales. Esta última variable fue la única que se analizó también para los padres y educadores.

El examen clínico para identificar las anomalías, se realizó con luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales. Se observaron las arcadas dentarias por separado y en oclusión.

Para conocer el nivel de concimientos sobre anomalías dentomaxilofaciales, se aplicaron encuestas relacionadas con estas y su relación con los hábitos deformantes bucales.

Las encuestas, aplicadas a niños, padres y educadores, fueron validadas por el Comité Científico de Estomatología en Cienfuegos y sometidas a un proceso de pretest.

Una vez obtenida la información inicial de diseño, se aplicó un programa educativo (Agradable Sonrisa), con una frecuencia semanal, donde se incorporaron a niños, padres y educadores de esta institución.

El objetivo del programa era que todos adquirieran los conocimientos sobre anomalías dentomaxilofaciales y su relación con los hábitos deformantes bucales.

Características del programa

Se planificaron y controlaron un conjunto de técnicas afectivo-participativas, con el uso de herramientas clave como la comunicación, la persuasión participativa indirecta y la creatividad, que incluyeron a niños, padres y educadores.

Se emplearon técnicas vivenciales (animación, análisis y reflexión grupal, de evaluación de conocimientos) y visuales (fotografías, láminas y modelos). También se realizaron juegos didácticos para realizar la mioterapia y reafirmar los conocimientos impartidos.

A cada cuestionario de preguntas aplicado, se le estableció una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de su puntuación sobre la base de 10 puntos, se evaluó de bien, regular y mal. Este valor se obtuvo del resultado de la sumatoria de las respuestas de cada pregunta. El resultado del cuestionario se clasificó de la siguiente forma: bien: 7–10 (más del 70 %), regular: 5,1-6,9 (de 51 % - 69 %) y mal: menor que 5 (menos del 50 %).

Se aplicaron terapias grupales para mejorar el equilibrio bucal y dentario a los niños con disfunción neuromuscular, seleccionando los ejercicios según el grupo muscular afectado, así como el control de los hábitos deformantes bucales.

Se aplicó tratamiento correctivo a los portadores de maloclusiones, que incluyó desgaste selectivo, psicoterapia, mioterapia y mecanoterapia.

Se compararon las variables antes y después de la aplicación de la estrategia educativa. Para evaluar la significación estadística de los resultados, se utilizó la Prueba de McNemar para las variables nominales y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para las ordinales.

RESULTADOS

Se observó un ligero predominio del sexo femenino (51,9 %) con respecto al masculino. La mayor cantidad de niños se agruparon en las edades de 8 y 10 años para un 25 % y un 26,9 % respectivamente. El cierre bilabial anormal (87,5 %) y el resalte aumentado con vestíbuloversión de incisivos (44,4 %), fueron las anomalías más frecuentes, presentes en los niños de 9 y de 11 años de edad, respectivamente. Después de la intervención se evidenció que hubo una reducción de las anomalías en todas las edades, con diferencias significativas estadísticamente, excepto en la adaquia. (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales antes y después de la intervención según la edad

Edad		Cierre bilabial anormal		Resalte aumentado		Adaquia		Total	
		A	D	A	D	A	D	A	D
7	No.	6	2	2	1	1	0	9	3
n=8	%	75,0	25,0	25,0	12,5	12,5	0,0		
8	No.	10	3	4	2	3	2	17	7
n=13	%	76,9	23,1	30,8	**15,4**	**23,1**	**15,4**		
9	No.	7	2	3	1	1	1	11	4
n=8	%	**87,5**	25,0	37,5	12,5	12,5	12,5		
10	No.	9	4	5	2	2	0	16	6
n=14	%	64,3	**28,6**	35,7	14,3	14,3	0,0		
11	No.	6	1	4	1	2	1	12	1
n=9	%	66,7	11,1	**44,4**	11,1	22,2	11,1		
Total	No.	38	12(*)	18	7(**)	9	4(***)	65	23
n=52	%	73,1	23,1	34,6	13,5	17,3	7,7		

*p=0,000; **p=0,001; ***p=0,063

Al analizar el conocimiento de los niños sobre anomalías dentomaxilofaciales y hábitos deformantes bucales antes de la intervención, se hicieron evidentes sus altas necesidades de aprendizaje. Después de aplicadas las diferentes técnicas mediante la intervención, se observaron mejorías, con valores significativos estadísticamente. (Tabla 2).

Tabla 2. Conocimientos de los niños sobre anomalías dentomaxilofaciales y hábitos deformantes bucales antes y después de la intervención

Anomalías dentomaxilofaciales y hábitos deformantes bucales (n=52)	Antes		Después		Significación estadística
	No.	%	No.	%	
Cierre bilabial anormal	0	0,0	35	67,3	p=0,000
Resalte aumentado	0	0,0	42	80,8	p=0,000
Adaquia	0	0,0	29	55,8	p=0,000
Succión digital	30	57,7	49	94,2	p=0,000
Succión tete	33	**63,5**	52	**100,0**	p=0,000
Succión biberón	31	59,6	47	90,4	p=0,000
Protracción lingual	11	21,2	41	78,8	p=0,000
Onicofagia	7	13,5	39	75,0	p=0,000
Respiración bucal	12	23,1	35	67,3	p=0,000
Hábitos posturales	3	5,8	33	63,4	p=0,000

Inicialmente el nivel de conocimientos de padres y educadores sobre las diferentes anomalías dentomaxilofaciales y hábitos que las causan, oscilaba entre el 7,7 % y el 82,7 %; tras aplicar la intervención, dicho nivel aumentó, hasta oscilar entre 63,5 % y 100 %, con una alta significación estadística. (Tabla 3).

Tabla 3. Conocimientos de padres y educadores sobre anomalías dentomaxilofaciales y hábitos deformantes bucales antes y después de la intervención

Anomalías dentomaxilofaciales y hábitos deformantes bucales (n=52)	Antes		Después		Significación estadística
	No.	%	No.	%	
Cierre bilabial anormal	21	40,4	43	82,7	p=0,000
Resalte aumentado	43	**82,7**	52	**100,0**	p=0,004
Adaquia	10	19,2	33	63,5	p=0,000
Succión digital	32	61,5	46	88,5	p=0,000
Succión del tete	34	65,4	50	96,2	p=0,000
Succión del biberón	28	53,8	45	86,5	p=0,000
Protracción lingual	7	13,5	39	75,0	p=0,000
Onicofagia	5	9,6	45	86,5	p=0,000
Respiración bucal	8	15,4	44	84,6	p=0,000
Hábitos posturales	4	7,7	42	80,8	p=0,000

En general, se logró elevar el nivel de conocimientos de los niños, padres y educadores, con cifras significativas desde el punto de vista estadístico, sobre todo en el caso de los padres y educadores, en los cuales en la categoría de bien el nivel de conocimientos se incrementó de 1,9 % a 84,6 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación del nivel de conocimiento en niños, padres y educadores sobre anomalías dentomaxilofaciales y hábitos deformantes bucales antes y después de la intervención

Nivel de conocimiento N=52	Niños				Padres y/o educadores			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	2	3,8	32	**61,5**	1	1,9	44	**84,6**
Regular	16	30,8	13	25,0	22	42,3	6	11,5
Mal	34	65,4	7	13,5	29	55,8	2	3,9

p=0,000

Luego de la intervención, se observó una reducción en el número de niños con anomalías dentomaxilofaciales; fue eliminado el 64,6 de % de las identificadas inicialmente. (Tabla 5).

Tabla 5. Estado de las anomalías dentomaxilofaciales después de la intervención

Efectividad	Después	
N= 65	No.	%
Eliminadas	42	64,6
Mantenidas	23	35,4

p=0,000

DISCUSIÓN

Algunos autores[8] han demostrado un predominio de los hábitos deformantes bucales en el sexo femenino. En Cuba también se han encontrado resultados similares,[9] incluso en la provincia de Cienfuegos.[10-13] En este estudio la prevalencia en el sexo femenino fue de 51,9 %.

Respecto a la edad, la presencia de anomalías dentomaxilofaciales, se concentró mayoritariamente en los niños de 8 y 10 años para un 25 % y un 26,9 % respectivamente. En estas edades se encuentra instaurada la dentición mixta.

Entre el sexto y séptimo año y hasta aproximadamente 11 años de edad, se extiende la etapa de vida escolar temprana, cuyo inicio señala un cambio radical en la vida del niño, por todas las características de la nueva situación social, en la cual tendrá lugar el desarrollo de su personalidad;[14] ello explica la alta frecuencia de maloclusiones en estas edades.

Entre las anomalías que predominaron en el grupo de niños estudiados, se observó el cierre bilabial anormal en primer lugar, y el resalte aumentado con vestíbuloversión de incisivos, en segundo lugar; resultados similares a los de estudios precedentes.[10,13,15] La adaquia ocupó el tercer lugar en frecuencia de las anomalías estudiadas en estos niños, lo cual difiere de lo encontrado por Acevedo[12] y Haces.[11]

En general, los resultados obtenidos después de la intervención evidenciaron que hubo una reducción de las anomalías en todas las edades; otros estudios de intervención han tenido los mismos resultados satisfactorios,[10,12,13] lo que demuestra que la labor educativa con la utilización de terapias grupales e individuales es más efectiva al involucrar a la comunidad.

Los conocimientos de niños, padres y educadores sobre anomalías dentomaxilofaciales y hábitos deformantes bucales antes de la intervención, evidenciaron las necesidades de aprendizaje que presentaban. En el caso de los niños, no identificaban ninguna de las anomalías dentomaxilofaciales y desconocían casi todos los hábitos deformantes; el conocimiento de los padres y educadores oscilaba entre el 7,7 % y el 82,7 % antes de aplicar las diferentes técnicas, lo que podía estar influyendo negativamente sobre el aprendizaje de los niños en estos temas, debido a que ellos dependen de la educación y la transmisión de conductas favorables por parte de sus mayores.

Podemos apreciar que después de la intervención se logró elevar los conocimientos de estos niños, padres y educadores, incluso, con valores significativos estadísticamente. Similar resultado se obtuvo en otros estudios donde también se emplearon medios de enseñanza para la promoción de salud.[12,13]

La responsable de la educación para la salud es, en mayor medida, la familia. Sin embargo, no todos los padres están preparados para poder realizar correctamente esta tarea, ya que muchos trasmiten a su hijo la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados y muchas veces perjudiciales para el niño. Muchas veces, los educadores sienten que sus esfuerzos son inútiles sin el apoyo y compromiso de la familia.[11]

Las terapéuticas aplicadas a los niños afectados fueron la psicoterapia, la mioterapia, así como la mecanoterapia y desgastes selectivos, tratamientos utilizados por otros autores,[12,13] también con resultados muy satisfactorios. Luego de su aplicación, así como del desarrollo de acciones preventivas y educativas, se pudo apreciar que hubo una reducción de las anomalías dentomaxilofaciales, otro resultado que corrobora el éxito de la intervención. Resultados similares fueron obtenidos por Acevedo,[11] Fernández[13] y Haces.[14]

Estos resultados evidencian la importancia de realizar acciones en la atención primaria de salud por parte del estomatólogo general integral en el diagnóstico y tratamiento temprano de las maloclusiones, lo que evita que se agrave el cuadro clínico, y contribuye a disminuir la remisión al segundo nivel de atención, evitando la inversión de mayor cantidad de recursos cuando los tratamientos se hacen muy

complicados. Se concluye que fue efectiva la intervención realizada, ya que se redujo significativamente el número de anomalías dentomaxilofaciales, así como elevar el nivel de conocimientos acerca de los hábitos deformantes que las provocan; todo ello mediante la aplicación de acciones educativas, preventivas y terapéuticas, y la participación de forma coordinada de la familia, los profesores y los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canut BSA. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2da. ed. Barcelona: Editorial Masson; 2000. p. 389-424.

2. Vela Hernández A. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en la infancia [Internet]. Canarias: Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría; 2002. [cited 13 Dic 2009] Available from: http://www.svnp.es/pediatras/documentos-de-pediatria/miscelanea/diagnostico-precoz-de-las-maloclusiones-esqueleticas-y.

3. Otaño Lugo R. Papel de la ortodoncia en el Sistema Nacional de Salud. In: Manual clínico de ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 5-15.

4. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 261.

5. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia contemporánea. 4ta. ed. Canadá: Mosby; 2007. p. 7, 151-159.

6. León Caballero KM, Maya Hernández B, Vega Galindo M, Mora Pérez C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2007 [cited 20 May 2012] ; 44 (4): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400003&script=sci_arttext.

7. Grando G, Young AA, Vedovello Filho M, Vedovello SA, Ramirez-Yañez GO. Prevalence of malocclusions in young Brazilian population. Int J Orthod Milwaukee. 2008 ; 19 (2): 13-6.

8. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM. 2004 ; 61 (6): 209-14.

9. Cepero Sánchez ZJ, Hidalgo-Gato Fuentes I, Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñones JA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2007 [cited 20 Sep 2012] ; 44 (4): [aprox. 15p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext.

10. Rosell Silva C, Mora Pérez C, Sexto Delgado NM. Estudio de intervención comunitaria en escolares de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2010 [cited 8 Abr 2011] ; 47 (Supl): [aprox. 8p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_02_10/06(Ortodoncia).htm#ort02.

11. 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 10 Dic 2011] ; 9 (2): [aprox. 6p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574/619.

12. Haces Yanes M, Mora Pérez CC, Cruz Pérez NR, Álvarez Mora I. Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 30 Nov 2010] ; 7 (1): [aprox. 9p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/531/826.

13. Fernández Martínez J, Mora Pérez CC, López Fernández R. Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 26 Ago 2012] ; 7 (1): [aprox. 20p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/506/821.

14. González Pérez U, Núñez de Villavicencio F. Modo de vida, psiquis y salud. In: Núñez de Villavicencio F, Jordán A, Pradere E, Ruíz G, Gozá J, Neyra M. Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 13-139.

15. Mora Pérez CC, Habadi Amhed S, Apolinaire Pennini J, López Fernández R, Álvarez Mora I,

Agüero García H. Respiración bucal: alteraciones dentomaxilofaciales asociadas a trastornos nasorespiratorios y ortopédicos. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 26 Nov 2010] ; 7 (1): [aprox. 12p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/540.