



Universidad de Ciencias Médicas
Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello"
Holguín

Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños del
Círculo Infantil.Maceo 2020-2021

Autor:

Dr. Natan Batista Almaguer

Tutora:

Dra.Yamina Torres Osorio

Asesor :

Ana Iris Heres Salazar

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral

2021

"Año 63 de la Revolución"



Universidad de Ciencias Médicas
Facultad de Ciencias Médicas: "Mariana Grajales Coello"
Holguín

Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños del
Círculo Infantil.Maceo 2020-2021

Autor:

Dr. Natan Batista Almaguer

Doctor en Estomatología. Residente de 2do año de Estomatología General Integral

Tutora:

Dra. Yamina Torres Osorio

Doctora en Estomatología. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.

Profesora Asistente.

Asesor :

Ana Iris Heres Salazar.Máster en Asesoramiento Génético.Profesor Asistente.

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General
Integral

2021

"Año 63 de la Revolución"

Agradecimientos:

Primeramente a Dios, por darme la fuerza y la fe en seguir adelante ante las adversidades que presenta la vida ,por estar siempre presente en mi camino y permitirme vivir experiencias y darme cuenta que el está ahí en cada paso que doy.

A mi familia,por guiarme,apoyarme,alentarme,motivarme y estar siempre presente;principalmente a mis hijas que fueron mis motivaciones para la realización de esta tesis.

A la doctora, Yamina Torres Osorio y la doctora Ana Iris Heres Salazar quien han dedicado parte de su valioso tiempo y experiencia al desarrollo de esta investigación y darme la oportunidad de desarrollar la misma bajo su dirección.

A mis amigos que me dieron ánimo,fortaleza y risas en especial para dar este gran paso con una actitud positiva,por no dejarme solo en los momentos más importantes de mi vida.

A los profesores de la especialidad que durante estos dos años tuve el privilegio de conocer, constituyendo ejemplos de entrega a esta carrera de mucho sacrificio, de profesionalidad .

A mis compañeros de residencia, cómplices en este afán de superación, compartiendo horas de estudio y trabajo y buenos momentos. A todos.

MUCHAS GRACIAS.

Índice:

Resumen

Introducción.....1

Objetivo.....6

Marco teórico.....7

Diseño Metodológico.....19

Resultados y discusión.....26

Conclusiones.....37

Recomendaciones.....38

Referencias bibliográficas.....39

Anexos

Resumen:

Se realizó un estudio cuasi-experimental para evaluar el impacto de una intervención educativa mediante un Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en la consulta de Atención Primaria de Estomatología del Policlínico Antonio Maceo del municipio Cacocum, provincia Holguín; durante el período de enero 2020 a mayo 2021. La población en estudio fueron 77 niños de 3-6 años del Círculo Infantil Futuros Titanes y la muestra de 40 escolares que presentaban hábitos deformantes y con necesidades de aprendizaje, según los criterios de inclusión y de exclusión; y previo consentimiento informado de los padres o tutores a cargo. Para la obtención de la información se aplicó un cuestionario sobre salud teniendo como variables el nivel de conocimiento general sobre hábitos bucales deformantes. Los conocimientos generales resultaron inadecuados en el 90% de los escolares muestreados, luego de aplicada la intervención educativa resultaron insuficientes sólo en el 12.5%, demostrándose la efectividad de las acciones y la posibilidad de incrementar el nivel de conocimientos.

Palabras clave: hábitos bucales deformantes, niños, necesidades de aprendizaje, intervención educativa.

Introducción:

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las afecciones bucales constituyen un problema de salud por la alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública.⁽¹⁾

En Cuba el mantenimiento de la salud del hombre es una de las tareas más importantes a llevar a cabo por el sistema de salud pública. Es uno de los pocos países en el mundo que ha puesto a disposición de su población una serie de recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades de atención estomatológica.⁽²⁾

Muchos autores, doctores e investigadores plantean que salud es el completo bienestar y equilibrio físico, mental y social de un individuo. Para gran parte de la población es solo la ausencia de enfermedad; y no tienen en cuenta la salud bucal.⁽²⁾

Lo más significativo en la Estomatología General Integral (EGI) en Cuba resulta el énfasis en las acciones de educación sanitaria, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades estomatológicas hacia el mantenimiento del individuo sano.⁽²⁾

De todos es conocida que para el logro de la salud bucal resulta el control de hábitos bucales deformantes (HBD) muy común en los niños y que puede considerarse normal hasta los 2 años y medio, después de esta edad debe eliminarse, por su repercusión en el desarrollo de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico por lo costoso de estos tratamientos.⁽³⁾

Los hábitos pueden definirse como la práctica o costumbre que se adquiere por la repetición continua de un mismo acto inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. Se clasifican en dos grupos: beneficiosos y perjudiciales⁽⁴⁾. Los hábitos perniciosos o deformantes se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario, entre los que se encuentran:

la succión digital, respiración bucal, el empuje lingual y otros ⁽⁵⁾ .Se afirma que durante el periodo del crecimiento y desarrollo del complejo dentomaxilofacial pueden manifestarse alteraciones, por causas genéticas, o adquiridas por factores locales y generales ⁽⁶⁾ .Para identificar los problemas oclusales en los niños o las desviaciones de la oclusión normal, es necesario conocerla. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto" .La etiología de las maloclusiones es multifactorial por lo tanto es difícil de establecer, sin embargo, actualmente se sabe que está determinada fundamentalmente por dos factores: la herencia y el medio ambiente, y que de la interacción recíproca de éstos, dependerá el desarrollo de una maloclusión ⁽⁷⁾ .

Los hábitos bucales deformantes son causas frecuentes de maloclusiones, se instalan en el 56% al 75% de los niños entre tres y cinco años, aparecen solos o combinados, y son elementos totalmente externos sobre los cuales se puede actuar;estos han sido ampliamente estudiados y analizados por diferentes autores, y al conocerlos, se puede realizar una correcta prevención y tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial . ⁽³⁾

Por lo tanto, estos hábitos comienzan en la niñez, lo cual hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que es una tarea importante y compleja, el tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados; es importante además, la cooperación y apoyo de los padres, pues es la clave para eliminar satisfactoriamente un mal hábito,siendo así la motivación del hijo y de sus padres .

Desde las épocas antiguas varios autores han descrito los hábitos deformantes en la infancia ;según expresa Johnson,fue Jhon Fuller,en 1810, el primero en descubrir un hábito como factor causal de maloclusiones.Sonrie, en 1841describe el hábito de succión digital y sus consecuencias;ya en el año 1878 Chadler expresó:"No hay causa que produzca más deformaciones en los huesos en la boca e irregularidades en los dientes que el hábitos de succión en la infancia".⁽⁸⁾

La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, precedido por las caries y las periodontopatías, y es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los denominados problemas de salud.

⁽⁹⁾Ciertos hábitos son importantes en el crecimiento normal de los maxilares; como lo son la

masticación, deglución y respiraciones normales; algunos odontólogos han llamado a estos hábitos funcionales por ejemplo, se ha informado en algunos países una prevalencia de la succión digital desde el 13% hasta el 45% y ha llegado a 90% en algunos países (Larsson, 1998) ⁽⁸⁾. En cuanto a la succión de chupete, en un estudio realizado en Arabia Saudita (Farsy y cols., 1997), se encontró una prevalencia de un 37,9% en niños de 3 a 5 años. En otro estudio realizado en Finlandia (Paunio y cols., (1993), se encontró una prevalencia del 23,4%. A nivel Nacional, según estudios del Ministerio de Salud, la prevalencia de Anomalías Dentomaxilares (ADM) en niños de 2 años es de 48,8 % y en niños de 4 años corresponde a un 49,2 % .⁽⁴⁾

Entre los tipos de hábitos que se presentan con frecuencia en la población infantil, según investigaciones realizadas en niños del norte de la India y otras poblaciones de Sur América en edades de 5 a 10 años son empuje lingual en 18.1%, respiración oral en 6.6%, y succión digital en un 0.7%. ⁽⁹⁾ En otras investigaciones realizadas con niños mexicanos se observa que hay un predominio del hábito de onicofagia en ambos sexos seguido de la succión digital. ⁽¹⁵⁾ Estudios realizados en esta década en Ecuador plantean que la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. De un total de 1,197 encuestados en las edades de 5, 12,15 años el porcentaje de afectados fue de 29 %, 45 % y 35 % respectivamente para un total de 36,3 %. El sexo más afectado fue el femenino (52,6 %), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas. ⁽¹⁰⁾

En Cuba 1996, encuestas realizadas revelaron que el 68,15% de los niños presentaron hábitos deformantes. ⁽¹¹⁾ En nuestro país se han realizado diferentes investigaciones acerca de los hábitos deformantes bucales, la cual expresa que de los niños examinados el 65.4 % presenta protracción lingual, el 33.1 % succión del biberón y el 26.3 % onicofagia. ⁽¹²⁾

Un estudio realizado en Holguín en niños de cuarto y sexto año de vida de varios Circulos Infantiles, antes de aplicar el programa educativo tenían conocimientos inadecuados 69 escolares (82,22% del total). Con la intervención se lograron resultados muy satisfactorios en los 4 temas aplicados, pues en más del 78 % el nivel de conocimiento alcanzado fue adecuado. ⁽¹³⁾

Otra investigación realizada en esta provincia, según el comportamiento de los hábitos bucales deformantes en los niños objeto de estudio, el más frecuente fue el chupeteo de tete y biberón en 92 pacientes para el 69,69%, seguido del empuje lingual y de la succión del

pulgar u otros dedos (62,87% y 45,45%) respectivamente. ⁽¹⁴⁾

En el municipio de Cacocum, según datos obtenidos de estadística y en consulta de Ortodoncia, el 88% de los niños atendidos por maloclusión presentan hábitos bucales deformantes, entre los que destacan el de empuje lingual y el respirador bucal.

En la localidad de Maceo, según historia clínica estomatológica, el 63% de los niños de edades entre 3 a 6 años presenta algún hábito bucal deformante. ⁽¹⁵⁾

Con las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades se pueden lograr importantes cambios relacionados con la información, que contribuyan a reducir los hábitos deformantes bucales y disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones dentarias en la población infantil.

Lo anteriormente expuesto nos sentimos motivados a la realización de esta Intervención Educativa sobre los hábitos bucales deformantes en niños de 3 a 6 años del Círculo Infantil Futuros Titanes localidad de Antonio Maceo, municipio Cacocum, en el período enero 2020 - mayo 2021, donde buscamos y aplicamos iniciativas propiciadoras de la participación de los niños con el fin de orientar y lograr cambios en estilos de vida que nos ayuden a reducir estos hábitos y así prevenir las maloclusiones dentarias.

Problema Científico:

Fundamentación del problema: Se ha observado un elevado número de niños entre 3 a 6 años con hábitos bucales deformantes, los cuales en la mayoría de los casos desconocen las consecuencias negativas que puede provocar el mismo, por lo que se hace necesario una intervención educativa.

Enunciado del problema: ¿Cuál será la efectividad de una intervención educativa sobre los hábitos bucales deformantes en los niños de 3 a 6 años del Círculo Infantil Futuros Titanes pertenecientes al Área de Salud de Antonio Maceo, municipio Cacocum, en el período enero 2020 - mayo 2021?

Objetivos:

General:

Evaluar la efectividad un programa de Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 3 a 6 años del Círculo Infantil Futuros Titanes de la localidad de Antonio Maceo, municipio Cacocum, 2020-2021

Específicos:

1. Identificar la presencia de hábitos bucales deformantes en niños.
2. Determinar la prevalencia de cada hábito bucal deformantes según grupos de edad y sexo.
3. Determinar el nivel de conocimientos acerca de los hábitos bucales deformantes antes y después de aplicar un programa de acciones educativas en los niños y en sus padres.
4. Valorar el impacto en las necesidades de aprendizaje y nivel de conocimientos después de aplicada la intervención educativa.

Marco teórico:

Los hábitos son costumbres o prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto, que tiene su origen en el sistema neuro-muscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja, que se aprenden. Los hay normales que sirven de estímulo al crecimiento normal de los maxilares, pero los hay anormales o deformantes que pueden interferir el patrón regular del crecimiento facial.

Estos hábitos anormales deben ser estudiados y analizados por sus repercusiones psicológicas, pues su origen está relacionado con algún trastorno emocional, ambiental o también, como plantea Moyers, por un deseo de llamar la atención a estas edades. ⁽⁴⁾

Los hábitos bucales deformantes son causas frecuentes de maloclusiones, se instalan en el 56% al 75% de los niños entre tres y cinco años, aparecen solos o combinados, y son elementos totalmente externos sobre los cuales se puede actuar; estos han sido ampliamente estudiados y analizados por diferentes autores, y al conocerlos, se puede realizar una correcta prevención y tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial. ⁽²⁾

Los factores genéticos conjuntamente con los factores ambientales, los hábitos alimentarios y los de succión, entre otros, condicionarán la forma de disponerse las arcadas dentarias a través de la musculatura, tejidos blandos, fuerzas periodontales y la relación postural del sistema estomatognático. ^(3,4) Factores presentes en las familias como la disfuncionalidad familiar, el tipo de estructura familiar, el aumento en la actualidad de la familia monoparental, podrían incrementar el riesgo de presentar hábitos bucales deformantes y acentuar su severidad. ⁽⁵⁾

El estrés en la niñez puede ser provocado por cualquier situación que requiera que un niño se adapte o cambie. La situación a menudo causa ansiedad. El estrés puede ser provocado por cambios positivos, como comenzar una nueva actividad, pero está vinculado con más frecuencia con cambios negativos, como una enfermedad o una muerte en la familia. ⁽¹⁶⁾

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, pero sobresalen entre ellas los hábitos bucales incorrectos o deformantes, todos los cuales se generan en el sistema neuromuscular, puesto que devienen patrones reflejos de

contracción muscular que se aprenden, al tratarse de prácticas o costumbres adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto, en un principio consciente y luego inconsciente por la habituación. ⁽⁷⁾

Por lo general estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos antes mencionados. Es importante además la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos. ⁽¹⁷⁾

Existen por diferentes autores diversas clasificaciones sobre los hábitos sin embargo hay un consenso en clasificarlos como útiles o funcionales y dañinos o deformantes; útiles aquellos que incluyen funciones normales adquiridas o aprendidas como posición correcta de la lengua, respiración y deglución normal, masticación y fonación. ⁽¹⁷⁾

Por otro lado, tenemos los hábitos perjudiciales o deletéreos que son el resultado de la perversión de una función normal, son conductas repetitivas y estereotipadas que tienen efectos físicos o sociales negativos para el individuo, a estos hábitos los denominaremos Malos hábitos Orales (MHO) .Estos Malos Hábitos orales que pueden ser dañinos o deformantes son los que pueden llegar a lesionar la integridad del sistema estomatognático, como son succión del biberón, tete, dedo, etc. respiración bucal, disfunción lingual, queilofagia, onicofagia y hábitos posturales, estos últimos adquieren mayor importancia porque pueden provocar alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo, además pueden perturbar el lenguaje y el desarrollo físico y emocional del niño.

Para tener una visión más amplia del problema a tratar hemos tenido en cuenta otras clasificaciones del problema a tratar, ejemplo de ello es la clasificación que da Josell ⁽¹⁸⁾ :

divide los MHO en tres grupos:

Hábitos neuróticos (morderse el labio o el carrillo, deglución atípica, empuje lingual, mordedura de uñas, mordedura de lapicero, bruxismo).

Hábitos profesionales (sostener objetos con la boca, presión con instrumentos musicales).

Hábitos ocasionales (respiración bucal, succión de labio o el dedo, fumar pipa o cigarrillo,

masticar tabaco).

Para la práctica dividiremos los MHO en 4 grandes grupos:

1. Succión:

- a. Digital
- b. Chupete
- c. Mamadera

2. Interposición

- a. Lingual
- b. Labial
- c. Objeto

3. Respiración.

4. Deglución.

Malos hábitos orales de succión:

a) Succión Digital:

Este mal hábito está ligado a la sensación placentera que experimenta el niño con la succión. Casi todos los niños realizan algún tipo de succión no nutritiva: chuparse el pulgar, otro dedo o algún objeto de forma parecida. Incluso se ha podido observar que algunos fetos se chupan el pulgar intraútero, y la gran mayoría de los lactantes lo hace desde el nacimiento y hasta los 2 años de vida o más. Los recién nacidos tienen más sensibilidad táctil en la boca que en los dedos, por lo que llevan objetos a labios y lenguas para ser identificados. El tipo de maloclusión que puede desarrollarse depende de múltiples variables como la posición del dedo, la intensidad, frecuencia y duración de la succión, la morfología esquelética facial, el número de dedos succionados, etc. ⁽¹⁸⁾

b) Succión de chupete.

Cuando existe persistencia del uso del chupete más allá de los 2 años, éste provocará de manera constante mordida abierta anterior y colapso maxilar. El movimiento vestíbulo lingual de los incisivos también se puede presentar, pero no tan pronunciado como en la succión digital. Su auto corrección es muy frecuente al eliminar el mal hábito a corta edad. ⁽¹⁹⁾

c) Succión de mamadera

Durante la succión de mamadera, la boca es sostenida más abierta y el músculo buccinador debe trabajar más. La acción de bombeo de la lengua, así como la elevación y descenso de la mandíbula es reducida, por lo que el mamar se transforma en chupar, y no se realiza trabajo ni ejercicio con el maxilar inferior. Por esto, si su uso se prolonga más allá de los 2 años de vida puede provocar mordida abierta anterior, mordida cruzada, distooclusiones y/o un aumento en el resalte. ⁽²⁰⁾

Malos hábitos Orales de Interposición

a) Interposición Lingual Es la interposición de la lengua en el sector anterior o posterior en reposo o función (deglución fonoarticulación). Se considera normal hasta la aparición de los dientes temporales en que la lengua se coloca en el paladar con la punta apoyada por detrás de los incisivos superiores (deglución adulta). Si esto no ocurre se mantiene la deglución infantil, la cual provoca mordida abierta de forma difusa o rectangular. La fuerza continua y leve causada

por una posición anterior de la lengua es causante de mordida abierta, no así la fuerza abrupta e intermitente de la deglución infantil como único factor etiológico. ⁽²⁰⁾

b) Interposición de labios y objetos:

Los labios normalmente contactan entre sí sin esfuerzo. Cuando el labio inferior se interpone entre los dientes provoca una fuerza que lleva a los dientes superiores hacia adelante y a los inferiores hacia adentro. El labio inferior se presenta con una irritación roja y agrietado. En el caso de la interposición de objetos dependerá de su tamaño el tipo de mordida abierta que se producirá, ya sea anterior o posterior. ⁽²¹⁾

Malos hábitos Orales de Respiración:

a) Respiración Bucal

En el proceso respiratorio normal el aire atraviesa las estructuras respiratorias a través de la nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios principales y los bronquiolos terminales, estas estructuras son las encargadas de llevar el aire que se introduce en el sistema hasta la zona respiratoria propiamente dicha, ubicada en los pulmones donde se lleva a cabo el intercambio de gases y la consecuente entrada del oxígeno al torrente circulatorio. ⁽²²⁾

La respiración bucal se produce cuando el paciente, por distintos motivos sustituye el

patrón nasal por un patrón bucal o mixto. La respiración bucal se puede deber a una obstrucción nasal, que puede provocarse por una desviación del tabique nasal, adenoides, rinitis alérgica y falta de aseo nasal. Este mal hábito constituye el síndrome del respirador bucal, el que genera cambios posturales, faciales, bucales e incluso psicológicos.

Son muchos los autores que han descrito los Malos Hábitos Orales (MHO) y cada uno de ellos los presenta de diversas maneras para hacer más fácil su estudio, tal es el caso donde se divide según sus niveles de frecuencia en la población infantil.

Los hábitos deletéreos o deformantes que son causantes de maloclusión dentaria y que más frecuentemente se observan son:

- Succión del pulgar u otros dedos.
- Empuje o protracción lingual.
- Respiración bucal.

Con menos frecuencia se observan:

- Succión o mordisqueo del labio (queilofagia).
- Mordisqueo de uñas (onicofagia).
- Hábitos posturales, entre otros.²³

Hábito de succión digital: algunos autores plantean que se observa en más del 25 % de los niños menores de 4 años, y consideran la práctica del mismo hasta esta edad como normal, sobrepasada la misma ya la considera clínicamente significativa, por las implicaciones que pueden tener.⁽²⁴⁾

Consiste en la introducción de uno o más dedos de una de las manos del niño dentro de la boca (generalmente el pulgar), y que se realiza usualmente con la yema o pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores. La colocación del dedo entre las arcadas las mantiene separadas y la lengua se mantiene en contacto presionando durante el acto de succión, reforzando la acción de este.^{20,24,25}

La succión digital no es un comportamiento mecánico, es más que la satisfacción de necesidades alimentarias y que tiene un profundo significado emocional que no debe ser omitido.²⁶

Larsson y Dahilin en 1985 explican que el hábito de succión es un reflejo innato que poseen todos los niños y que en mayor o menor medida se presenta en casi todos los lactantes y niños y que esta necesidad se puede satisfacer con la lactancia materna o artificial, pero en muchas ocasiones queda una necesidad no satisfecha de succión que el niño trata de completar de otra manera. En las sociedades primitivas sobre todo, el niño obtiene satisfacción mediante la succión no nutritiva del pezón materno y en nuestra sociedad este reflejo se satisface con la succión de chupón o de dedo.⁽²⁷⁾

En dentición primaria estos hábitos de succión tienen efectos escasos o nulos a largo plazo, pero si persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión, caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior, hundimiento palatino y un arco superior estrecho. La maloclusión característica desviada de la succión se debe a la combinación entre la presión directa sobre los dientes y una en el patrón de presiones de las mejillas. Se dice que esta presión sea la responsable del desplazamiento de los incisivos,

varían considerablemente de los dientes que reciban la presión. La relación entre la mordida abierta anterior se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Esto sucede cuando se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes anteriores, la mandíbula debe descender para acomodarse a esa situación y el pulgar interpuesto impide directamente la erupción de los incisivos. Al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y resulta la erupción de los dientes posteriores mayor que circunstancias normales. ⁽²⁸⁾Debido a la geometría de los maxilares, 1mm de elongación posterior abre la mordida anteriormente unos 2mm, lo cual puede contribuir notablemente al desarrollo de una mordida abierta anterior (Proffit 2000). Baer, Lester en 1987 y Johnson y Larson en 1993 también atribuyen que el principal problema aparece cuando este hábito se prolonga en el tiempo. La aparición de una maloclusión debida a un hábito de succión depende, como cualquier estímulo externo que altere el equilibrio dental y esquelético, del número de horas y no de la magnitud del chupeteo y que las consecuencias van a depender del momento de inicio y finalización del hábito. Proffit en el 2000 comenta que los niños que chupan el dedo con fuerza, pero de forma intermitente, pueden no presentar un gran desplazamiento (o ninguno), mientras lo que chupan durante 6 horas o más pueden sufrir una maloclusión importante. Un ejemplo que da Proffit en 1993 dice que el efecto de un hábito de succión sólo durante la dentición temporal es escaso o nulo. Pero Larsson en 1987 dice que si el hábito persiste cuando la dentición mixta ya está avanzada el efecto puede ser la aparición de una maloclusión que muestre mordida abierta anterior, compresión maxilar, vestibularización de los incisivos superiores y la lingualización de los inferiores. ⁽²⁹⁾

La constricción del arco maxilar es el aspecto de la maloclusión que menos probabilidades tiene de corregirse espontáneamente. En muchos niños, si se expande de forma transversal el arco maxilar, mejoran espontáneamente la protrusión de los incisivos y la mordida abierta anterior (Proffit 2000). ⁽³⁰⁾

La succión del chupón suele suprimirse espontáneamente o con poco esfuerzo hacia los cuatro años mientras que el del dedo es difícil que cese de igual manera. (Larsson 1986,1988). Boj comenta que los niños menores de 2 años inhibe el crecimiento de los procesos alveolares provocando mordida abierta. En resumen el cese del hábito se sigue de una corrección parcial o total de la maloclusión provocada, si es en edad tempranas

de (Larsson 1986,1988).

Carrascoza, Possobon, Tomita, de Moraes comentan que la succión anormal del biberón origina problemas similares a la succión digital, tales como atresia maxilar, interposición lingual y respiración oral. Su gravedad dependerá de la edad de abandono del hábito y el tipo de teta ya sea anatómica o tradicional.

La succión labial puede aparecer tras el hábito de succión digital al haberse incrementado el resalte incisal siendo absorbido el labio inferior (Boj J.R.).⁽³¹⁾

Empuje o protracción lingual: es la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante, que se produce en el momento de realizar la deglución. Se clasifica en simple, compleja y complicada (persistencia del patrón de deglución infantil), de acuerdo con sus características clínicas y etiológicas. En el segundo y tercer caso deberá ser tratada por el ortodoncista.^(30,31)

- Protracción lingual simple: se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas.

- Protracción lingual compleja: presenta una mordida abierta anterior amplia y mal delimitada, no hay contacto entre las arcadas dentarias durante la deglución y la adaptación oclusal de ambas arcadas presenta gran inestabilidad a nivel de incisivo, canino y premolares.⁽³²⁾

- Protracción lingual complicada: también conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante.⁽³³⁾

Se define como la colocación de la punta de la lengua anteriormente entre los incisivos durante la deglución, pero no puede ser considerado como un hábito en el sentido habitual ya que la deglución no es una conducta aprendida, pero está integrada y controlada fisiológicamente a niveles subconscientes. Sin embargo, los individuos con maloclusiones de mordida abierta anterior colocan la lengua entre los dientes anteriores al tragar, mientras que los que presentan relaciones incisales normales no lo hacen, por lo que por esta razón se le atribuye el problema de la mordida abierta a este patrón de actividad lingual (Proffit 2000).⁽³²⁾

La persistencia de una deglución infantil más allá de la época de alimentación con el biberón ya no es normal. La mayoría de los pacientes completa la transición al patrón de deglución adulto entre los 2 y 12 años, pero puede prolongarse el patrón infantil; los niños con hábitos digitales, trastornos de las vías respiratorias, alergias crónicas, déficits neuromotores o anomalías esqueléticas orofaciales tienen un mayor riesgo de que persista el patrón de empuje lingual (Maguire 2000 y Planells del Pozo-Martin Cuesta 1997).^(34.35)

Actualmente la deglución con protrusión dental puede aparecer fundamentalmente en dos situaciones: en niños pequeños con oclusión razonablemente normal, en los que sólo representa una etapa de transición en la maduración fisiológica normal, y en individuos de cualquier edad con incisivos desplazados, en los que aparece como una adaptación al espacio que existe entre los dientes. La presencia de resalte (a menudo) y de mordida abierta anterior (casi siempre) obliga al niño o al adulto colocar la lengua entre los dientes anteriores. Por eso, hay que considerar a la deglución con protrusión dental como el resultado del desplazamiento de los incisivos, y no como su causa, pero esto no quiere decir que la lengua no tenga un papel etiológico en el desarrollo de la maloclusión de mordida abierta. En la teoría del equilibrio, la presión ligera, pero mantenida, que ejerce la lengua sobre los dientes debería tener efectos significativos: si un paciente deja reposar la lengua en una posición anterior, la duración de esa presión (aunque sea muy leve) podría alterar la posición vertical u horizontal de los dientes (Proffit 2000). Proffit en el 2000 y Van der Linden y Boersma en 1987 describen que la protrusión lingual realizada en los niños durante la deglución forma parte de la fase transicional a una deglución más madura. Pero la lengua puede ser un factor etiológico en el desarrollo de una maloclusión si la posición de reposo no es normal y las presiones de reposo y al tragar están alteradas y Proffit en el 2000 menciona que a pesar de esto, el efecto de la lengua debe verse en perspectiva: a los 6 años el número de niños con protrusión lingual al tragar es diez veces mayor que el número de estos niños que tienen una mordida abierta anterior. Entonces no parece que la protrusión lingual al tragar siempre implique una posición de reposo alterada y por tanto que lleve una maloclusión. En niños con una mordida abierta anterior, la posición lingual puede ser un factor de perpetuación de la maloclusión, pero en la mayoría de casos no es la causa en sí misma.

⁽³⁶⁾

Respiración bucal: se observa en los pacientes que tienen interferencias en la función respiratoria normal en las vías aéreas nasales, como consecuencia de enfermedad local general, ya sea obstrucción nasal por un proceso inflamatorio crónico, adenoiditis, asma u otros. Pueden ser de 3 tipos: temporaria, en el caso de un resfriado o catarro normal; estacional, asociado con alergias nasorespiratorias y crónicas, en pacientes con obstrucciones adenoideas, dando origen a un labio superior corto, con inadecuado cierre bilabial. La respiración bucal constituye un síndrome, cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, el estomatólogo solo puede hacer un diagnóstico presuntivo. Deberá ser tratada por el médico en primera instancia, que solucionará el problema nasorespiratorio, y una vez suprimidas las causas de la etiología del mismo, podrá el estomatólogo general tratar la corrección de las anomalías producidas, si corresponde a la clase I con vestibuloversión de incisivos superiores. Si se tratara de una clase II división I de Angle, deberá remitirse al ortodoncista.^(37.38.39)

La respiración es la actividad funcional más importante en el desarrollo de la dentición y del crecimiento de la cara. Una respiración oral puede aparecer como consecuencia de la reducción en el paso aéreo de la nariz o de la nasofaringe por circunstancias de tipo mecánico o alérgico. Pero en muchos respiradores orales no se encuentra una obstrucción de tipo mecánico. No se encontró diferencias en la obstrucción del paso aéreo al comparar respiradores orales con cara larga y respiradores nasales con caras normales (Fields, Warren, Black, Phillips 1991). Un patrón respiratorio alterado puede modificar la postura de la cabeza, maxilares y lengua, alterando el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y dientes e influir en el crecimiento y posición de ambos (Proffit, Fields 2001). La respiración oral va a conllevar una incompetencia labial, cambio en la postura cráneocervical para facilitar la respiración (flexión posterior de la cabeza) y con ello la mandíbula efectúa una rotación hacia atrás de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar. Si el periodo de respiración oral se prolonga, este cambio en la postura de cabeza-mandíbula-lengua puede conducir a un cambio en el equilibrio de presiones sobre los dientes y los maxilares (Proffit 1993, Van de Linden, Boersma 1987 y Melsen, Athanasiou 1987).^(40.41)

Respirador oral, labio superior corto y muestra dientes y labio inferior grueso y evertido. Entre las causas que conllevan a esta obstrucción nasal crónica esta, el pasaje

nasofaríngeo angosto asociado a una membrana nasal inflamada, amígdalas hipertróficas, adenoides, cornetes inflamados y/o desviaciones del tabique nasal (Di Santi 1999 y Vellin, Flavio 2002). La lengua lo que hace es adoptar una posición descendida para que el flujo del aire sea más fácil y cómodo, ocasionando alteraciones clínicas importantes (Vellin, Flavio 2002). Canut 2000 y Vellin, Flavio 2002 comentan que estas alteraciones tienen tal magnitud que la disposición dentoalveolar de estos pacientes es característica: poseen generalmente paladares ojivales, arcadas inferiores estrechas, mordidas cruzadas, abiertas, o muy profundas y presencia de hábitos parafuncionales como la deglución atípica, entre otras. El paciente respirador oral suele tener una facies adenoidea característica con cara alargada, ojeras, narinas flácidas y poco desarrolladas, labio superior corto e inferior grueso y evertido, tercio inferior aumentado, contracción del mentón, etc. (Fieramosca y cols., Morales Jiménez). Proffit y Ackerman en 1994 dicen que en estas situaciones la correlación de hechos no se debe de confundir con una relación causa-efecto que las variaciones en la postura pueden no ser la causa de las proporciones faciales. Tanto la postura como las proporciones faciales probablemente están relacionadas a factores añadidos o desconocidos.^(39.40)

Succión o mordisqueo del labio (queilofagia): es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores. La queilofagia está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios.⁽⁴²⁾

Onicofagia: según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas es el hábito morboso de roerse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.⁽⁴²⁾

Hábitos posturales: son aquellas posiciones que adopta el niño durante las actividades diurnas y al dormir, que pueden afectar la posición de la mandíbula en relación con el cráneo, y originar asimetrías faciales, lateromentonismo, así como trastornos de la ATM.
⁽⁽⁴³⁾⁾

Etiología de las maloclusiones.

La etiología de las maloclusiones de manera general pueden agruparse en filogenéticas, hereditarias, congénitas y adquiridas. El estomatólogo no puede actuar

directamente sobre los primeros grupos, en cambio, si está a su alcance evitar o interceptar las causas adquiridas de maloclusiones. ⁽⁽⁴⁴⁾⁾

Entre las causas que provocan maloclusiones se encuentran:

- Herencia.
- Embriológicas de origen desconocido.
- Pérdida prematura de dientes.
- Alimentación.
- Enfermedades.
- Función masticatoria.
- Caries dental.
- Pérdida prematura de los dientes de leche (dentición temporal).
- Malos hábitos bucales: Succión digital (o del pulgar) y labial, onicofagia, respiración bucal, deglución atípica, uso prolongado del chupete o tete.
- Dientes supernumerarios.
- Problemas endocrinos y psíquicos.
- Lengua grande o pequeña. ⁽⁴⁵⁾

Prevención de Maloclusiones en el contexto social:

Es una nueva filosofía de actuación y de concepción; ya que en la actualidad, en la prevención se realizan esfuerzos con el paciente-padres para atacar la causa, pero no se diagnostican los factores que provocan dichas causas en el contexto social.

El criterio que fundamentalmente se maneja es que las maloclusiones adquiridas son producidas por hábitos deformantes y en consecuencia la prevención actual está dirigida a erradicar esos hábitos y no analiza los factores ambientales.

Entre los factores ambientales provocadores a tener en cuenta en el diagnóstico se distinguen los siguientes:

- Imitación por parte de los niños de otras personas con hábitos deformantes en el medio social, o sea, vecinos, familia, compañeros de escuela, etc.
- Malos hábitos alimenticios adquiridos en el contexto.
- Estados de ansiedad provocados por situaciones conflictivas en el seno familiar o en el medio en que se desenvuelve, lo cual conduce a la manifestación de hábitos deformantes.
- Otros.

Indudablemente es indispensable el control de estos factores para realizar una prevención con efectividad. El cual exige un diagnóstico del contexto, para no solo determinar el niño con maloclusión, sino también detectar todos los factores que en el contexto social pueden afectar a otros niños y por consiguiente trazar las medidas correctivas contra dichos factores multiplicadores. Indudablemente lo se debe prever es que lo que se haga valga la pena y conduzca a un fin y beneficio social; de manera, que se logre la eficacia de la prevención en cuestión. Por supuesto la eficacia evidencia la capacidad endógena en respuesta a las necesidades sociales. Por tanto para discutir sobre ciencia y tecnología, y valorar sus posibilidades y límites hay que ubicarse en una prospectiva social.⁽⁴⁶⁾

Diseño Metodológico:

Se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental con el objetivo de aplicar un programa de Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 3 a 6 años del Círculo Infantil Futuros Titanes de la localidad Antonio Maceo, municipio Cacocum, en el periodo de enero 2020- mayo 2021.

El universo se conformó por 77 niños de 3 a 6 años del Círculo Infantil Futuros Titanes de la localidad Antonio Maceo, municipio Cacocum, en el periodo establecido.

Mediante un muestreo aleatorio simple seleccionó a la muestra, conformada por 40 niños que presentaron algún hábito bucal deformante y con necesidades de aprendizaje sobre el tema, una vez cumplido los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterio de inclusión:

- Niños que presenten algún hábito bucal deformante.
- Niños entre 3-6 años de edad. ⁽²¹⁾
- Que acepten participar en la investigación, previo consentimiento informado de padres o tutores legales (Anexo I)

Criterio de exclusión:

- Niños que los padres o tutores legales no quieran participar en la investigación.
- Niños que se encuentren de tránsito en el centro.

Criterios de salida:

- Cualquier paciente que desee abandonar el estudio.

Métodos de recolección de la información:

Se realizó una amplia revisión bibliográfica acerca del objeto de estudio de la investigación con el apoyo de otras existentes en los centros de información científica, utilizando nuevas tecnologías y consultando los textos básicos.

Recolección de la información:

La información se recogió solamente por el autor a través del interrogatorio, y del

examen clínico para evitar riesgos por lo que se realizará en la consulta estomatológica, en condiciones de luz artificial y auxiliada de espejo bucal plano.

Los datos se obtuvieron por medio de la aplicación de un cuestionario a padres, tutores legales y a educadoras de cada paciente (Anexo IV).

Para dar salida a los objetivos se diseñó e implementó un Programa de Intervención Educativa en los pacientes (Anexo V).

Procesamiento y análisis de la información:

La información recopilada en la encuesta será procesada en forma computarizada, para lo cual se creará una base de datos en una computadora marca HP y para dar cumplimiento a los objetivos se utilizarán medidas de resumen para datos cualitativos como son las frecuencias absolutas y los porcentajes. Los resultados se expondrán en texto, gráficos y tablas de distribución de frecuencias.

Operacionalización de las variables.

VARIABLES	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	ESCALA
Grupos de edad	Cuantitativa continua.	Según edad biológica	3-6 años
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según sexo biológico.	Femenino Masculino.
Presencia de hábitos bucales deformantes.	Cualitativa nominal politómica	Según la realización del hábito al momento de ser examinado	-Succión digital -Succión del tete -Disfunción Lingual -Respiración Bucal -Onicofagia -Queilofagia
Nivel de conocimiento acerca de que son los hábitos bucales deformantes	Cualitativa nominal dicotómica	1. Responde correctamente del 70%-100% de las preguntas. 2. Responde correctamente menos del 69% de las preguntas.	1. Adecuado 2. Inadecuado

Nivel de conocimiento acerca de las consecuencias de los hábitos bucales deformantes	Cualitativa nominal dicotómica	1.Responde correctamente del 70%-100% de las preguntas. 2.Responde correctamente menos del 69% de las preguntas.	1.Adecuado 2.Inadecuado
--	--------------------------------	---	----------------------------

Descripción de la técnica:

La investigación se desarrolló sobre la base de tres etapas fundamentales:

- 1.Etapa de diagnóstico.
- 2.Etapa de intervención.
- 3.Etapa de evaluación.

Etapa Diagnóstica:

Se explicó el propósito científico de la investigación; así como, los beneficios que reportaría para los niños y sus familias. Se aseguró el carácter anónimo y confidencial del cuestionario (Anexo IV), procediendo a firmar el consentimiento informado (Anexo I) de los padres o tutor legal a cargo del escolar y que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.

Se realizó un registro con los nombres, apellidos de todos los niños, se les explicó las características del estudio a los padres o tutores legales, así como a las educadoras del centro. A los que deseen participar se les realizó el cuestionario inicial a través de la cual se obtuvo los datos generales de cada paciente y el nivel de conocimiento acerca del tema.

Se elaboró una escala evaluativa, para medir el nivel de conocimientos.

Etapa de intervención educativa:

Una vez que se analizaron los resultados se procedió a trazar la estrategia educativa a partir de un programa elaborado a tal efecto, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento acerca de hábitos bucales deformantes. La intervención se realizó una

vez en la semana en el horario de 9 a 10 de la mañana.

Para facilitar la aplicación del programa educativo se dividió el grupo en dos subgrupos.

Se utilizaron las siguientes técnicas educativas: lluvia de ideas, charla educativa y discusión grupal.

Todos los escolares seleccionados participaron bajo la tutoría del investigador, teniendo como lugar para los encuentros la consulta de Atención Primaria de Estomatología del Policlínico perteneciente al Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum en el horario de la mañana.

La intervención incluyó un programa educativo con el plan temático siguiente:

Tema 1: Introducción al programa

Tema 2: Hábitos bucales deformantes

Tema 3: Anomalías Dentomaxilofaciales

Tema 4: Importancia de eliminar hábitos deformantes.

Tema 5: Consolidar los conocimientos

Evaluación del programa y Conclusiones

Etapas de evaluación:

A las 8 semanas de realizada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario inicial. Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención. El nivel de conocimiento será evaluado por el cuestionario. Los padres o tutores legales y las educadoras marcaron con una x solamente la opción que consideraron correcta en cada pregunta.

Métodos empleados:

Métodos de investigación:

En la investigación se utilizó el método científico para estudiar la esencia del fenómeno y llegar a conclusiones debidamente fundamentadas. Entre los métodos empleados se citan los teóricos, empíricos y de procesamiento estadístico.

Del nivel teórico:

-Histórico-lógico: a través del cual se pudo estudiar la trayectoria real del fenómeno y

acontecimiento a lo largo de la historia, sobre la base de una información actualizada dirigida a evaluar el impacto de una intervención educativa mediante un Programa educativo sobre hábitos bucales.

-Analítico-sintético: permitió analizar la situación actual del problema planteado para determinar aspectos relacionados con esa selección e incluir aquellos que debía integrar la investigación, según lo previsto en la encuesta y cuestionario aplicado antes y después de la intervención educativa.

Inductivo-deductivo: ambos se complementan entre sí, básicamente porque mediante el estudio de numerosos casos particulares a través de la inducción, se llegan a determinar generalizaciones y leyes empíricas, las que constituyen puntos de partida para definir o confirmar formulaciones teóricas; de ahí que su complementación mutua puede proporcionar un conocimiento verdadero sobre la realidad; lo que permitió arribar a conclusiones y recomendaciones con propósitos específicos.

-Enfoque sistémico: proporciona una orientación general acerca de los componentes, cualidades y relaciones que conforman la investigación, en específico los relacionados con la evaluación del impacto de una intervención educativa mediante un Programa educativo sobre hábitos bucales; reconocido como una realidad integral que cumple determinadas funciones y mantiene formas estables de interacción. Estas relaciones determinan su estructura dinámica y funcionamiento del sistema como totalidad en la que una función depende de otra.

Del nivel empírico:

-Análisis documental: se efectuó una búsqueda bibliográfica sistemática del tema acorde a los objetivos propuestos en la investigación, apoyada en libros, revistas y material de las publicaciones nacionales y extranjeras, obtenidas por Email e Internet para de esta forma recopilar la información.

-Cuestionario: fue aplicado para determinar el estado de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes que presentaban los niños de 3-6 años que asistieron a la consulta de Atención Primaria de Estomatología del Policlínico Antonio Maceo del municipio Cacocum, durante el período de enero del 2020 a mayo del 2021 antes y después de la intervención educativa y a través de la introducción de un programa educativo. (Anexos IV y V)

-Modelo de recogida de información: los datos fueron recogidos por el autor utilizando una hoja de recolección de datos, la cual se llenó a partir de los registros de las historias

clínicas individuales de los escolares e informes médicos.

De procesamiento estadístico/matemático:

-Estadística descriptiva: la presentación de los resultados se realizó mediante el empleo de tablas estadísticas donde se reflejaron las frecuencias absolutas y determinaron los porcentajes de la estadística inferencial.

-Matemáticos: permitió la determinación de porcentajes y frecuencias absolutas para el análisis de los resultados obtenidos en los diferentes indicadores del estudio.

Posteriormente, se realizó el análisis y discusión de los resultados; lo que permitió arribar a conclusiones coherentes en función de los objetivos propuestos.

Consideraciones éticas:

La presente investigación se realizó en conformidad con los principios éticos enunciados en la Declaración de Helsinki «Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos»; así como, las buenas prácticas médicas adoptadas por la Asamblea Médica Mundial. Se realizó su aprobación por parte del Consejo Científico de la Dirección del Policlínico Antonio Maceo del municipio Cacocum. (Anexos II, III, VI, VII, VIII)

Análisis y discusión de los resultados:

Se realizó una estrategia de intervención educativa mediante un programa de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en niños que acudieron a la consulta de Atención Primaria de Estomatología del Policlínico Antonio Maceo del municipio Cacocum, provincia Holguín durante el periodo de enero 2020- mayo 2021. De una totalidad de 77 escolares en edades comprendidas entre 3 y 6 años del círculo infantil Futuros Titanes atendidos en consulta, que conformó el universo de estudio, quedó como muestra 40 niños que presentaron algún hábito bucal deformante.

Tablas:

Tabla I.- Distribución de pacientes según año de vida y sexo. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a Mayo 2021.

Año de vida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
4to	8	20	5	12.5	13	32.5
5to	7	17.5	3	7.5	10	25
6to	10	25	7	17.5	17	42.5
TOTAL	25	62.5	15	37.5	40	100

Fuente: Historia Clínica.

La tabla I muestra la distribución de los pacientes según año de vida y sexo. Donde se puede observar que el sexo predominante en la investigación fue el femenino con 25 pacientes para un 62.5% del total y la edad predominante es el 6to año de vida con 17 niños para un 42.5%.

En un estudio realizado en Cienfuegos también se observa predominio de las féminas con un 59.8%.⁽³⁶⁾.

Corrales León ⁽²⁾ en su investigación también coincide que el sexo más afectado fue el femenino .

Tabla II Distribución de niños según presencia de hábito bucal deformante. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a mayo 2021.

Hábitos	Cantidad de niños afectados	%
Succión digital	20	50
Succión del tete	10	25
Combinación de ambos.	10	25
Disfunción lingual	22	55
Respiración bucal	12	30
Queilofagia	8	20
Onicofagia	11	27.5

Fuente: Historia Clínica.

En la **tabla II** podemos observar la presencia de los diferentes hábitos bucales deformantes en la población estudiada, en la cual hubo predominio de la Disfunción o Empuje Lingual con 22 pacientes para un 55 %, seguido de la Succión Digital con 20 niños para el 50 %; el hábito menos representado fue la Queilofagia con 8 pacientes para un 20 %. Mora Pérez y colaboradores ⁽¹³⁾ en su estudio determinaron que el hábito más frecuente fue el Empuje Lingual con el 29.4% y la Respiración Bucal fue el menos representativo con 2.26%. Acevedo Sierra y colaboradores ⁽³³⁾ encontraron en su investigación que el hábito que predominó fue el Empuje Lingual con el 68.6% y la menos frecuente la Respiración bucal. Espinosa Fonseca y Matos Victores ⁽³⁵⁾ en su estudio, encontraron que en los niños analizados, los hábitos predominantes fueron la Deglución atípica y la Respiración bucal respectivamente, al igual que en nuestro estudio.

Tabla III Distribución de los niños con hábito de succión digital según año de vida y sexo. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a Mayo 2021.

Año de vida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
4to	5	25	3	15	8	40
5to	2	10	4	20	6	30
6to	3	15	3	15	6	30
TOTAL	10	50	10	50	20	100

Fuente: Historia Clínica.

En la **tabla III** se representa la presencia del hábito de succión digital en los niños estudiados, el año de vida más representado fue 4to año de vida con 8 integrantes para el 40% y según el sexo no hubo prevalencia de uno con respecto al otro ya que los resultados fueron similares.

Caballero Batista ⁽³⁸⁾ obtuvo resultados diferentes con respecto a este hábito, el mayor porcentaje fueron las féminas 83.3% y según la edad, de 6-9 años con 16%.

Un estudio realizado en Sancti Spíritus ⁽³⁹⁾ concluyó que la presencia de este hábito fue más frecuente en las féminas y en la edad de 5 años, observándose una tendencia a la disminución del mismo a medida que aumenta la edad de los infantes.

El tratamiento de éste hábito se realiza a partir de los 4 años de edad ya que su grado de comprensión y colaboración es mayor. El tratamiento deberá ser integral por lo tanto será interdisciplinario y se trabajará con la ayuda del médico pediatra, psicólogo y los padres. Se realizará primero un tratamiento persuasivo, en caso de no obtener resultados se pasará a la utilización de dispositivos ortodóncicos como la placa Hawley con rejilla, y dependiendo de la severidad o dificultad se complementará con tratamiento miofuncional.

(40).

Tabla IV Distribución de los niños con hábito de succión del tete según año de vida y sexo. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a Mayo 2021.

Año de vida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
4to	4	40	1	10	5	50
5to	3	30	2	20	5	50
6to	-	-	-	-	-	-
TOTAL	7	70	3	30	10	100

Fuente: Historia Clínica.

En la **tabla IV** se representa la presencia del hábito de succión del tete en los niños estudiados, donde se puede apreciar que hubo un predominio de este hábito en el sexo femenino con 7 niñas para 70%.

Tabla V .Distribución de los niños con hábito de disfunción lingual según año de vida y sexo. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a Mayo 2021.

Año de vida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
4to	2	9.09	3	13.64	5	22.72
5to	3	13.64	4	18.18	7	31.82
6to	4	18.18	6	27.27	10	45.46
TOTAL	9	40.91	13	59.09	22	100

Fuente: Historia Clínica.

En la **tabla V** referente a la distribución del hábito de Disfunción lingual en la población analizada, según año de vida más representado fue 6to año de vida con 10 integrantes para el 45.46%, también el sexo masculino fue el de mayor frecuencia con 13 para un 50.09%.

Pileta Aguirre ⁽⁴¹⁾ en su investigación encontró que el hábito más frecuente fue la disfunción lingual, que representó el 56.9% de todos los hábitos, obtuvo resultados diferentes donde las féminas fueron las que más predominaron.

Tabla VI. Distribución de los niños con hábito de Respiración bucal según año de vida y sexo. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a Mayo 2021.

Año de vida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
4to	1	8.33	3	25	4	33.33
5to	-	-	3	25	3	25
6to	3	25	2	16.67	5	41.67
TOTAL	4	33.33	8	66.67	12	100

Fuente: Historia Clínica.

En la **tabla VI** se observa la distribución del hábito de Respiración bucal en los niños analizados. según año de vida más representado fue 6to con 5 integrantes para el 41.67%; según el sexo hubo prevalencia del sexo masculino con 8 para un 66.67% .

En investigaciones realizadas en Ecuador ⁽¹⁷⁾ y en Ciego de Ávila ⁽³⁷⁾ (Cuba) este hábito no estuvo muy representado, ya que solo 5 pacientes lo presentaron, y de ellos fue similar la distribución según grupos de edad y sexo.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la respiración bucal, puede prevenir alteraciones de la región dentofacial y las secuelas en la apariencia de los individuos; a la vez que pueden reducir o evitar la necesidad de un tratamiento ortodóncico u ortopédico avanzado, complejo y costoso. ⁽³⁸⁾

Tabla VII. Distribución de los niños con hábito de Queilofagia según año de vida y sexo. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a Mayo 2021.

Año de vida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
4to	-	-	-	-	-	-
5to	2	25	3	37.5	5	62.5
6to	1	12.5	2	25	3	37.5
TOTAL	3	37.5	5	62.5	8	100

Fuente: Historia Clínica.

En la **tabla VII** se distribuye el hábito de Queilofagia en los niños analizados; en el cual año de vida más afectado fueron los masculinos de 5to año de vida con 5 integrantes para el 62.5%; y se observa que el 4to año de vida no tuvo representación.

Tabla VIII. Distribución de los niños con hábito de Onicofagia según año de vida y sexo. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a Mayo 2021.

Año de vida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
4to	1	9.1	2	18.2	3	27.3
5to	2	18.2	-	-	2	18.2
6to	4	36.4	2	18.2	6	54.5
TOTAL	7	63.64	4	36.36	11	100

Fuente: Historia Clínica.

En la **tabla VIII** se representa la presencia del hábito de Onicofagia en los niños investigados; donde el 6to año de vida fue el más representativo con 6 niños para un 54.5%; en el cual se observa un predominio en el sexo femenino con 7 para un 63.64%.

Según Lee Garcés ⁽³⁶⁾ en su investigación este fue el hábito menos representado con solo 6 pacientes para el 13.9% y el sexo femenino.

Tabla IX Conocimiento de los niños acerca de los hábitos bucales deformantes. Área de Salud Antonio Maceo, municipio Cacocum. Enero 2020 a Mayo 2021.

Conocimiento general	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	4	10	35	87.5
Inadecuado	36	90	5	12.5
TOTAL	40	100	40	100

Fuente: Encuesta.

La tabla IX muestra el nivel de conocimiento de los niños estudiados acerca de los hábitos bucales deformantes. Se puede apreciar que la mayoría de los encuestados tuvo un conocimiento inadecuado antes de la intervención con un 90%, sin embargo luego de aplicada ésta se obtuvieron resultados satisfactorios, ya que el 87.5% resultó adecuado. Un estudio realizado en la provincia de Holguín ⁽¹⁹⁾ antes de aplicar un Programa Educativo obtuvo un bajo nivel de conocimiento en los niños, al finalizarlo se logró que el mismo fuera adecuado en el 86.67% de los encuestados.

En otro estudio realizado, ⁽³⁶⁾ la evolución del nivel de conocimiento de los niños estudiados fue satisfactoria, ya que de un 18.6 % que conocía antes del mismo se aumentó a un 72.1 % luego de su aplicación.

A pesar del marcado esfuerzo del Ministerio de Salud Pública en la promoción y educación para la salud, hoy el desconocimiento en nuestros niños de los hábitos que atentan contra su salud oral, es real. Por eso debemos trabajar en nuestro accionar educativo para revertir esta situación, lo cual, como muestran estos resultados, es posible.

Lo antes expuesto demuestra que los estudios de intervención educativa son favorables para cualquier grupo de edad. Pero mientras más temprano se realicen, mejores serán los resultados posteriores.

En Cuba la prevención de las enfermedades se comienza a ejecutar antes del nacimiento del niño, durante el periodo de gestación de la madre, mediante la atención integral a la embarazada y la educación que se le ofrece sobre los cuidados que deberá proporcionarle a su hijo.

Educar para promover y proteger la salud será la meta a alcanzar mediante el nuevo

modelo de atención estomatológica integral que coloca al hombre en un bienestar físico, emocional y social.

Conclusiones:

-En la investigación resultó más afectado por hábitos bucales deformantes el sexo femenino con 25 niñas para un 62.5% que el masculino con 15 niños para 37.5% y el año de vida más afectado fue el 6to con 17 para un 42.5%.

-El hábito más frecuente entre los niños fue la Disfunción lingual, seguido por la succión digital.

-El nivel de conocimiento sobre hábitos deformantes en los niños antes de la intervención educativa fue evaluado en su mayoría de inadecuado.

-Se demostró el impacto favorable después de aplicada la estrategia de intervención educativa sobre las necesidades de aprendizaje y nivel de conocimientos de los niños.

Recomendaciones:

Debe ejecutarse un programa de educación dirigido a padres e instituciones infantiles, con el objetivo de informar las influencias negativas que acarrearán estos hábitos, así como su profilaxis y tratamiento.

Realizar la difusión de la investigación a nivel de Área de Salud municipal y provincial, con el objetivo de dar a conocer los resultados obtenidos con la aplicación de la intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes.

Referencias bibliográficas:

1. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN [internet]. 2016 abr. [citado 20 ene. 2019]; 20(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. La Fuente P I, Gómez Pérez de Mendiola F I, Aguirre B, Zabala Galán J. Estilos de vida determinantes en la salud oral en adolescentes. Revista Salud pública 2009; 37(2). [citado 20 ene. 2019]
3. Gallardo Casañas OM, Véliz Concepción OL. Importancia de la adecuada respiración para el sistema estomatognático en la primera infancia. Acta Méd Centro [internet]. 2015 [citado 20 ene 2019];9(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/308/455>
4. Luna Pentón Y, Barreto Ortega M, Pérez García LM, Rodríguez Pimienta EM. Morbilidad de los defectos bucomaxilofaciales en Sancti Spíritus. GacMédEspirit [internet]. 2016 ene.-abr. [citado 12 feb 2019];18(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Valdés Álvarez R ,Montero del Castillo M E,Cabañas Lores C.Manual de Odontopediatría. ECIMED.La Habana, Cuba 2014: p.256.[REIMPRESO 2016].
6. Clinica-DAM. (11 de mayo de 2016). Estrés en niños. Obtenido de <https://www.clinicadam.com/salud/5/002059.html>[citado 12 feb 2019]
7. Alpízar Quintana R, Moráguez Perelló G, Seguéñ Hernández J, Montoya Lage AL, Chávez González Z. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. MEDISAN 2009;13(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192009000600011&lng=es&nrm=iso [citado: 21 feb 2019].
8. Núñez Blanco M E, González Areu O, González Núñez Y, Madam Ofarrill M. Determinar

los hábitos bucales deformantes en estudiantes de la Escuela Primaria "Raúl Gómez", municipio Güines. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2015, Vol. 21 Issue 2, p408-418.

11p. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111212080&lang=es&site=ehost-live> [citado: 21 feb 2019].

9. Mora-Pérez C, Alvarez-Mora I, Blanco-Hernández A, Espino-Sosa Y, Morera-Pérez A, Macías-Macías A. Efectividad de la Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. RevNacOdontol. 2017;13(26) [citado: 16 mar 2019].

10. Méndez de Varona Y B, Peña Marrero Y, Lagoa Madeley JG, Batista Sánchez T, Carracedo Rabassa Z. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. Correo científico médico de holguín. 2017 [citado: 16 mar 2019].

11. Soto Cantero L, García González B, González Fernández M. La fuerza labial superior y sus variaciones con la bioterapia. Rev Cubana Estomatol 2003;40(3). [citado: 8 abr 2019].

12. Díaz-Méndez H, Ochoa-Fernández B, Paz-Quiñones L, Casanova-Sales K, Coca-García Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. Medisur [revista en Internet]. 2015 [citado 8 abr 2019];13(4):[aprox. 5p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2848>

13. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Acosta Concepción RB. Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2015 [citado 11 abr 2019]; 14(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/535>

14. Castillo Jadán AK. Hábitos bucales deformantes en niños de tres escuelas del barrio Motupe de la ciudad de Loja. Período Marzo- Julio 2016. Repositorio Digital Institucional [internet]. 2016 Oct [citado: 11 abr 2019]. Disponible en: <http://dispace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16803/1/TESIS-HABITOS-BUCAES-FINAL.pdf>.

15. Sánchez, Z., Hidalgo, I., Duque, J., & Pérez, J. (2012). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. [citado: 11 abr 2019]. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est07407.htm

16. Acevedo Sierra, O., Mora Pérez, C., Capote Femenías, J., Rosell Silva, C., & Hernández Núñez, Y.(abril de 2011). Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. [citado: 11 abr 2019].Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000200006.

17. Páez Torres YC, Reyes Suárez VO, Pérez Acosta K, EspasandinGonzalez S. Hábito de succión digital en niños de escuelas primarias urbanas y una propuesta de intervención. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [Internet]. 2015 May [citado 15 abr 2019];21(2):453–62. Availablefrom: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111212084&lang=es&site=eehost-live>

18. Ruiz Feria N, Díaz Morell JE , Rodríguez Carracedo EM , Álvarez Infante E , Vargas Morales Y , Soberats Zaldívar M.Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fonet Piña. CCM. [internet]. 2014 Dic [citado: 8 feb 2019]; 18(4): 649-663. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es.

19. Lee Garcés Y ,Ballart Ramos A , Simón Rodríguez J , Guerrero Silva I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 6 a 12 años. RevInfCient. 2015; 93(5):1121-1131[citado: 22 marzo 2019] Disponible en: <http://revista.gtm.sld.cu/index.php/ric/article/view/806/963>

20. Mesa Rodríguez NY, Medrano Montero J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez CCM. [internet]. 2017 Dic [citado: 18 abr 2019]; 17(2): 649-663. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es.

21. Apaza-Ramos, S., Torres-Ramos, G., Blanco, D., &Antezana, V. (junio de 2015). Influencia de los factores bsociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. RevEstomatol Herediana., 88.[citado 12 feb 2019]

22. Borroto Abal O, Mora Pérez C, Araújo Liriano M, López Fernández R. Nivel de conocimiento de educación para la salud en ortodoncia de trabajadoras de círculos infantiles Rev Cubana Ortod 2001;16(2):83-9. [citado: 18 abr 2019]

- 23.** Odontología preventiva en Acción. Infomed. Infosol Manual de comunicación social.
- 24.** Corrales León AL, Duque Alberro Y, Serrano Fernández D, Crespo González JO. Tratamiento de hábitos bucales deformantes con técnica de auriculoterapia Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Oct 18]; 18(6): 1027-1035. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600010&lng=es.
- 25.** Hidalgo Torres Yd, Pérez Rojas Y. Anomalías dentomaxilofaciales en niños de tres a cinco años de edad. Rev. Electrón. Zoilo [Internet]. 2019 [citado 11 de enero 2020]; 44(4). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1832>.
- 26.** García Peláez SY, Soler Herrera M, Colunga Santos S, Martín Zaldívar L, García Peláez S. Afectaciones psicológicas en niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales y tratamiento de ortodoncia. Humanidades Médicas [revista en internet]. 2016 [citado 1 de septiembre 2019]; 16(2):246-257. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2016/hm162e.pdf>.
- 27.** González María Rosa, Sosa Maritza. Programa Nacional de EGI. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2009: p.123.
- 28.** Morera Perez A, Sexto Delgado N, Yanes Tarancón B, Casanova Lezcano A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Medisur. [Internet]. 2016 Abr [citado: 30 oct 2019]; 14(2): 143-153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es
- 29.** García Jiménez AM, Téllez Peña TM, Fontaine Machado O, Rodríguez Jiménez ML. Características de los pacientes con maloclusiones atendidas en la Clínica Dental Docente "3 de Octubre". Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2016 [citado: 16 ene 2020]; 41(4): [aprox.0 p]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/616>.
- 30.** López Martín D, Curbero González R, Estrada Guerra Y, Estrada Guerra Y, Concepción López K, Machado Ramos S. Valor social de la prevención de factores de riesgo de

maloclusiones en la dentición temporal. MediCiego [Internet]. 2017 [citado: 3 jun 2019]; 23(1) [aprox. 6p]. Disponible en: <http://www.mediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/654>.

31. Fernández Torres CM, Acosta Coutin. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997: 79-83.

32. Finn SB. Odontología Pediátrica. 4ta Ed. México, DF: Editorial Interamericana, 1976: 19-25.

33. Rodríguez Jiménez ML, Martínez Céspedes LI, Ladrón de Guevara Cruz TE, Lao Bernal AY. Análisis de la situación de salud bucal de un consultorio médico de la familia. Rev.electron. Zoilo [Internet]. 2016 [citado: 12 feb 2020]; 41(4): [aprox.0 p]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/646>.

34. Bermudez-Nuñez YI. Análisis de la situación de salud bucal de un consultorio médico del municipio de Jobabo. Rev.electron. Zoilo [Internet]. 2018 [citado: 16 ene 2020]; 43(4): [aprox.0 p]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1373>.

35. Jeffers Duarte LA, Pérez González R, Rodríguez Sánchez G. Algunas determinantes de salud estomatológica en familias de un consultorio médico del policlínico ``Aguiles Espinosa``. Rev.electron. Zoilo [Internet]. 2016 [citado: 16 ene 2020]; 41(9): [aprox.0 p]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/851>.

36. Malpica Taboada LI. Intervención educativa sobre nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes. Municipio Rafael Freyre. Trabajo de terminación de Maestría, Holguín 2012. [citado: 16 marzo 2020] (versión digital sin publicar).

37. Cuba. Programa Nacional de Atención Integral al adolescente. MINSAP, 2002<<http://aps.sld.cu/bvs/Materiales/programa/maternoinfantil/programaadolescentes.pdf>> [consulta: 18 sept 2019].

38. Masariego-Cuervo MA, Vera-Hermosillo H, Velásquez-Monroy O. Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaria de Salud en la salud bucal. Revista ADM; 2004; 61(2): 70- 77.

39. Cepero Sánchez Z, Hidalgo-Gato Fuentes I, Duque de Estrada Riverón J, Perez

Quiñones JA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Varadero. Matanzas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 Dic. [Citado: noviembre 12, 2019]; 44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007&lng=es.

40. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana. Cuba. Editorial Ciencias Médicas; 2013 pág. 43

41. Declaration of Helsinki. World Medical Association (WMA). «Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects». [Internet]. JAMA. 2015. En línea. [citado 18 may 2019]; Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=193387>

42. Rodríguez García NM; Horta Muñoz DM; Vences Reyes N. Tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con auriculoterapia. AMC Vol21(6) [Internet] 2017 Dic.[Citado: diciembre 3, 2019]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000600007&lng=es

43. 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]. 2017 [citado 2019 Abr 10]; 11(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>.

44. Lee Garcés Y, Lee Garcés Y, Ballart Ramos A, Simón Rodríguez J, Guerrero Silva I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 6 a 12 años. Rev Inf Cient . [Internet]. 2016; [citado 2019 Mar 22]; 93(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/182>

45. Caballero Batista M. Comportamiento de los Hábitos Bucles Deformantes. Escuela Primaria Andrés Eloy Blanco. [Tesis] Caracas, Venezuela; 2016.

46. González Portal G, Morgado Marrero DE, Díaz Gutiérrez CD, Rodríguez Orizondo MF, Puga López C. Evaluación del programa “Mi dedito feliz” en niños de 5 a 7 años. Mayajigua. 2007. Gac Méd Espirit. [revista en Internet]. [citado 2019 Nov 15]; 12(2): [aprox. 0 p.].

Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1536>.

Anexos:

Anexo I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo evaluar los conocimientos sobre hábitos bucales deformantes a partir de una Intervención Educativa. Estoy dispuesto a participar en el estudio y permito el uso de la información obtenida mediante las encuestas por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial.

Conozco que la investigación está basada en evaluar inicialmente los conocimientos sobre los hábitos bucales deformantes, y partiendo de ello aplicar una intervención educativa que nos permita perfeccionar esos conocimientos.

Los resultados obtenidos no tienen fines diagnósticos sino investigativos y de capacitación, por lo cual autorizo su utilización en publicaciones y con otros fines investigativos, siempre y cuando se mantenga sin revelar mi identidad.

Se me ha explicado que puedo abandonar la investigación cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones por eso, y sin que se afecten las relaciones existentes. Mis familiares pueden participar y están de acuerdo en que yo lo haga. Conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Nombre y Apellidos _____

Firma _____ Fecha _____ Lugar _____

Firma del padre o tutor _____

Anexo II.Consentimiento informado del Centro Círculo Infantil Futuros Titanes. .

Yo _____, Directora de el Círculo Infantil Futuros Titanes, he sido informado por el Dr.Natan Batista Almaguer, que se realizará un estudio “Intervención educativa sobre Hábitos deformantes en niños de 3 a 6 años en el Círculo Infantil Futuros Titanes, Antonio Maceo enero 2020_ mayo 2021. ” para el cual se aplicará un cuestionario y se hará una intervención educativa sobre conocimientos de hábitos deformantes, la misma se desarrollara en varias sesiones de trabajo y no causará ningún tipo de daño físico o mental a los niños seleccionados.

Director

Testigo

Anexo III. . Aval del Jefe de Departamento

Por este medio hago constar que yo, _____, Jefe del Departamento de Estomatología del Policlínico “Antonio Maceo”, doy constancia a nombre de la institución que represento, de la aceptación del proyecto “Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños del Círculo Infantil.Maceo 2020-2021, que constituirá la Tesis de Terminación de la Especialidad de I Grado en Estomatología General Integral de el Dr Natan Batista Almaguer y el compromiso para introducir los datos que se obtengan del mismo. Se autoriza por parte de la Dirección de Admisión y Archivo del Departamento, la revisión documental que solicite el autor para obtener la información que contribuirá a la realización de la investigación así como el trabajo con los pacientes.

Jefe del Departamento de Estomatología
Policlínico “Antonio Maceo”

Fecha: _____

Firma: _____

Anexo IV Entrevista a la madre.

Nombre del niño.....

Grupo.....Fecha de nacimiento.....

1. ¿Usa el chupete? Sí____. No____

2. ¿Desde qué edad?.....

3.¿Qué edad tenía cuando lo dejó?.....

4.¿Cuando dejó el chupete comenzó a succionarse los dedos? Sí____. No____

5. ¿Qué dedos se succiona?.....

6. ¿Usted lactó al niño?Sí____. No____

7. ¿Hasta qué edad?.....

8.¿Conoce usted algún hábito que provoca maloclusión o deformidad en la boca?

Sí____. No____.

9.¿Conoce algunos de estos hábitos?

Succión biberón o tete: _____. Respiración bucal ____.

Onicofagia (comerse las uñas)____. Empuje lingual ____.

Succión digital____. Queilofagia____.

10.¿Le han orientado acerca de los trastornos que pueden producir estos hábitos?

Sí____. No.____.

11. De contestar sí en la pregunta anterior. ¿Cuáles de los siguientes trastornos?

Dientes botados____. Labio superior corto____.

Dientes apiñados____. Mordida profunda anterior____.

Mordida abierta anterior____. Mordida cruzada____.

12. ¿Ha recibido orientaciones por parte del Estomatólogo en relación con estos aspectos?

Sí____. No.____

Anexo V: Programa de Intervención: Caritas Sonrientes ⁽³⁶⁾

Objetivo General

Modificar favorablemente los conocimientos, actitudes y práctica con respecto a los hábitos bucales deformantes en los niños de 3 a 6 años y sus padres.

Objetivos específicos:

1. Identificar los conocimientos y práctica en relación con los hábitos bucales deformantes.
2. Fortalecer la integración salud – educación.
3. Crear atmósfera positiva de participación.
4. Elevar la efectividad de la comunicación interpersonal entre el personal de la salud y los niños, niñas y sus padres.
5. Evaluar la efectividad del programa.

Límites

Geografía: Consulta de Atención Primaria.

Tiempo: 1 mes y medio.

Población: niños de 3 a 6 años que asistan a consulta de Atención Primaria de Estomatología del Policlínico Antonio Maceo en el período de enero 2020-mayo 2021 y sus padres.

Temas	Sesiones
Tiempo	
Introducción al programa. 60min.	1 sesión
Hábitos bucales deformantes. 60min	2 sesión
Anomalías Dentomaxilofaciales 60min	3 sesión
Importancia de eliminar hábitos deformantes. 60min	4 sesión
Consolidar los conocimientos 60min	5 sesión

El programa cuenta con 6 sesiones.

Primera sesión _____ ¿Quién soy?

Segunda sesión _____ Una buena lección

Tercera sesión _____ El consejo de un amigo

Cuarta sesión _____ Aprendiendo juntos

Quinta sesión _____ Eliminando hábitos

Sexta sesión _____ Sonrisa feliz

Primera Sesión ¿Quién soy?

Objetivos

1. Recocer los Objetivos del programa.
2. Crear atmósfera positiva de participación.
3. Identificar conocimientos y práctica de los niños respecto a los hábitos bucales deformantes.

Métodos y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 1 y 2.

Se realiza técnica la Pelota Caliente.

El autor expresa esta pelota está caliente, tan caliente que quema, la persona que capture la pelota, se presenta y dice el hábito que practica de forma rápida y la lanza a otro para no quemarse, luego de haberse presentado cada niño; se presenta el coordinador y se les explica el objetivo general del programa.

Para el cumplimiento del objetivo 3 se realiza la aplicación de las encuestas (anexo IV) para determinar conocimientos sobre hábitos bucales deformantes, las cuales serán escritas por el profesional. Posteriormente se dan algunas explicaciones sobre la salud bucal y lo que se persigue con la intervención educativa.

Recursos materiales

- Pelota
- Hojas
- Láminas

Segunda sesión: Una buena lección

Objetivos

1. Brindar información acerca de los diferentes componentes del sistema estomatognático.
2. Explicar brevemente que son los hábitos bucales deformantes.

Métodos y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 1 y 2 se realiza charla educativa con diversos medios de enseñanza (láminas con los diferentes componentes del sistema). Seguidamente se invita a los niños a escuchar el cuento:

La pesadilla de Alberto.

Algo sucedía que por la mejilla de Alberto una lágrima acababa de rodar, formando un pequeño charquito, como resultado de casi diez minutos de llanto ininterrumpido. La maestra notaba desde hace unos días que algo agobiaba a uno de sus más inquietos estudiantes

-¿No sales al receso, Alberto?

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

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

-No, nada más quiero estar solo.

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

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

-Es muy duro lo que me pasa, maestra. Llevo dos o tres días sintiéndome mal después de....-

Calló repentinamente, dejó escapar un sollozo y se hundió entre sus brazos sobre la mesita.

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

-El caso es maestra que me da pena decirlo.

-No debes tener pena alguna, estoy para darte apoyo

-Bien, lo que sucede es que tengo una mala manía, me chupo el dedo, además hago otra cosa, me como las uñas.

Yo sé que está mal, pero no puedo evitarlo, desde pequeñito lo hago y parece que se me han botado los dientes por eso. El otro día mi mamá me llevó al dentista porque me dolía

una muela, cuando me revisaron enseguida me preguntaron por lo del dedo. Ahora me van a llevar para un tratamiento con aparatos y eso, creo que me va a doler, además he visto a otros niños con cosas raras en los dientes y hasta en la cabeza, la verdad es que dan risa. Anoche soñé que me habían puesto los aparatos y esas cosas raras y todos los niños se burlaban de mí me decían cosas raras “diente-lata y nadie quería jugar conmigo y por eso siempre estoy triste y solo. Y yo no quiero maestra que nadie se ría de mí.

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

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

-Ni morderé los lápices ni los casquillos, maestra.

-Queda claro todo, ¿No Alberto?

-Sí maestra.

Recursos materiales

- Pancartas
- Láminas
- Pizarra
- Afiches

Retroalimentación

¿A cuántos niños les ha sucedido lo mismo que a Albertico?

¿Harían ustedes lo mismo que Albertico?

Tercera sesión: El consejo de un amigo.

Objetivos

1. Explicar anomalías dentomaxilofaciales y su relación con los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes

2. Brindar información acerca de las principales causas y medidas para la prevención.

Métodos y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 1 se mostrarán láminas fotografías de los diferentes tipos de hábitos y anomalías que producen, se realizará la prueba del habla y si eso sería posible sin los dientes, labios y lengua.

Para el cumplimiento del objetivo 2 se realizará la técnica llegó el cartero, en la cual se invita a un niño a convertirse en cartero y le entrega a la coordinadora la carta enviada por el amigo Albertico en la cual envía diferentes consejos para prevenir las maloclusiones.

Seguidamente se invita a los niños a cantar la canción que ellos deseen como técnica de relajación.

Recursos materiales

- Fotografías
- Modelos de yeso
- Espejo
- Papel
- Silbato
- Grabadora

Retroalimentación

- Preguntas relacionadas con el tema.

¿Cuáles son los hábitos bucales deformantes que ustedes conocen?

¿Qué daños producen a la boca?

Cuarta sesión: aprendiendo juntos.

Objetivos

1. Enseñar técnica de los cuatro pasos.
2. Consolidar los conocimientos adquiridos.
3. Enfatizar en la importancia que tienen los padres en la eliminación de los malos hábitos bucales.

Métodos y procedimientos.

Para lograr la motivación inicial el coordinador expresa la poesía:

Empuje Lingual

Si tus dientes empujo

Desde mi casita
Se irán para adelante
Y no te verás bonita.

Porque estoy en tu boca
De noche y de día
Y hasta te defiando
Con gran valentía.

Si estoy tranquilita
Y en buena posición
Tú linda boquita
Llamará la atención.

Para el cumplimiento del objetivo los niños se sientan en círculo alrededor del coordinador la cual de forma pausada con lenguaje claro y sencillo demuestra y explica la técnica de los cuatro pasos. Posteriormente frente a un espejo cada niño procede a practicarlo, por lo que de forma individual se corrigen los errores y refuerza la acción, si la realizaron correctamente. Los demás niños esperan su turno practicando la técnica. Para el cumplimiento del objetivo 2 se realizaran a través de las adivinanzas:

Me tomo la leche
Rápido o despacito,
Todos los días
En un pequeño pomito
Que bota mis dientes
Y me pone feito. ¿qué es?

Los niños deberán responder *el biberón*.

Soy el más gordito
De mis cinco hermanitos
Y si me chupas
Te puedes enfermar
Y también tus dientes botar
¿Quién soy?

Los niños deberán responder *El dedo pulgar*

Me como una por una
De mis cinco deditos
Aunque me vire los dientes
Y los ponga pequeñitos.
¿Qué es?

Los niños deberán responder *Hábito de comerse las uñas.*

Para el cumplimiento del objetivo 3 se efectuará la sesión de trabajo estructurada con los padres donde se le explicarán que son los hábitos bucales deformantes y sus consecuencias en la prevención de maloclusiones y así lograr su cooperación en la necesaria eliminación de los hábitos de sus hijos.

Retroalimentación

Se le orienta a los niños que con la ayuda de sus padres digan que harán en lo adelante para eliminar los hábitos incorrectos.

Sesión de trabajo con los padres

Objetivos:

- Brindar información acerca de los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes.
- Proporcionar conocimientos sobre las anomalías dentomaxilares producidas por estos hábitos.

Se realiza a través de una charla educativa donde se mostrarán diferentes láminas de los diferentes tipos de hábitos, alteraciones patológicas producidas por estos y se enfatizará sobre la importancia de corregir tempranamente los hábitos deformantes.

Retroalimentación

Se realiza con la técnica de tesoro escondido las tarjetas, estarán debajo de los asientos de los participantes para que les sea fácil encontrarlos, tendrán preguntas sobre el tema tratado y se establecerán los debates acerca de las respuestas dadas.

Recursos materiales

- Láminas
- Modelos en yeso
- Espejo
- Tarjetas de cartulina

Quinta Sesión: Eliminando hábitos.

Objetivos

1. Valorar la importancia de una boca sana para toda la vida.
2. Consolidar los conocimientos adquiridos.

Métodos y procedimientos

Primeramente se analizarán las propuestas de los niños acompañados por sus padres y se determinará cuáles de ellos lograron un cambio de actitud.

Para el cumplimiento del objetivo 2 a los niños se le aplicara el juego PON, pon el hábito en su lugar. Los niños se dividirán en dos grupos y verán al frente tarjetas con dibujos de los hábitos tratados en el programa que podrán ser: beneficiosos o perjudiciales y los deberán colocar en la parte del mural que correspondan. El mural estará dividido en dos: hábitos beneficiosos y perjudiciales. Al final gana el equipo que termine primero y haya logrado colocar todos los hábitos correctamente y para los padres se realizará el juego de Cero y Cruz con el Objetivo de animar la ejercitación. Se organizan dos equipos y se escogerán los miembros que van a participar por cada uno a los cuales se les entregará una tarjeta con preguntas. Se les explicará el juego que consiste en responder adecuadamente y el que lo haga, tiene el derecho de colocar en las cuadrículas una de las fichas con el símbolo que haya elegido su equipo (0 ó X).El ganador será el equipo que pueda colocar primero su símbolo, consecutivamente, tres veces en una misma dirección (vertical, horizontal o diagonal).

Sexta sesión: Sonrisa feliz.

Objetivos:

Medir el nivel de conocimiento alcanzado por los niños y sus padres.

Se realizará la reunión de conclusiones y se repartirán las encuestas nuevamente para determinar efectividad del programa.

Anexo VI: Entrevista a la educadora.

1.¿El niño se succiona el dedo con mucha frecuencia?Sí____. No.____.

2.¿Es u niño activo?Sí____. No.____.

3.¿Cómo son sus relaciones con los niños y con las educadoras?
.....

4.¿Qué hace usted cuando lo ve succionándose el dedo?.....

5.¿Después que se duerme se le retira el dedo?Sí____. No.____.

ANEXO VII. Aval del Comité de Ética.

Policlínico Docente Comunitario Antonio Maceo Grajales

Área de Salud Antonio Maceo Grajales

Municipio Cacocum

Los miembros del Comité de Ética de las Investigaciones del Policlínico Docente Comunitario Antonio Maceo Grajales, han revisado el proyecto de investigación titulado: Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños del Círculo Infantil.Maceo 2020-2021, del autor Dr. Natan Batista Almaguer.

A consideración del Comité se ha acordado la aprobación de la ejecución de este proyecto, lo cual fue recogido en el acuerdo N°.____ de la reunión, considerando que:

- El proyecto se justifica éticamente por cumplir con los requisitos de idoneidad en relación a los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos participantes de la investigación.
- Posee un modelo de consentimiento informado que se adecua a las exigencias de este formato, en el mismo se explica de forma detallada los procedimientos e instrumentos que se utilizarán; lo que facilitará el desarrollo de la investigación.

Dado en Antonio Maceo, a los____ días del mes de _____del año _____.

Presidente del Comité de Ética

ANEXO VIII. Aval del Proyecto de Investigación.

Policlínico Docente Comunitario Antonio Maceo Grajales

Área de Salud Antonio Maceo

Municipio Cacocum

En sesión ordinaria del Consejo Científico se presentó la solicitud de aval del proyecto de investigación titulado: Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños del Círculo Infantil. Maceo 2020-2021, que tiene como investigador principal al Dr. Natan Batista Almaguer.

A ejecutar por la institución Policlínico Docente Comunitario Antonio Maceo. Una vez analizada la solicitud se aprobó otorgarle el aval por todos los presentes; lo cual fue recogido en el acuerdo N°. ____ de la reunión, tomando en consideración los criterios siguientes:

- El proyecto responde a los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública.
- El proyecto se dirige a mejorar la calidad de los servicios que se brindan y el estado de salud bucal de la población.
- El diseño de la investigación es adecuado a los objetivos planteados en la misma y el documento presentado indica una correcta planificación y control de las tareas a ejecutar.
- El proyecto se elabora sobre la base de los servicios e instalaciones presentes en la institución ejecutora; lo que evidencia su factibilidad.

Dado en Antonio Maceo, a los ____ días del mes de _____ del año _____

Presidente de la Comisión Científica