

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS MARIANA GRAJALES COELLO
POLICLÍNICO VISTA HERMOSA. CALIXTO GARCÍA.

Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en
escolares de 7 a 12 años

Autora: Dra. Dalays Rodríguez Tamayo.

Tutor: Dr. Marcos Antonio Castaño Curí.

Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología
General Integral.

Holguín, 2021

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN

POLICLÍNICO VISTA HERMOSA



UNIVERSIDAD
CIENCIAS MÉDICAS
HOLGUÍN

Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 7 a 12 años

Autora: Dra. Dalays Rodríguez Tamayo.

Residente de segundo año en Estomatología General Integral.

Tutor: Dr. Marcos Antonio Castaño Curí.

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

Especialista de primer grado en Rehabilitación Prótesica.

Profesor asistente.

Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

Holguín, 2021

PENSAMIENTO

*Seguir cuando ya no puedes más es lo que te hace
diferente a los demás.*

Rocky Balboa

Dedicatoria

Quisiera agradecer la realización de este trabajo antes que todo a Dios, porque sin Él no pudiera haberlo realizado.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por toda la paciencia que han tenido, por el apoyo y por todo el tiempo que les he robado.

A mi tutor, por su ayuda en los momentos de necesidad.

A mis amigos y compañeros de trabajo, por darme aliento cuando más lo necesitaba.

En fin, a todas aquellas personas que de una forma u otra me han ayudado a llevar a cabo esta tarea.

GRACIAS.

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 7 a 12 años, pertenecientes al área de salud Vista Hermosa en el período comprendido diciembre de 2020 a septiembre del 2021. El universo estuvo compuesto por 42 niños en edades comprendidas de 7 y 12 años con hábitos bucales deformantes pertenecientes al área de salud antes mencionado,

la muestra quedó constituida por 27 escolares que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión .La intervención educativa contó con tres etapas, diagnóstico, intervención y evaluación. Para la recogida de la información de elaboró de una encuesta, para la cual se confeccionó una clave de calificación. Se evidenció un predominio del grupo de edad de 7 a 8 años, del sexo femenino y del hábito de respiración bucal. Se identificó un inadecuado nivel de conocimiento por lo que se elaboró e implementó una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes. Una vez implementada la intervención educativa se elevó el nivel de conocimiento de los escolares sobre las temáticas abordadas, por lo que se consideró efectiva.

Palabras Clave: intervención educativa, hábitos bucales deformantes, niños, escolares, prevención.

ÍNDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

Introducción..... 8

Objetivos 11

Marco teórico 12

Diseño metodológico	37
Análisis y discusión de los resultados	43
Conclusiones.....	51
Recomendaciones	52
Referencias bibliográficas.....	53
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales afectan el establecimiento de una oclusión normal, entendiendo a la oclusión como "las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto" y normal como "una situación hallada en ausencia de enfermedad". Por ende, una oclusión dental normal es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones.¹

Los hábitos bucales deformantes o también conocidos como parafuncionales representan factores de riesgo para el adecuado desarrollo del Sistema Estomatognático. Al aumentar la frecuencia, duración e intensidad con que se realizan, estos hábitos pueden generar problemas en el desarrollo craneofacial y en la musculatura orofacial; se ha reportado en diferentes estudios la relación que existe entre los hábitos orales nocivos con el desarrollo de maloclusiones dentales.²

La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y con la función de la musculatura orofacial. La maloclusión dentaria, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una afección del desarrollo buco facial que ocupa el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.³ 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 se encuentran: empuje lingual en 18.1%, respiración oral en 6.6% y succión digital en un 0.7%.⁴

En un estudio realizado en Chile donde se involucran niños de 3 a 6 años de edad, se plantea que la succión del biberón es el hábito que más prevalece en estas edades; en orden decreciente le siguió la protracción lingual, donde se observó que los niños de menor edad eran los más afectados.⁵ En otras investigaciones en Ecuador, se encuentra un predominio del hábito de onicofagia en ambos sexos, seguido de la succión digital, la prevalencia de hábitos orales en niños preescolares se encuentra en rango que va del 1,1% al 71,4%.⁶ También es importante la edad en que se inicia el hábito, de tal forma que mientras más temprano comiencen a desarrollarse los hábitos bucales deformantes, mayor será el daño, ya que en edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.⁵

Estudios realizados en esta década en Cuba plantean que la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. De un total de 1,197 encuestados en 2018 en las edades de 5,12,15 años el porcentaje de afectados fue de 29 %, 45 % y 35 % respectivamente

para un promedio de 36,3 %. ⁷Como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y conducta, que parte de la detección de sus necesidades de aprendizaje e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y su comunidad.⁸

Los hábitos bucales deformantes pueden provocar alteración en la musculatura facial con alteraciones del mecanismo del buccinador, es muy antiguo filogenéticamente y constituye en el hombre la capa más profunda de la musculatura facial; este músculo junto al orbicular de los labios y el constrictor superior de la faringe constituyen el llamado Mecanismo del Buccinador o Bufanda del Buccinador. Si por alguna razón este equilibrio se pierde las alteraciones en la forma de los arcos se altera de diferentes maneras, como sucede en la succión del pulgar, cuando existen vestibuloversión de incisivos con un labio superior corto e hipotónico, o en el caso de respiradores bucales, también se observa desequilibrio de este mecanismo, en los casos de hipertonicidad del músculo mentoniano lo que provoca linguoversión de incisivos inferiores acompañado de apiñamiento, por lo que es de gran importancia clínica mantener su funcionamiento para el equilibrio del aparato estomatognático.⁹Dentro de las principales causas que pueden originar problemas de maloclusión, se pueden mencionar los factores hereditarios, los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento, también puede afectar en gran parte la forma de los maxilares, los malos hábitos alimenticios y la respiración bucal sin cierre de los labios.¹⁰Es por ello que a la hora de definir las necesidades de tratamiento ortodóncicos hay que tener en cuenta algunas consideraciones psicosociales y faciales, y no solo la forma en que los dientes engranan entre sí. Por esta razón es difícil determinar cuándo es necesario el tratamiento y cuándo no, partiendo únicamente del estudio de los modelos o de las radiografías dentales. Parece razonable pensar que la necesidad de tratamiento se correlaciona con la gravedad de una maloclusión.¹¹

Estudios realizados en Holguín, reportaron que se observó un predominio de la respiración bucal. Antes de la intervención se evidenció un desconocimiento sobre

hábitos bucales deformantes 88,10 %, la respiración bucal 90,48 %, empuje lingual 88.10 %, consecuencias de los hábitos bucales deformantes 95,24 %, con la implementación del programa se elevó el nivel de conocimiento de los escolares sobre bucales deformantes 92,86 %, la respiración bucal 95,24 %, empuje lingual 97.62 % consecuencias de los hábitos bucales deformantes 92,86 %. Por lo que el programa fue efectivo, obteniendo resultados significativos.¹²

En el municipio Calixto García en el área de salud de Vista Hermosa, se observa en consulta, numerosos niños con hábitos bucales deformantes por lo que se considera oportuno, educar a los niños entre 7 y 12 años, sobre los mismos. Lo que motivó a la realización de este estudio y se propone como **problema científico**:

¿Se logrará modificar el nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 7 a 12 años a través de una intervención educativa, área de salud Vista Hermosa en el período comprendido diciembre de 2020 a septiembre del 2021?

Hipótesis. La aplicación de una intervención educativa acerca de los hábitos bucales deformantes elevará el nivel de conocimientos de los escolares de 7 a 12 años pertenecientes al área de salud Vista Hermosa en el período comprendido diciembre de 2020 a septiembre del 2021.

OBJETIVOS

GENERAL.

- Evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares portadores de hábitos bucales deformantes.

ESPECÍFICOS.

- Caracterizar los niños según edad, sexo y hábitos bucales.
- Determinar el nivel de conocimientos de los escolares antes de la intervención.
- Evaluar el nivel de conocimientos de los escolares después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

En la edad escolar los niños adquieren la base de su comportamiento y conocimiento, su sentido de responsabilidad y capacidad de observar, pensar y actuar. Es a partir de este período cuando el niño adopta hábitos incorrectos que muchas veces duran toda la vida, descubre potencialidades de su cuerpo y desarrolla habilidades y destreza para cuidar su salud y colaborar con la de su familia y la comunidad.¹³ Los hábitos bucales deformantes pueden ocasionar grandes problemas a nivel individual, familiar y de la comunidad. A nivel individual provocan desarmonías oclusales que conducen a la afectación de la estética y problemas de salud; en lo familiar provoca afectaciones, en la economía y a nivel de comunidad en caso de que un individuo por su padecimiento o enfermedad deje de ser activo en ella.¹⁴

Causas.

La armonía familia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la calidad de vida relacionada a la salud bucal como una parte integral de la salud general y el bienestar. 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.¹⁵

Álvarez manifiesta que la influencia de la familia en el proceso salud enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo familiar puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia. Igualmente la familia puede influir en el proceso salud enfermedad de los hábitos bucales deformantes. Desde esta perspectiva, hoy es claro que la salud oral no es solo problema del odontólogo; la familia y la comunidad juegan también un papel importante en la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades.¹⁶

Bajo peso del niño al nacer. Es aquel recién nacido que pesa menos de 2 500 gramos. La asociación entre el estado de salud bucal y el peso al nacer manifiesta

que el bajo peso al nacer empeora las condiciones bucales del niño, se mostró que a medida que el peso al nacer aumenta la salud bucal mejora. En la actualidad, tanto en naciones desarrolladas como del tercer mundo, el bajo peso al nacer tiene un tremendo impacto en el sistema de salud. El bajo peso al nacer incrementa la frecuencia de hábitos orales, maloclusiones, gingivitis, el índice ceo-d, y el retardo en el brote dentario. La buena nutrición juega un papel importante en el crecimiento y el mantenimiento de la buena salud corporal y la higiene bucal. La malnutrición puede retardar el crecimiento y desarrollo, afectar la calidad de los tejidos en formación y la mineralización, actuar a nivel muscular e incidir sobre la maduración de las funciones.¹⁷

Lactancia materna. La lactancia materna, es un método eficaz para estimular el desarrollo adecuado del aparato estomatognático y previene la aparición de hábitos bucales deformantes y maloclusiones. La falta de amamantamiento en los niños conlleva a una serie de situaciones como la succión y la deglución inadecuadas y la introducción de hábitos bucales deformantes que influyen en el desarrollo del sistema estomatognático. La alimentación natural constituye para el lactante el intercambio más importante con el mundo exterior. Con esa acción no solo se alimenta, sino que recibe la sensación de euforia y bienestar al satisfacer aquellos requisitos de seguridad, amor y establecer un contacto físico gratificante para él y su madre.¹⁸

Nivel sociocultural de los padres. La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, y esto nos lleva a tener una total falta de interés en el tema, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos. En nuestro entorno los más afectados son los niños, considerando la necesidad de involucrar a todos los actores sociales de la comunidad que intervienen en su cuidado y educación desde el nivel inicial de enseñanza, es decir el personal administrativo, los docentes, auxiliares, tutores y padres de familia, y también es de vital importancia verificar el nivel de conocimientos de salud bucal en las madres gestantes y del personal de salud para unificar conocimientos y criterios básicos de salud bucal y así unir esfuerzos para disminuir la

incidencia de enfermedades bucales prevalentes. La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.¹⁹

Estrés. 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.²⁰ Los niños aprenden a responder al estrés por lo que han observado y experimentado en el pasado. En la mayoría de los casos, el estrés experimentado por un niño puede parecer insignificante para los adultos, pero como los niños tienen pocas experiencias previas de las cuales aprender, incluso las situaciones que exigen cambios pequeños pueden tener un impacto enorme en los sentimientos de seguridad y confianza del niño. El dolor, las lesiones y la enfermedad son fuentes importantes de estrés para los niños. Los tratamientos médicos producen incluso un mayor estrés. El reconocimiento del estrés en los padres, como el que se ve durante el divorcio o las crisis financieras es un factor de estrés grave para un niño, al igual que la muerte o la pérdida de un ser querido.²¹

Tipos de Hábitos Bucales Deformantes:

Succión digital.

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega ser considerado “normal”, probablemente está presente en el 50% de los niños pequeños. La persistencia del hábito en una persona ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad. Existen diferentes tipos de succión digital: de uno y hasta dos dedos. Durante los primeros seis meses de vida, la succión es una actividad preponderante; desde el nacimiento hasta los dos años y medio o tres de vida, la presencia de la succión digital, se considera un mecanismo normal adaptativo y fisiológico. Si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, existe gran posibilidad de no lesionar el alineamiento dentario. Si por el contrario, el hábito persiste durante el período de dentición mixta se pueden desencadenar

consecuencias importantes en la oclusión dental. Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca.²² La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.

Etapas:

Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico)

- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.
- Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.
- Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativo):

- De los 3 años a los 6 o 7 años de edad.
- Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.
- Definir programas de corrección.²³

Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

- Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.
- Requiere tratamientos ortodóncicos y psicológico.

Etiología

Frías Figueredo considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico.

Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro.²⁴

Consecuencias

- Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.
- Prognatismo Alveolar Superior.
- Estrechamiento de la arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada.
- Problemas de articulación.
- Apoyo de la lengua contra dientes durante alimento y cuando habla.
- Prognatismo alveolar superior (maxilar superior adelantado).
- Cierre labial no existe.
- Labio superior corto y flácido.

Normalmente se produce un desplazamiento simple vestibular de los dientes anteriores superiores y un aumento del desarrollo del hueso maxilar conduciendo a los dientes a implantarlos a una posición más anterior. Está demostrada la relación entre la succión digital y el desarrollo de las maloclusiones de clase II división.²⁵

Tratamiento.

- Explicar al niño con un vocabulario acorde a su edad los daños que le causaría persistir el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos disminuir la frecuencia.
- Aparatología (aparatos de ortopedia y ortodoncia rejilla lingual).
- Terapia mio-funcional, favorecer tono de musculatura ya sea adentro o alrededor de la boca por flacidez o tensión de la musculatura, disociación de movimientos de las estructuras orales.

- Niños menores de tres años y menores a esta edad no se deberían intentar intervenciones activas, principalmente por falta de desarrollo cognitivo y emocional, que los ubica en la categoría de niños sin capacidad de cooperación, La mayoría de estos niños detendrán el hábito aproximadamente a los 4 años.
- Niños de tres a siete años, se sugiere en primer lugar la comunicación con el niño para que deje el hábito. En el primer período de recambio se debe contemplar la posibilidad de participación más activa, con aparatos o mediante modificación de conducta.
- Niños mayores de 7 años. En este grupo, las anomalías caracterizadas por aumento de resalte y mordida abierta no se autocorrigen debido a los patrones funcionales atípicos que se han establecido. Estos niños requieren alguna forma de tratamiento activo.²⁶
- **Diagnóstico.**

El diagnóstico de la succión digital es obvio cuando el niño practica el hábito. Sin embargo, rara vez lo demuestra en la consulta y muchas veces niega que existe el mismo al ser interrogado. Es posible recibir esta información directamente por parte de la madre en la consulta.

Examen extraoral. Consiste en el examen de todos los dedos. Aquellos comprometidos en el hábito parecen enrojecidos, excepcionalmente limpios, con una uña corta o aplanada.²⁷

Examen intraoral Se suele encontrar una serie de situaciones asociadas, como respiración bucal e interposición lingual, sobre todo en niños con mordida abierta. Los signos dentarios del hábito pueden variar, desde arcos y piezas dentarias bien alineadas, a piezas protruidas y espaciadas, mordida abierta, mordida cruzada.

Deglución.

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil). Cuando

erupcionar los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder. La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central.²⁸

Deglución normal.

En la deglución madura normal no se produce protrusión lingual y una postura adelantada, se caracteriza por:

- En el momento de la deglución los dientes superiores e inferiores están apretados, contacto intercuspídeo.
- La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura por el V par.
- No hay actividad contráctil al nivel de los músculos perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.
- La lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.
- La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual, en el interior de la cavidad oral se deglute 500-600 veces diarias unas vez cada dos minutos aproximadamente.²⁹

Deglución atípica.

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto interincisivo.^{14, 19} Todos los niños recién nacidos tienen una deglución asociada a un reflejo de succión, con un claro valor de supervivencia. Este tipo de deglución es denominado infantil ovisceral. Se caracteriza, por un adelantamiento mandibular vigoroso y marcada contracción de la

musculatura labial. La lengua es protruida entre los rodetes, creando un canal entre la punta y el dorso, ubicándose baja en la cavidad bucal, separada del paladar. Hay actividad de los músculos succionadores, participando igualmente la musculatura peribucal. En contraste, la deglución adulta o madura presenta la punta de la lengua ubicada en las caras palatinas de los incisivos superiores, mientras ésta se arquea de adelante hacia atrás en contacto con la bóveda palatina. Los arcos dentarios están por lo general en oclusión, mientras se registra silencio miográfico en la musculatura perioral. De esta manera, la deglución madura no muestra protrusión mandibular, ni la punta de la lengua entre los dientes, ni contracción de los labios. Y diastemas múltiples. Esta configuración morfológica puede estar en conjunto con una marcada contracción del músculo mentoniano durante la deglución.

Los niños empiezan normalmente a dominar una posición más alta, arqueada de la lengua, en la medida que hacen erupción los incisivos temporales y cambia su alimentación a formas más sólidas. El problema ocurre cuando la lengua permanece baja entre los dientes anteriores, asociadas con protrusión incisal creando una mordida abierta.³⁰

Etiología.

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, hablamos de deglución atípica o disfuncional. Ésta, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faringolaríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones,²⁰ según Sosa Sánchez, la lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por tanto su tamaño y suposición en reposo y función son muy importantes.³¹

En cuanto al tamaño se relaciona con el tamaño de la mandíbula, pudiendo existir macroglosia que se evidencia cuando el paciente se toca el mentón con la punta de la lengua.

Clasificación

Tipo I: no causa deformación.

Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución, ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos.

- Las deformaciones en la deglución atípica Tipo I y Tipo II son:
- Mordida abierta anterior, la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. ²⁰

En consecuencia, hay una mordida abierta anterior. Mordida abierta y vestibuloversión, la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión).

- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior, el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uní o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco dental, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes de ambos arcos dentales, superior e inferior. ³¹

- Las deformaciones en la deglución atípica Tipo III son: o Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula, y la lengua es retenida en la región de los premolares. o Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto.

También asociada a la ruptura del equilibrio muscular de ese lado Tipo IV con presión lingual anterior y lateral:

- Las deformaciones resultantes en la deglución atípica Tipo IV son: o Mordida abierta anterior y lateral. o Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión o Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.³²

Características clínicas.

Posición frontal de la lengua desde la fase oral: El ápice lingual se sitúa en posición interdental o empujando contra la cara palatina de los incisivos. La interposición se relaciona directamente con la mordida abierta anterior.

Contracción de los labios: La contracción excesiva del orbicular de los labios se da para compensar la impulsión al exterior de la lengua evitando así el escape de alimentos.

Escape de alimentos. Si el sujeto no puede realizar un sellamiento de la lengua con las arcadas dentarias o compensarlo con acción mentoniana o labial puede apreciarse escape de alimentos de la boca. Es fácilmente evidenciable ese escape pidiendo al niño que trague un sorbo de agua al tiempo que mantiene la mirada baja y el cuello flexionado hacia delante ("como mirando los zapatos"). Falta de contracción de maseteros: En el caso de la deglución normal, al iniciar de la fase oral la mandíbula asciende por contracción de los músculos maseteros, temporales y pterigoideos y la lengua se fija a la arcada dentaria.³³ Algunos autores consideran la falta de contracción de los maseteros un rasgo de atipia: la lengua se fija en posición baja y por tanto no actúa la musculatura elevadora de la mandíbula.

Contracción del mentón: Se aprecia en un intento para sellar la cavidad oral e impedir la impulsión de alimentos semejante al que hemos comentado en el caso de la contracción del orbicular de los labios. Se asocia también con un movimiento excesivo y contracción del labio inferior que busca alcanzar al superior que queda alejado como consecuencia de la oclusión y el overjet.

Movimientos del cuello: En ocasiones pueden apreciarse movimientos del cuello asociados a mala masticación. Si el bolo está mal formado - los alimentos no están

bien triturados, es demasiado grande o no está bien insalivado-, puede presentar dificultades para ser introducido en la orofaringe y la persona puede realizar un movimiento de estiramiento del cuello y extensión de la nuca.³⁴Ruidos al tragar: Aparecen porque el sujeto realiza un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución. Mantener residuos de alimentos en la boca después de acabar la deglución: este fenómeno se debe a la hipotonía de los músculos de las mejillas que favorece el almacenamiento de partículas en el vestíbulo de la boca. ³⁵

Efectos colaterales

- Contracción de la musculatura perioral.
- Alteración de los fonemas siendo los más alterados: l, n, t, d, s, z.
- Aumento del volumen de la lengua. Es de suma importancia observar la postura de reposo de la lengua en los pacientes con estas características.
- Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.
- El paciente escupe con mucha frecuencia.
- Falta de contacto entre dientes anteriores y posteriores.
- Problemas de lenguaje expresivo.
- Protrusión incisivos superiores.
- Mordida abierta región anterior y superior. Dificultad para deglutir con los labios separados. ²⁴

Tratamiento.

Al realizar el examen de diagnóstico, el médico foniatra toma en cuenta: Entrevista con los padres, examen de pronunciación, examen de desarrollo intelectual y examen de psicomotricidad, que incluye conducta respiratoria, discriminación de los sonidos, fonemas y palabras.

- Terapia miofuncional. La terapéutica miofuncional propone que, mediante una serie de bien motivados y controlados ejercicios de lengua y labios, el niño puede ser entrenado como para desarrollar una nueva modalidad de deglución y de este modo corregir la maloclusión originada por aquella cuando

es atípica, o impedir la recidiva de cuadros tratados ortodóncicamente por igual causa.

El tratamiento consiste en una serie de sesiones, 20 o 25, en las cuales se indica al niño la correcta posición de la lengua durante la deglución, con el auxilio de algunos elementos de referencia (botones, elásticos, etc.). El niño debe mantener el objeto con la punta de la lengua en la zona anterior del paladar, cerrar los dientes y deglutir, manteniendo esta práctica en varios ejercicios diarios en su hogar.³⁵

- Tratamientos con aparatos. Parece más conveniente interferir con la protrusión de lengua al mismo tiempo que se corrige la maloclusión asociada. Con este propósito, se pueden utilizar aparatos fijos y removibles. La rejilla en la zona anterior palatina debe tener una longitud suficiente como para ser una barrera efectiva al adelantamiento de la lengua. Si se la inserta en el período adecuado, final del primer período de recambio, la corrección de la posición incisiva se obtiene en un plazo aproximado de seis meses, o menor.
- Aparato removible impedidor o rejilla impedidora. Procedimiento inicial para una deglución atípica con interposición lingual anterior.

Este aparato es una Placa de Hawley superior con una rejilla anterior o Perla de Tucut, que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. En casos especiales, la rejilla impedidora puede ser fija, soldada a las bandas o coronas metálicas preformadas.³⁶

- Muralla acrílica. Es otro impedidor de lengua comúnmente utilizado, y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impedidora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la altura de los incisivos inferiores. Ambos aparatos citados anteriormente actúan solamente como impedidores, porque no corrigen el hábito.
- Aparato removible con un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina o papila incisiva.

Además de impedir la interposición de la lengua, puede servir también como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante este orificio o anillo metálico. El paciente debe recibir orientación del profesional para que en cada deglución coloque la punta de la lengua en el lugar demarcado.

- Tornillo expansor mediano o un resorte de Coffin. Además de impedir y reeducar la musculatura lingual, esta aparatología puede tener un tornillo expansor mediano o un resorte de Coffin, con la finalidad de descruzar la mordida posterior. El ajuste del tornillo expansor se hace una vez por semana (2/4 de vuelta si se activa en la boca o 1/4 de vuelta si se activa fuera de la boca).
- Cuadrihélice o Bihélice. La mordida posterior también se descruza por medio de estos aparatos, que se sueldan a las bandas de los molares superiores por palatino. Se activan con el alicate Tridente.²⁴

Diagnóstico.

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de los maseteros.
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimientos de la cabeza.
- Soplo en lugar de succión.
- Tamaño y tonicidad de la lengua.
- Babeo nocturno.
- Dificultad de ingerir alimentos sólidos.
- Alteraciones en la fonación.
- Acumular saliva al hablar.²⁵

Onicofagia.

La onicofagia hace referencia al hábito de morderse las uñas. Este es un hábito común y se observa tanto en niños como en adultos; se caracteriza por lesiones repetidas, es de tipo autodestructivo y agresivo. Se conoce como un hábito de transferencia de la succión del pulgar, ya que este tiende a ser abandonado durante el tercer año de vida. La necesidad de morder y comer incluso las uñas se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad. Se observa en edades entre los 4 y 6 años; se estabiliza entre los 7 y 10 años; aumenta considerablemente durante la adolescencia; la incidencia se reduce cuando aumenta la edad. La onicofagia o mordisqueo de uñas es un hábito patológico muy extendido en la infancia y en la edad juvenil, que influye negativamente en la estética dental, bucal y digital. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática. La continua y reiterativa manía ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, dientes de enorme repercusión en la buena apariencia de la sonrisa. Los microtraumatismos que el mordisqueo ocasiona en las mucosas labiales hacen que la patología infecciosa (herpes, labios cortados, aftas) sea más frecuente en estos pacientes. Asimismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares, por lo que la onicofagia constituye una preocupación para los padres de niños y adolescentes.³⁶

Etiología.

Causas psicológicas. Estados obsesivos, compulsivos, agresividad o como forma de calmar momentos de nervios, ansiedad, angustia etc. Cualquiera de estos estados puede desencadenar inconscientemente y de una manera frenética un impulso de comerse las uñas. El estrés, dificultades para resolver problemas cotidianos que sean sociales, laboral o escolar (exámenes) son causas frecuentes que pueden desarrollar un complejo que lleva a una persona a comerse las uñas.

Causas psicósomáticas. Es difícil agrupar en un mismo patrón a la cantidad de personas que sufren este mal hábito por causas psicósomáticas. Pero en los casos

muy severos en formas más conscientes de lesiones autoinfligida, podemos enumerar algunos de los rasgos distintivos que pueden favorecer actitudes negativas e influir emocionalmente en el comportamiento del sujeto durante la niñez, adolescencia y hasta la edad adulta.

Por ejemplo: Cambios dramáticos en la unidad familiar, no asumir la pérdida de un ser querido, violencias y disputas domésticas reiteradas ante el sujeto, divorcios y separaciones de los padres, rechazo a los padrastros o madrastras, rechazo a la incorporación en la familia a nuevos hermanos y hermanas, malos tratos y humillaciones, presión por los estudios en el ambiente familiar o escolar, y un sin fin de otras causas. Pero en la mayoría de estas causas las frustraciones acumuladas, la timidez y la baja autoestima son los rasgos más significativos que llevan al sujeto a morderse las uñas. Desaparecerá esta manía cuando se adquiere confianza y seguridad en el área familiar, escolar o laboral.³⁷

Consecuencias.

En los dientes: produce desgaste en los dientes y daño en el esmalte por el repiqueteo constante de un incisivo contra el otro al morderse las uñas, lo que conlleva a un problema estético ya que las piezas dentales lucen recortadas, eventualmente puede ocurrir la caída de las piezas dentales y úlceras en las encías.

Pueden presentar cambios en su posición apiñamiento, rotación, fracturas, protrusión de incisivos superiores.

- Destrucción periodontal y reabsorción de parte de las raíces de los incisivos superiores.
- En las uñas: el continuo mordisqueo crea microtraumas y heridas alrededor de la uña, que hacen que el dedo se inflame y duela y que no crezca la uña, al quedar una superficie abierta y sangrante, es una puerta de entrada para las bacterias que pueden provocar infecciones en la matriz de las uñas.
- En articulación temporomandibular: disfunciones y trastornos, ruidos articulares, dolor de cabeza, limitación de los movimientos de la mandíbula y problemas posturales de la cabeza.³⁷

Tratamiento.

Para los casos leves de onicofagia no se necesita tratamiento, mientras que para situaciones más graves el tratamiento debe involucrar la eliminación de los factores emocionales que induzcan el hábito. En algunos casos, un poco más de atención y la comprensión son suficientes. Se recomienda actividades al aire libre o actividades con las manos. Un enfoque multidisciplinario debe centrarse en los esfuerzos para contribuir a la autoconfianza y la autoestima del paciente.

Se trata de dominar los nervios, ansiedad, o problemas cotidianos que te arrastran a este mal hábito.

Si se trata de un niño hay que ayudarlo porque por sí mismo será incapaz de superarlo.

- hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones que activen su hábito de morder las uñas. por ejemplo: acariciar, tocar, palpar, frotar o rascar las uñas, los bordes de las uñas y de las cutículas antes de llevarlos a la boca.
- hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones que provocan o estimulan su hábito. Por ejemplo: al estudiar, momentos de exámenes, leer libros, viendo la tv, frente al ordenador, discusiones y nerviosismo.
- hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones en que el niño ha evitado su hábito de morderse las uñas. Por ejemplo: practicar actividades deportivas, charlas con amigos, jugando, estar en sitios públicos, escuchar y admitir los reproches de familiares o de amigos cuando se muerde las uñas, cuando está masticando algo.³⁸

Autodominio.

Explicarle al niño que lleve su dedo hacia su boca y que se detenga cuando llegue a 5 cm del objetivo. Repite esta acción varias veces y a unas distancias diferentes. Ahora prueba a que meta el dedo entre los dientes un par de minutos y sin ganas de morderse las uñas. Este pequeño ejercicio se llama autodominio.

Succión del chupete o biberón.

La succión es una necesidad del bebé que se sacia a través de la alimentación materna o biberón, cuando ésta se realiza correctamente estimula toda la musculatura facial y favorece el crecimiento armónico de la cara. En otros casos la succión puede ser favorable cuando estimula el crecimiento mandibular de niños con retrognatismo (poco crecimiento del maxilar inferior). Por otro lado, la succión puede traer consecuencias cuando se prolonga más allá de los 18 meses de vida, llegando incluso a producir alteraciones a nivel orofacial; en otros casos también puede producir alteraciones en la correcta unión entre dientes (oclusión dentaria).²⁰

Es común en edades tempranas el uso del biberón y el tete. Es necesario divulgar las desventajas del uso de biberones para la alimentación del niño durante los primeros meses de vida, por entorpecer el desarrollo de la lactancia. Además, con el uso de estos y del tete, se establece un patrón de succión que difiere del que fisiológicamente existe con la succión del pecho, entorpeciendo el desarrollo bucal. Al llevar a posición el chupete, la lengua es forzada hacia una posición inferior en la parte anterior de la boca, ejerciendo una presión lateral incrementada sobre los caninos y primeros molares inferiores. La falta de soporte palatino de la lengua resultará en un arco superior más estrecho, y la presión de la lengua ampliará el arco inferior. Estos cambios crean una desarmonía transversal que incrementa la tendencia a desarrollar una mordida cruzada posterior.²⁰ Sin embargo, los chupones (chupetes) no causan problemas médicos o psicológicos; e igual que la succión del pulgar o de los dedos, el uso del chupón (chupete) durante los primeros años del desarrollo normalmente no afecta la posición de los dientes o de la mandíbula. Si el niño no tiene suficiente con la succión proporcionada por el pecho materno o por los biberones, el chupón (chupete) satisfará esa necesidad.

Consecuencia del uso del chupón.

- La principal preocupación es evitar los problemas dentales que podrían producirse si el niño continúa succionando el chupón cuando le empiecen a salir los dientes permanentes; alrededor de los 5 años de edad.
- Los hábitos de succión no nutritiva se relacionan con las maloclusiones dentarias: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.
- Los niños succionadores, sufren una alteración de la flora bacteriana y una hipertrofia del sistema linfático por lo que suelen presentar una respiración bucal, lo cual también influye en el desarrollo de las maloclusiones.²⁷
- La succión del chupón podría dificultar el crecimiento normal de la boca y la alineación de los dientes. Según Álvarez González, la succión excesiva de chupones tiende a poner presión en las piezas dentales frontales y por ende vestibularización de las mismas.²⁸
- La succión del chupón después de los 6 o 7 años de edad puede afectar la forma de la boca y de los dientes del niño; y como resultado, el niño necesitará tratamiento de ortodoncia más adelante.

Consejos para el uso seguro de chupones (chupetes)

- No se deben usar los chupones como sustitutos de comidas o para retrasar las comidas; se deben ofrecer únicamente después o entre comidas.
- Los chupones deben estar hechos de una sola pieza y de un material fuerte, que no sea tóxico, y que se pueda esterilizar.
- Nunca meta el chupón en miel u otra sustancia dulce antes de dárselo al niño.
- Nunca se meta el chupón en la boca para limpiarlo antes de dárselo al niño. Esto transmite gérmenes que pueden ocasionar caries.
- Con frecuencia, los chupones se caen al suelo y las manos de los niños por lo general, están sucias; por lo que es necesario lavar a menudo los chupones y las manos de los niños con jabón suave y enjuagarlos con agua para reducir la exposición a gérmenes.³⁸

Beneficios del uso de chupete.

1. Efecto tranquilizante del chupete: En los primeros días de vida, se aconseja amamantar al recién nacido para aportarle la cantidad de alimento correcta. El pequeño tiene además la necesidad de repetir con frecuencia la succión del pezón materno o bien sustituirlo por su propio pulgar o por un chupete; éste no debería ofrecérsele hasta que la lactancia materna estuviera bien establecida en 2 o 3 semanas, para así no interferir con ella.
2. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante: Numerosos estudios han relacionado el uso del chupete con una menor incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante. La succión del chupete favorece el control de la respiración disminuyendo los períodos de apnea a la vez que, por razones de comodidad, los niños que usan el chupete no duermen en decúbito prono, posición que aumenta el riesgo de síndrome de muerte súbita.
3. Estímulo del recién nacido pre término: Diversos autores han valorado el interés de los métodos de succión no nutritiva en los recién nacidos pre término alimentados por sonda nasogástrica. Concluyen que éstos aceleran la maduración del reflejo de succión, con lo que se consigue antes una succión organizada, lo cual facilita una transición más rápida a la alimentación oral.³⁸

Tratamiento.

En general, la succión no nutritiva de los niños desaparece mucho antes de causar problemas. Sin embargo, algunos niños necesitan ayuda para quitarse la costumbre antes de que desaparezca. Intentar quitar la costumbre al niño podría ser perjudicial si el niño no tuviera el apoyo y la dirección que necesita. Evite usar palabras duras, criticar, burlarse, menospreciar, sacarle el dedo o el chupón de la boca, o castigar al niño como métodos para quitarle la costumbre. Estos métodos podrían disgustar al niño, aumentar su ansiedad y estrés, y empeorar la costumbre.

- Los padres pueden ayudar a los niños ofreciéndoles apoyo emocional de diferentes maneras. Empiece a quitarle la costumbre al niño poco a poco. Explíquele que necesita quitarse la costumbre por su bienestar.

- Buscar un lugar especial para guardar el chupón que esté fuera de la vista, para que el niño tenga que pedirlo.
- Felicitar los esfuerzos del niño y premiarle cuando no use el chupón. Ofrecerle palabras de ánimo, hágale una caricia o dar un abrazo en esos momentos en los que no use el chupón. Hágale saber que usted se da cuenta del esfuerzo que el niño está haciendo para quitarse la costumbre y que usted lo aprecia mucho.
- Los cuadros de estrellas, los premios diarios y los recordatorios discretos durante el transcurso del día son también muy útiles.²⁰

Interposición labial o 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 vestibulo versión de incisivos superiores. En lo que refiere específicamente a la Queilofagia, ha sido interpretada como una forma de la psiquis de manifestarse simbólicamente cuando los contenidos emocionales encuentran barreras para ser elaborados en forma verbal. Ha sido referida como característica de niños que han requerido de una mayor atención o concentración mental e incluso de pacientes con trastornos de personalidad obsesiva-compulsiva, preocupación por la organización, perfeccionismo y control sobre otros, autoexclusión de actividades placenteras y seguimiento de principios morales rígidos.²¹

Causas.

Si bien no es frecuente, puede verse influenciada por factores condicionantes como

- el estilo de vida.
- la calidad de la relación intrafamiliar.
- entorno familiar violento.
- cambio constante en el ambiente familiar.
- falta de atención de los padres.
- falta de madurez emocional.

- estrés, frustración.

Dado los últimos reportes respecto a una mayor prevalencia del hábito entre individuos privados de libertad, con condiciones de supervivencia bajo stress, violencia, hacinamiento, malos hábitos, alimentación inadecuada.²⁰

Consecuencias.

- huellas dentarias en labios.
- labios agrietados, resecos y costras.
- mal olor y sabor por los restos de saliva.
- patologías de origen friccional: úlceras, leucoplasia o lesiones más complejas como fibromas, quistes de retención o cáncer.

Tratamiento.

Puede resultar complicado eliminar este hábito, pero con ayuda psicológica es posible.

Lo primero que se debe hacer es tomar conciencia del problema y establecer medidas oportunas de prevención o tratamiento. La psicoterapia se podrá basar en buscar otras formas saludables de drenar la causa que obliga a la persona a realizar este hábito. Antes de dormir aplicar hidratantes labiales de cacao o aceite de oliva.

Otras opciones a nivel de salud física son:

- Usar protector solar y con vitamina E.
- No sacarse los “cueritos” de los labios. Pueden llegar a romperse y sangrar, provocando infecciones.
- No mojarse los labios con saliva, pues ésta es una enzima que contiene bacterias y un PH diferente al de la mucosa labial.

Ante cualquier lesión, se recomienda consultar con un especialista, sobre todo si hay picazón y sangramiento.²⁹

Respiración nasal o normal.

Es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo, con un cierre simultáneo de la cavidad oral; se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro, en el momento de la inspiración la lengua se eleva y se apoya contra el paladar, produciendo un estímulo positivo para el desarrollo. Las fosas nasales limpian y calientan el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas.

Respiración oral.

Tipos: Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos: Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral en la que nivel de las fosas nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por lo que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.

Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.³⁸

Etiología.

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides hipertróficos.
- Presencia de pólipos nasales.
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal.
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas.
- Bronquitis.
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias

Características faciales y dentarias.

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y revertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)
- Mordida cruzada posterior, uní o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival.
- Retrognatismo del maxilar inferior.
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores mesogresión de posteriores.
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Perfil convexo.
- Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga).
- Boca entreabierta.
- Nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas.
- Labio superior corto, labio inferior grueso y con disminución en el tono.
- Mejillas flácidas y apariencia de ojeras. ³⁸

Diagnóstico.

Observación inicial. Cuando el paciente llega a consulta Odontológica por primera vez debemos observarlo desde el momento que entra al consultorio observando discretamente su postura sentado en la sala de espera y caminando hacia el sillón dental, notar asimetrías de posición del hombro, curvatura de la columna vertebral, posición de la cabeza, etc., esto nos brinda información importante que aportará a la determinación de sus características posturales.

La anamnesis. Debe estar constituida por datos como son el tiempo de amamantamiento, inicio de semisólidos, uso de chupón y biberón, padecimiento y evolución de problemas nasofaríngeos de tipo obstructivo crónico o agudo, presencia de hábitos, medio social, rendimiento escolar, rendimiento físico, presencia de cansancio con poco esfuerzo, relación con sus padres y familiares, desenvolvimiento con amigos etc. esta fase nos permitirá conocer las características psicosociales del paciente y al mismo tiempo permitirá a través de la conversación observar al paciente discretamente para determinar características faciales, posturales y funcionales.³⁸

El examen clínico extraoral e intraoral. Se observa las características faciales del paciente para determinar si corresponde con la facie adenoidea propia del respirador bucal; Al examen clínico intraoral se verifica estado gingival, superficie dental, desarrollo transversal de los maxilares, posición de los dientes, posición de la lengua.

Pruebas diagnósticas. Si con toda la información observada se sospecha la presencia de Respiración bucal, existen test o pruebas diagnósticas que nos permitirán comprobar nuestras sospechas. Al realizar estas pruebas debe tenerse en cuenta el "ciclo nasal", que consiste en que las fosas nasales funcionan alternadamente quedando una en reposo.

El reflejo nasal de Gudín. El paciente debe mantener la boca bien cerrada se le comprime las alas de la nariz por 20 segundos, al dejarlo respirar nuevamente debería haber dilatación de las alas de la nariz para tomar aire en condiciones normales y con una respuesta de dilatación en condiciones normales)

Apagar la vela se coloca una vela prendida cerca de cada uno de los orificios de la nariz él debe apagar la vela soplando, en condiciones normales.

El Algodón (Coloca algodón cerca del orificio de la nariz a cada lado, el paciente inspira y expira, se debe observar el movimiento en condiciones normales)

El Espejo de Glatzel se coloca un pequeño espejo sobre el labio superior del paciente, se le indica que inspire y expire, el espejo se debe empañar por lo menos

unilateralmente en condiciones normales. Si se diagnostica presuntivamente la presencia de Respiración Bucal se debe remitir el paciente al Otorrinolaringólogo para realizar el diagnóstico definitivo de Respiración Bucal y establecer la presencia o no de obstrucción nasal como factor desencadenante de la misma.

Tratamiento.

1. Requiere equipo interdisciplinario.
2. Tratamiento quirúrgico para corregir obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos).
3. Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica y bronquitis.
4. Fonoaudiología: reeducación patrón respiratorio y problemas de habla si existen.
5. Remisión a ortodoncia e implementación de aparatología.
6. Terapia mio-funcional, fortalecimiento de musculatura orofacial posicionamiento lingual.³⁹

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 7 a 12 años, pertenecientes al área de salud Vista Hermosa en el período comprendido diciembre de 2020 a septiembre del 2021

Universo y Muestra

El universo estuvo compuesto por 42 niños en edades comprendidas de 7 y 12 años con hábitos bucales deformantes pertenecientes al área de salud antes mencionado, la muestra quedó constituida por 27 escolares que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Padres y/o tutores de niños portadores de hábitos bucales deformantes que dieron su consentimiento para participar en la investigación (anexo I).

Criterios de exclusión

- Niños que fueron trasladados a otra área de salud.

Criterios de salida

- Los que no quisieron continuar en la investigación.
- Y los que se ausentaron a 2 o más encuentros.

Operacionalización de las variables

Grupos de edades. (Variable cuantitativa continua). Según años cumplidos.

Escala de medición:

- 7-8 años
- 9-10 años
- 11-12 años

Indicador: número y por ciento.

Sexo. (Variable cualitativa nominal dicotómica). Según sexo biológico.

Escala de medición:

- Femenino
- Masculino

Indicador: número y por ciento.

Tipo de hábito bucal deformante. (Cualitativa nominal politómica) según hábito bucal deformante que es portador el escolar.

Escala de medición:

- Respiración bucal
- Empuje lingual
- Onicofagia
- Succión digital
- Queilofagia
- Masticación de objetos

Indicador: número y por ciento.

Nivel de conocimientos sobre los tipos de hábitos bucales deformantes. (Variable cualitativa nominal dicotómica). Según nivel de conocimiento antes y después de la intervención.

Escala de medición:

- Adecuada: cuando responde en la pregunta 1^a) Si 1b) cuando marca a, b, d, e, f, h, i, j
- Inadecuada: cuando responde en la pregunta 1^a) no 1b) cuando marca c, g.

Indicador: número y por ciento.

Recolección de los datos:

Métodos de recolección de la información

Se realizó un minucioso examen clínico utilizando luz natural espejos o depresores linguales por la autora de la investigación para detectar el tipo de hábito presente así como las alteraciones bucales que haya provocado el mismo.

Se efectuó una búsqueda bibliográfica del tema acorde a los objetivos propuestos, utilizando material obtenido de las publicaciones nacionales e internacionales, en las bases de datos.

La información fue recogida mediante la aplicación de una encuesta auto administrada (Anexo II) a cada participante en la intervención antes y después de la misma.

Métodos empíricos empleados

Observación: Permitió observar en la práctica el conocimiento que tuvieron los escolares sobre hábitos bucales deformantes.

Encuesta: Se realizó para comprobar el nivel de conocimiento que tuvieron escolares sobre los hábitos bucales deformantes.

Métodos teóricos empleados:

Histórico-lógico: Encaminado al análisis de los antecedentes teóricos de la investigación y su desarrollo.

Análisis y Síntesis: Permitió interiorizar en las causas del desconocimiento, así como en las temáticas que tengan menos preparación y arribar a conclusiones en este sentido.

Inducción y Deducción: Permitió conocer las características generales del conocimiento sobre hábitos bucales deformantes y llegar a conclusiones.

Enfoque de sistema: Permitió el análisis de los contenidos, así como su relación con el medio social y estructura lógica que proporcionarla información a las madres

Métodos estadísticos empleados:

Se utilizó el análisis porcentual de tablas y sus resultados, fundamentalmente los descriptivos; mediante cálculo porcentuales.

Para dar salida los objetivos se diseñó e implementó un Programa de intervención educativa.

El estudio se dividió en tres etapas:

Etapas Diagnóstica:

Se realizó un listado con los nombres, apellidos de todos los escolares se les explicó a ellos y a sus padres y/o tutores en qué consistía el estudio, a los que desearon participar se les realizó la encuesta inicial (Anexo II) a través de la cual se obtuvieron los datos generales de cada uno y el nivel de conocimiento acerca del tema.

Para determinar el nivel de conocimiento de cada participante se elaboró una escala de calificación (Anexo III), donde se consideró que los conocimientos adecuados fueron las sumas de las respuestas correctas mayores de 70 puntos y los inadecuados menores de 70 puntos.

Para evaluar el nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes de los niños, se aplicó una encuesta, que contó de 3 preguntas con un valor total de 100 puntos (Anexo II).

Etapas de intervención educativa:

Encuentros	Temáticas a tratar	Tiempo
1	Presentación de la intervención “Dibujando sonrisas”	1 hora
2	Conceptos y tipos de hábitos bucales deformantes	1 hora
3	Consecuencias que trae consigo los hábitos bucales deformantes	1 hora
4	Medidas de prevención	1 hora
5	Conclusiones	1 hora

Una vez que se analizaron los resultados se procedió a trazar la estrategia educativa a partir de un programa elaborado al efecto, con el objetivo capacitar a los escolares sobre de hábitos bucales deformantes. La intervención se realizó con una frecuencia semanal de una hora cada una por un período de 5 semanas.

Siguiendo las bases psicopedagógicas, para que los escolares se apropien mejor de los conocimientos y para lograr un mejor intercambio de ideas se dividió el grupo en 3 subgrupos de 9 niños cada uno, con los cuales se utilizaron las siguientes técnicas educativas: lluvia de ideas, charla educativa y discusión grupal.

Etapas de evaluación:

A las 5 semanas de realizada la intervención se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención.

El nivel de conocimiento fue evaluado por la encuesta. Los escolares marcaron con una x solamente la opción que consideraron correcta en cada pregunta.

Procesamiento de la Información:

Técnicas de procesamiento de la información. La información recopilada en la encuesta fue procesada en forma computarizada, para lo cual se creó una base de

datos en una computadora marca HP y para dar cumplimiento a los objetivos se utilizaron medidas de resumen para datos cualitativos como son las frecuencias absolutas y los porcentajes.

Consideraciones éticas:

En el estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos para la investigación médica con seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki, la participación en el mismo fue totalmente voluntaria. Se solicitó por escrito el consentimiento informado de padres y/o pacientes para participar en la investigación. (Anexo I). Se explicaron detalladamente los objetivos de la misma, así como la confiabilidad de la información, pues será utilizada con fines investigativos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de escolares según hábitos bucales deformantes, edad y sexo.

	7-8 años		Sexo		9-10 años		sexo		11-12 años		sexo		TOTAL						
	No	%	M	F	No	%	M	F	No	%	M	F	No	%	M	%	F	%	
Hábitos bucales deformantes																			
Respiración bucal	6	22,2	2	4	2	7,4	1	1	1	3,7	1	0	9	33,33	4	14,81	5	18,5	
Empuje lingual	5	18,5	3	2	1	3,7	0	1	0	0	0	0	6	22,22	3	11,1	3	11,1	
Onicofagia	3	11,1	1	2	1	3,7	0	1	0	0	0	0	4	14,81	1	3,7	3	11,1	
Succión digital	4	14,8	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	14,81	1	3,7	3	11,1	
Queilofagia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7,4	1	1	2	7,41	1	3,7	1	3,7	
Masticación de objeto	2	7,4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7,41	0	0	2	2,42	
TOTAL	20	74,1	7	13	4	14,8	2	2	3	11,1	2	1	27	100	10	37,1	17	62,9	

Al analizar la distribución de escolares según hábitos bucales deformantes, edad y sexo se observó un predominio de la respiración bucal (33.33 %), seguido del empuje lingual (22.22 %); se evidenció un mayor número de escolares del grupo de edad de 7 a 8 años (44.44 %), y del sexo femenino (62.96 %).

Similares resultados reportó Castilla Jodan, observó un ligero predominio en las féminas en relación con los varones, y un predominio del grupo de edad de 7 años.⁴⁰ Diferentes resultados en cuando al grupo de edad expusieron Méndez y colaboradores, al realizar el análisis de la población examinada encontró un

predominio del grupo de edad de 9 años con hábitos bucales deformantes (18,3 %) y el sexo femenino (32 niños) con 55.0 %, ³⁶ Similares resultados reportaron en el estudio realizado por Ramos donde se observó que el 67.0 % de los examinados eran niñas con hábitos bucales deformantes y más frecuentes en la edad de 9 años. Esto ocurre porque los hábitos se arraigan y son difíciles de eliminar. ⁴¹

Mora Pérez y colaboradores reportaron en relación a la edad, el 87,3 % de los niños de 7 años está afectado por algún hábito. En orden decreciente les siguen los niños de 11 y los de 7 años. En general, los hábitos se van incrementando hasta los 7 años y luego decrecen, para finalmente aumentar en los 11 años, ellos exponen que al existir una vida más agitada se desencadena mayor stress, además entre el sexto y séptimo año y hasta aproximadamente 11 años de edad, se extiende la etapa de vida escolar temprana, cuyo inicio señala un cambio radical en la vida del niño, por todas las características de la nueva situación social, en la cual tendrá lugar el desarrollo de su personalidad, ello explica la alta frecuencia de hábitos deformantes detectados en estas edades. ⁴²

Chibás Guyat y colaboradores, la protracción lingual (63,3 %), la respiración bucal (53,3 %) y la succión digital (25,5 %), fueron los hábitos que predominaron. La protracción lingual afectó más a los niños de nueve años, lo que representó un 15,5 % del total de escolares examinados. ⁴³

Diferentes resultados reportaron Córdova Veja y colaboradores, donde el hábito dental deformante con más frecuencia fue de los hábitos de mordedura (onicofagia), en segundo plano el hábito de succión, el tercer plano fue la respiración bucal y por ultimo hábitos de lengua. ⁴⁴ Núñez y colaboradores, reportaron la interposición lingual en fono articulación (75,84%) y la succión de biberón (67,28%) se presentaron con mayor frecuencia. Un 37,92% presentó succión de dedo y 29,36% de chupete. La interposición lingual en reposo fue de 25,08% y 52,60% en deglución. Un 9,17% presentó respiración bucal y 22,63% onicofagia. ³⁸

Utria González reportó por su parte que el hábito más frecuente en los pacientes estudiados fue la succión digital en un 48,86% en los niños, con más frecuencia en

las niñas con un 54,37% y exponen que la succión digital es uno de los hábitos bucales deformantes más frecuentes en el niño, capaz de producir grandes anomalías dentomáxilo faciales, alteraciones en la función masticatoria, en la psiquis y del estado de salud general. La succión digital ocurre en el 89% de los niños con desarrollo normal después de dos horas de nacido y generalmente en casi todos los niños durante el primer año de vida ya que se relaciona con necesidades fisiológicas del mismo. Esta conducta se convierte en un hábito negativo cuando persiste después de los 3 años de edad, cuando se vuelve severo o crónico y es capaz de causar daños o cuando interfiere en el desarrollo físico, social o cognoscitivo.⁴⁵ En relación al sexo se cree que esto se deba a que las niñas son más tranquilas que los varones, lo cual le da más tiempo para la práctica de los hábitos. En cuanto a la edad es un factor muy importante para el desarrollo de estos hábitos; En los niños con hábitos deformantes la tendencia fue a decrecer con la edad, lo cual puede obedecer al efecto que tienen sobre los niños la educación sanitaria y la adquisición de conciencia al comenzar su vida escolar y alcanzar mayor edad. La respiración que se realiza a través de la cavidad bucal se producen una serie de efectos secundarios que van desde la recepción de un aire cargado de impurezas, frío, seco, deficientemente preparado hasta los efectos más complejos capaces de producir afectaciones sobre los maxilares, músculos y el individuo de forma general. Las características del cuadro clínico varían en dependencia de la parte de la vía aérea que esté alterada, de la salud y el biotipo del paciente, además del tiempo en que esté actuando este hábito, es por ello que la prevención se considera la piedra angular de la atención médica por la cual la estomatología debe ir dirigida muy especialmente a la población infantil, desarrollando con ello además del trabajo clínico y educativo, con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud.

Tabla 2. Nivel de conocimientos de los escolares sobre los tipos de hábitos bucales deformantes

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	4	14,81	24	8,89
Inadecuados	23	85,19	3	11,11
Total	27	100	27	100

Al analizar el nivel de conocimiento sobre tipos de hábitos bucales deformantes (tabla 2), se observó un desconocimiento de los escolares sobre el tema (85.19 %), Luego de la intervención, el 88,89 % pasaron a tener un nivel de información adecuado. Utria González, reportó que antes de aplicar la intervención educativa, tenían un nivel de información inadecuado y moderadamente adecuado 75 escolares (83,2 %). Luego de la intervención, el 85,5 % pasaron a tener un nivel de información adecuado y el 5,5 % se mantuvo inadecuado.⁴⁵

Galeano Berna y colaboradores, reportaron que se evidenció un desconocimiento en el 88,10% de los escolares antes de la intervención, lo cual se logró modificar una vez implementada, el 95,24% logró adecuados conocimientos.⁴⁶

Vinardell Almira y colaboradores, realizaron una intervención educativa en un grupo de escolares con hábito de succión digital con la finalidad de incrementar los conocimientos y modificar comportamientos con la generalización del instructivo educativo, de 20 niños participantes, 10 (50 %) antes de realizada la intervención, tuvieron conocimiento inadecuado; una vez realizada la intervención se logra que el 90 % pasara a tener conocimiento adecuado.⁴⁷

Ruiz y colaboradores, exponen en cuanto al nivel de conocimientos obtenidos antes de la intervención educativa era deficiente, después de la aplicación de la intervención educativa mejoró considerablemente, demuestran que la correcta implementación de la intervención en las escuelas son más eficaces y menos costosas, ya que el niño es un individuo en período de formación física, mental y

social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual lo hace el más receptivo de los educandos.⁴⁸ Luego de la utilización de diferentes técnicas afectivas participativas, el mayor por ciento de la muestra, después de aplicado un programa educativo, se adquirió conocimiento adecuado sobre la respiración bucal. En este tipo de estudio se pone de manifiesto la importancia de la comunicación como actividad humana fundamental que permite la cohesión de cualquier grupo social y de la sociedad y su conjunto, hablar con orden, claridad, entusiasmo y persuasión no es un lujo sino una necesidad.

Tabla 3. Nivel de conocimientos de los escolares sobre consecuencias de los hábitos bucales deformantes

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	2	7,41	27	100,00
Inadecuados	25	92,59	0	0,00
Total	27	100	27	100

Al analizar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes (tabla 3), se observó un desconocimiento de los escolares sobre el tema (92.59%). Luego de la intervención, el 100 % pasaron a tener un nivel de información adecuado.

Mora Pérez y colaboradores exponen similares resultados el 28 % escolares presentaban conocimientos inadecuados sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes, después de la intervención 39 pasaron a la clasificación de adecuados (77,3%); observándose cambios estadísticamente significativos.⁴²

Galeano-Berna y colaboradores, en un programa educacional de hábitos bucales para escolares concluyó que el 94,3% de los niños poseían un bajo nivel de conocimientos antes de recibir la labor educativa y luego éste resultó bueno en 89,9%. Los resultados que se obtuvieron en el estudio son atribuibles a la atención e

interés que mostraron los escolares ya que se aplicó un proceso que garantizó la comunicación, motivación y el cambio positivo en el nivel de conocimiento.⁴⁶

Vinardell Almira y colaboradores, reportaron sobre hábitos y sus efectos, asume una posición relevante puesto que estos se presentan entre el 56% y el 75% de la población y causan infinidad de anomalías en los músculos maxilares y dientes, siendo el problema principal la falta de conocimiento sobre los hábitos bucales deformantes y su repercusión, el expone que a través de las estrategias educativas se pretende contribuir a inculcar en la población la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal, a la educación de los padres como elemento fundamental y todo aquel que en su contacto directo con el niño impulse este trabajo. Con técnicas de promoción y educación para la salud, promoviendo participación comunitaria e intersectorial.⁴⁷

Ruiz y colaboradores exponen que el sistema escolar constituye un escenario donde, por excelencia, La Educación para la Salud juega un importante papel. En este campo, los países avanzan en la implantación de convenios y pactos sociales entre el sector educativo y el de la salud. La motivación de realizar los programas de Educación para la Salud parte del reconocimiento de que los niños son los actores sociales del mañana, y de que el sistema escolar es una instancia donde todos los niños tienen acceso a la información y al conocimiento que necesitan para construir hábitos de vida saludables.⁴⁸

Los hábitos bucales deformantes pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático y producir un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, provocando una deformación ósea. Los programas educativos encaminados a incrementar conocimientos sobre salud bucal permiten prevenir y fomentar hábitos bucales adecuados, posibilitan controlar o limitar la aparición de ADMF, que tantas alteraciones psíquicas, funcionales y estéticas trae consigo.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de los escolares sobre medidas de prevención.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	4	14,81	27	100,00
Inadecuados	23	85,19	0	0,00
Total	27	100	27	100

La tabla 4, muestra el nivel de conocimientos de los escolares sobre medidas de prevención, se evidenció un desconocimiento de los escolares sobre el tema (85,19 %). Luego de la intervención, el 100 % pasaron a tener un nivel de información adecuado. Parra-Iraola y colaboradores, reportaron que los 51 niños (92,73%) tenían conocimiento inadecuado. Una vez realizada la intervención se logró que 50 escolares (90.91%) adquirieran conocimiento adecuado, 5 escolares (9,09%) obtuvieron la calificación de inadecuados.⁴⁹ Resultados que concuerdan con el estudio de Gálvez Moya y colaboradores, elevaron el nivel de conocimientos en los niños de sus intervenciones hasta 87.9%, 84,1% y 92% respectivamente.⁵⁰

Hidalgo Sánchez y colaboradores refieren que nivel de conocimiento de los niños estudiados es satisfactoria, ya que de un 18.6% que conocían, se aumentó a un 72,1%. Dando como resultado la correcta implementación de la intervención educativa, lograron igualdad en sus variables ya que el 80% de los escolares encuestados obtuvieron conocimientos adecuados y lograron la eliminación del hábito. El cambio de uno de los componentes básicos de la actitud no implica necesariamente modificación en los otros, de tal manera que la estructuración, o reestructuración, cognitiva se produce más rápidamente que en los otros elementos dados la implicación que los mismos tienen en la subjetividad del individuo.⁵¹

Gil Lemus, demuestra que la experiencia y la investigación han demostrado que los estudiantes captan favorablemente lo suficiente en el proceso de aprendizaje teniendo la oportunidad de reflexionar al respecto, discutiendo con otros y encontrando aplicaciones prácticas para sus conocimientos.⁵²

Vinardell Almira y colaboradores, refieren que las actividades educativas encaminadas a elevar el nivel de conocimiento y por ende favorecer la eliminación de los hábitos bucales deformantes, influye directamente en las maloclusiones a las cuales se le dio origen, por ello se permitió que de 72 estudiantes con micrognatismo transversal, al concluir la actividad comunitaria, 3,44 % de los estudiantes no tenían la anomalía de volumen de los maxilares como reflejó la tabla 3; favorecido porque al abandonar los hábitos bucales deformantes los maxilares en crecimiento continuaron con el normal desarrollo, alcanzando valores de medición normal en sentido transversal, ello se traduce en que cuatro estudiantes no necesitarán la instalación de aparatología ortodóncica para su tratamiento, repercutiendo directamente en el ahorro de recursos.⁴⁷

Este tipo de estudio se pone de manifiesto la importancia de la comunicación como actividad humana fundamental que permite la cohesión de cualquier grupo social y de la sociedad y su conjunto, hablar con orden, claridad, entusiasmo y persuasión no es un lujo sino una necesidad. Estos resultados demuestran que las correctas implementaciones de la intervención en las escolares son más eficaces y menos costosas, ya que el niño es un individuo en período de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual lo hace el más receptivo de los educandos.

CONCLUSIONES

- Se evidenció un predominio del grupo de edad de 7 a 8 años, del sexo femenino y del hábito de respiración bucal.
- Se identifica un inadecuado nivel de conocimiento antes de la intervención educativa
- Una vez implementada la intervención educativa se elevó el nivel de conocimiento de los escolares sobre las temáticas abordadas.

RECOMENDACIONES

Diagnosticar y tratar precozmente la presencia de los hábitos bucales deformantes para prevenir y tratar las alteraciones de la oclusión dentaria desde edades tempranas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco-Morffi PM, Hernández-Millán AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. Oral. [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 12]; 20(62):1698-1704. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88605>
2. Vela Tuesta B, Reátegui Moura L I. Tiempo de lactancia materna y los hábitos bucales deformantes en escolares de la I.E.P "Horacio Zevallos Gámez" Iquitos - 2017. Perú: Universidad de Perú; 2018. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_4f0b4d57dbe787b8eb6656341caa2a76
3. Regalado HM, Reyes SVO, Pérez AK. Imaginería guiada para la erradicación de la succión digital en niños de 8 a 11 años. Revista de Ciencias Médicas de la Habana. [Internet] 2019 [Citado 22 abr 2021];26(3):264-275. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/>
4. Rodríguez Massón JA. Intervención en hábito bucal deformante onicofagia mediante aplicación de aloe vera l. Caimito. 2020. [Tesis]. La Habana: Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"; 2020. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/viewFile/480/253>
5. Aguayo Gómez CV, Galdames Almonacid MP, Hidalgo Pérez MF. Prevalencia del desorden miofuncional orofacial en escolares de 5 a 7 años 11 meses asistentes a la escuela Oscar Castro Zúñiga, Liceo Técnico Jorge Sánchez Ugarte y Colegio de los Sagrados Corazones de las comunas de Concepción y Hualpén, año 2017 [Tesis]. Chile: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Desarrollo; 2017 [citado 15 Jun 2019]. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2094/Documento.pdf>
6. Contreras López GJ. El lip bumper como tratamiento interceptivo del hábito de interposición labial [Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017. [citado 08 abr 2021]. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21608/1/CONTRERASgeorlendy.pdf>

7. Manresa Malpica L, Silva Roque G, Zabala Echemendia I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños entre 6 y 11 años Revista Progaleno [Internet]. 2019 [Citado 22 abr 2021]; 2(3). Disponible en: <http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/128>
8. Mesa Rodríguez NY, Medrano Montero J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. ccm [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Ene 12]; 21(2): 458-467. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011&lng=es
9. Sosa Sánchez N, Reyes Suárez OV, Pérez Navarro N, Mato González A. Diámetro transversal del maxilar y hábitos bucales perjudiciales en lactancia materna. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Ene 12]; 21(2): 107-115. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200015&lng=es
10. Sánchez Molins M, Silva Machado López S, Hábitos. En: Ustrell Torrent JU. Manual de Ortodoncia. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2012.p. 205-15.
11. Buitrago López AM, Gómez Mancilla JR, Salazar Sandoval S, Morón Cotes L, Perilla Reyes JC, Barrera Chaparro JP. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. RevColombinvestigodontol [Internet]. 2017 [citado 10 Jun 2021];4(10): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/236>
12. Ronda Enríquez M. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 12 años. Escuela Atanagildo Cajigal Torres, 2016-2017. [Tesis]. Holguín: Universidad Médica de Holguín; 2018. Disponible en: tesis.hlg.sld.cu
13. Rodríguez Olivos LHG. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos

en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017 [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018. [citado 15 Jun 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7908/Rodriguez_ol.pdf

14. Lima IM, Soto CL. Hábitos bucales lesivos en estudiantes de 4 a 15 años, en Cuenca, Ecuador. Invest Medicoquir. [Internet]. 2020 [citado 10 Jun 2021]; 12(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98645>
15. Valdés Álvarez R, Montero del Castillo ME, Cabañas Lores C, González Noya G, Legón Padilla N. Manual de Odontopediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 31-33.
16. Sánchez Molins M, Silva Machado López S, Hábitos. En: UstrellTorrent JU. Manual de Ortodoncia. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2012.p. 205-15.
17. Otaño Lugo R. Fisiología dentomaxilar. En: Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.80-90.
18. Otaño Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Grau León I, Marín Manso GM, Masson Barceló RM. Hábitos bucales. En: Sosa Rosales MC Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p. 180.
19. Wichelhaus A. Movimiento dentario ortodóncico. En: Ortodoncia. Atlas a color y conceptos fundamentales de tratamiento. España: Editorial Médica Panamericana S.A; 2016.
20. Escola M. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales [Internet]. Repositorio Universidad Central del Ecuador [tesis de grado para odontólogo]. 2017 [citado 9 abril 2021]. p. [aprox. 90p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10114/1/T-UCE-0015-626.pdf>

21. Ayora J, Padilla I. Perfil epidemiológico asociado a hábitos deformante en niños de 6 a 10 años, año 2018. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018 [citado 1 nov 2021]. p. [aprox. 90 p.]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33707>
22. Matute Pinos RA, Alvarado Urgilez AB. Frecuencia de hábitos bucales deformantes en pacientes tratados en la Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el período 2011-2018. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2020 Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34846/1/TESIS%20FINAL...pdf>
23. Rodríguez García NM, Horta Muñoz DM, Vences Reyes N. Tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con auriculoterapia. ArchMédCamagüey. [Internet]. 2017 [Citado 22 abr. 2021]; 21(6):720-52. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/>
24. Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. RevMéd Electrón [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado 22 abr. 2021]; 36(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema02.htm>
25. Crespo CM, Carrasco-Aulestia JG, Ramírez-Velásquez MDC, Chicaiza-Sánchez HJ. Prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares. Salud. [Internet]. 2020 [citado 22 abr 2021];4(2):1-6. Disponible en: https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killcana_salud/article/view/330
26. Acosta-Andrade A, González-Pazmiño LJ, Cevallos-Delgado IV, Cobeña-Zambrano K, Zevallos-Espinel V M. Malformaciones dentales y su relación con la succión no nutritiva en niños: Artículo de revisión bibliográfica. Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR. [Internet].

- 2021 [citado 22 abr 2021];39-60. Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/23>
27. Aguilar E, Pérez M, Martín M, Romero A. Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Boletín médico del Hospital Infantil de México. [Internet]. 2021 [citado 22 abr 2021];75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000100015
28. Araújo A, Coelho P, Tavares M, Flávia A, Morais L. Relación entre mordida cruzada posterior unilateral y hábitos bucales deletéreos en preescolares de un municipio del sudoeste del Bahía. Revista De Odontopediatría Latinoamericana. [Internet]. 2019 [citado 22 abr 2021];9(1): 9. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/165/49>
29. Arias G, Ayca I, Martínez N, Condori W. Prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos y su relación con las maloclusiones dentarias en niños de 3 a 5 años de la I.E. Inicial Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico Tacna-2016. Revista Odontológica Basadrina. [Internet]. 2019 [citado 22 abr 2021]; 3(1): 20-24. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/26644649.2019.3.1.821>
30. Chung I, Muñoz L, Veloso A, Cuadros C, Guinot F. Relación entre la mordida abierta anterior y el hábito de succión digital: revisión sistemática. Odonto Pediatr. [Internet]. 2018 [citado 22 abr 2021]; 26 (2), 144-154. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/07/05_REV_327_Chung.pdf
31. Gálvez M, Ramos I, Jiménez L. Acciones educativas sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. Medicentro Electrónica. [Internet]. 2018 [citado 22 abr 2021];23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3043201800030001
32. Hechavarría B, Núñez L, Pérez Y, Pons B, Núñez N. Caracterización en niños de 4 a 6 años con interferencias dentarias de círculos infantiles. [Internet]. 2020 [citado 22 abr 2021]. Disponible en:

<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1839/2003>

33. Herrero Y, Arias Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Multimedia. [Internet]. 2019 [citado 22 abr 2021]; 23. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300580
34. Martínez M, George Y, Llópiz Y, Pérez B, Bosch L. Características de la oclusión dentaria en niños de 4 y 5 años. MEDISAN. [Internet]. 2017 [citado 22 abr 2021]; 21(11): 3221-3226. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192017001100011&script=sci_arttext&lng=pt
35. Mena D, Sánchez J. Uso del chupete y efectos sobre la salud: una revisión de la literatura. Ediciones ROL. Universitat Jaume I; 2019. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/182305/63956.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Méndez Y, Peña Y, Lagoa J, Batista T, Carracedo Z. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. Correo Científico Médico [Internet]. 2017 [citado 22 abr 2021]; 21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300006
37. Mendoza P, Méndez J, Florentín D, Martínez G, Aguilar G, Ríos C. Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusión y anomalías dentomaxilares en preescolares de Cnel. Oviedo, Paraguay. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. [Internet]. 2019 [citado 22 abr 2021]; 17(3): 49-54. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/>
38. Núñez M, González O, Martínez Y., Madam, M. Determinar los hábitos bucales deformantes en estudiantes de la Escuela Primaria “Raúl Gómez”, municipio Güines. Revista de Ciencias Médicas La Habana. . [Internet]. 2015 [citado 22 abr 2021]; 21. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/>

39. Reyes Cañizares JA, Araujo Pila EJ. Nivel de información que presentan las tecnólogas de desarrollo infantil sobre hábitos bucales deformantes de “centros infantiles del Buen Vivir” (CIBV) zona Quitumbe, Quito 2017. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Ecuador; 2018 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15150>
40. Castilla Jodan AK. Hábitos bucales deformantes en niños de tres escuelas del barrio motupe de la ciudad de Loja. Período marzo- julio 2016”. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2016. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/>
41. Ramos R, Acosta I, Giralt M, Díaz J. Programa Educativo en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital. Acta Odontol Colomb. [Internet].2021 [Citada 20 ene 2021]; (1):21–31. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/58844>
42. Mora Pérez I, Alvarez-Mora A Blanco-Hernández Y, Espino-Sosa A Morera-Pérez A. Efectividad de la Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes Clotilde de la C. Rev Nacional de Odontología. [Internet].2017 [Citada 20 ene 2021]; 13(5). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1884>
43. Chibás Guyat D, Vázquez Chibás A, Vázquez Chibás D, León Aragoneses Z, Navarro Arias I. Intervención comunitaria sobre hábitos bucales deformantes asociados con el micrognatismo transversal en escolares de 3er grado. Primer Congreso Virtual de Ciencias Médicas Bayamo.[Internet]. 2020 [Citado 22 abr 2021]. Disponible en: <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/download/307/182>
44. Córdova Veja C M, Chapman Sánchez M, Toledo Aguilera B, Ortega Pérez L, Ruiz Campaña E, Verdecia Gózales R. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 8-11 años de la escuela Ricardo Sartorio. SOCECS [Internet]. 2015 [citado 2021 abr 19]. Disponible en: <http://socecsholquin2015.sld.cu/index.php/socecsholquin/2015/paper>

45. Utria González E. Propuesta interventiva del hábito de succión digital en niños 5-6 años güira de melena 2016. [Tesis]. Artemisa: Facultad Ciencias Médicas Artemisa; 2016.
46. Galeano-Berna G, Mocha-Rigchag SP, Osorio-López SM, López-Herrera DE, Tobón-Arango FE, Agudelo-Suárez AA. Oclusión y hábitos bucales en niños de 5 a 12 años de una institución educativa de Medellín, 2012. RevNacOdontol. [Internet]. 2013 [citado 2021 Abr 23]; 9(17): 17-25. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305286755_Oclusion_y_habitos_bucales_en_ninos_de_5_a_12_anos_de_una_institucion_educativa_de_Medellin_2012
47. VinardellAlmira LM, Pérez García LA, Leal Rodríguez MI, Serrano EP, Serrano González E. Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de preescolar. Edumed Holguín. [Internet]. 2019 [Citado 23 abr 2021]. Disponible en: <http://edumedholguin2019.sld.cu/index.php/2019/2019/paper/viewFile/43/28>
48. Ruiz F N, Díaz M JE, Rodríguez C EM, Álvarez I E, Vargas M Y, Soberats Z M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. CCM[Internet]. 2014Dic [citado 2021 Abr 12]; 18 (4): 649-663. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es
49. Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 Abr 23]; 12(2): 188-193. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000200188&lng=es
50. Gálvez Moya M, Ramos Hurtado I, Jiménez Mesa LM. Acciones educativas sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. Medicentro Electrónica [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 Abr 23]; 22(3): 277-280.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000300012&lng=es

51. Hidalgo Sánchez BC, Morales Corella V, Toledo Aguilera BA, Ruiz Campaña EE, Ginesta Tamayo T, Velázquez Leyva TL. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años Gibara.2020. EdumedHolguin2020. [Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 23]. Disponible en: <http://edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/viewPaper/310>
52. Gil Lemus JK, Moreno Escarpeta LK, Vargas Montenegro K. hábitos orales y maloclusión en un grupo de niños de 7 a 12 años del colegio Alberto Lleras Camargo –Villavicencio 2018. [Tesis]. Colombia: Universidad Cooperativa De Colombia; 2019. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8504/1/2019_habitos_58_orales_maloclusion.pdf

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento Informado padres y niños

Holguín, __ de _____ del _____.

“Año 64 de la Revolución”

Por este medio le solicito aprobación para que su hijo(a) forme parte de una intervención educativa: Dibujando sonrisas, sobre hábitos bucales deformantes con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre este tema.

Los resultados que se obtengan no tienen fines diagnóstico sino investigativos, por lo cual no se darán a conocer personalmente ni serán revelados a otros miembros de mi familia u otras personas. Se solicita autorizo para utilizar en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar su identidad. Si de la investigación se derivaran bienes materiales, se informa que no será beneficiado con los mismos. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

Cooperaré con la localización a través de, mi de otros miembros de mi familia en caso de que esto resultase necesarios me ha explicado que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, si así lo estimo pertinente, sin que deba dar explicaciones de mi decisión, lo cual no afectará mis relaciones con el personal de salud a cargo de la misma.

Sin más,

Padre

Estudiante

Anexo II. Encuesta dirigida a los niños.

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

1. a) ¿Conoces que son los hábitos que deforman tus dientes?

Si -----

No -----

b) Marca con una (x) las respuestas que consideras correctas.

- a) _____ Chupar dedo.
- b) _____ Chupar teto.
- c) _____ Mantener una higiene bucal adecuada.
- d) _____ Colocar la lengua entre los dientes cuando tragas.
- e) _____ Respirar por la nariz.
- f) _____ Respirar por la boca.
- g) _____ Mantener una dieta cariogénica.
- h) _____ Comerse las uñas.
- i) _____ Tomar leche en biberón.
- j) _____ Colocar el lápiz detrás de la lengua.

2. ¿Conoces las consecuencias que puede producir los hábitos bucales deformantes? Marca con una (x) las respuestas que consideras correctas.

- a) _____ Echar para adelante los dientes.
- b) _____ Poner los dientes de color amarillo.
- c) _____ No cerrar la boca.
- d) _____ Dolor de encía.
- e) _____ Movilidad de los dientes.
- f) _____ Caries.

- g) _____ Enfermedades en la boca.
- h) _____ Pérdida temprana de los dientes.
- i) _____ Trastornos de la mandíbula.
- j) _____ Pérdida del apetito.

3 ¿Conoce cuáles son las medidas para prevenir las complicaciones de los hábitos bucales deformantes? Seleccione marcando con una (X) la o las respuesta correcta.

- a) ____ Llevarlo al estomatólogo.
- b) ____ Llevarlo al alergista.
- c) ____ Llevarlo al otorrino.
- d) ____ Esperar a que desaparezca el Síndrome por sí solo.
- e) ____ Ejercicios de relajación.

Anexo III. Clave de calificación.

Clave de calificación		
Preguntas	Respuesta correcta	Puntuación
1	a) Si b) a, b, d, e, f, h, i, j	35 puntos completo. a) 5 puntos. b) 3ptos cada inciso,
2	a, c ,d, e, f, g, h, i	35 puntos cada inciso equivale a 35 puntos.
3	a, b, c ,e	30 puntos. Cada inciso equivale 6 puntos.

Anexo IV. Programa educativo diseñado para la intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes “Dibujando sonrisas”.

Total de horas.5 horas.

Objetivo general: Capacitar a los escolares entre 7 y 12 años sobre hábitos bucales deformantes.

Encuentro No. 1: ¡Amiguito, vamos a presentarnos!

Tema 1: Introducción al programa.

Objetivos:

- Crear un ambiente favorable que permita la interrelación con los escolares.
- Motivar a los participantes relacionándolos con los hábitos bucales.

Métodos y procedimientos:

- Dar la bienvenida al grupo.
- Se realizará la técnica de presentación “El amigo secreto”.

Donde cada escolar en un papel pequeño pondrá su nombre y apellidos con el objetivo de conocer con exactitud a los presentes. Se recogerán en una caja. Se les explica que la caja es representativa y que viajará por invitación nuestra a todas las actividades que desarrollaremos durante el curso escolar. Luego de removerlos papelitos en la caja se pide que cada uno tome uno y vayan pronunciando el nombre del amigo seleccionado. El que se presenta, responderá a los demás:

- a) ¿Cómo soy?
- b) ¿Cómo me gustaría tener mis dientes?

Se escribirán en la pizarra con tiza las preguntas para no ser olvidadas y para que las respuestas puedan ser pensadas.

Evaluación:

- ¿Se sintieron bien en este encuentro?

- Se orientará a los escolares que comenten con otros grados y con los padres sobre la actividad.

Materiales a utilizar: Hojas blancas, Tempera, Tela, Plumones, Tarjetas con dibujos de animales, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable: autora.

Encuentro 2. “Encontremos juntos una sonrisa”

Tema: Hábitos deformantes bucales.

Objetivos:

- Brindar información acerca de los hábitos deformantes bucales.
- Precisar qué es un hábito.
- Identificar los tipos de hábitos deformantes bucales.
- Mostrar a través de adivinanzas, canciones, cuento, fotografías y láminas, los diferentes tipos de hábitos deformantes bucales.

Contenidos:

- Hábitos deformantes bucales. Concepto. Tipos.

Métodos y procedimientos:

- Motivaremos la participación de los escolares a través de preguntas, por ejemplo:
- Le gustaron las adivinanzas.
- ¿Por qué se considera importante que los dientes estén bien alineados?
- Escucharemos criterios y se escriben en una cartulina; al final se dará una valoración sobre la importancia de una correcta alineación y el adecuado contacto de sus dientes, su relación con la estética, la masticación y la pronunciación.

- Se les muestra una lámina con los dientes correctamente alineados y otra con dientes en posición incorrecta. Los niños deben describir lo que observan y exponer las diferencias. Entre todos lograr definir un concepto.
- ¿Cuál creen que sea la principal causa para que se produzcan estas mal posiciones?
- Se escriben las respuestas en el reverso de la cartulina utilizada anteriormente.

ADIVINANZAS

1. Cuando sonrías asoman ,
Blancos como el azahar,
Unas cositas que cortan y
Pueden masticar.

R/ Los dientes.

2. Materiales a utilizar: Hojas blancas, Tempera, Tela, Plumones, Tarjetas con dibujos de animales, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable: autora.

Encuentro. 3“Sonrisas sanas, caritas felices.”

.

Tema: Consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Objetivos

- Informar nuevamente sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.
- Lograr que interioricen a través los debates de los aspectos

Contenido:

- Explicar a los escolares cuales son las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Técnicas y Procedimientos:

- Promover un intercambio sobre las consecuencias fundamentales tratados.

Materiales a utilizar: Hojas blancas, Tempera, Tela, Plumones, Tarjetas con dibujos de animales, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable: autora.

Encuentro 4. “La conquista de la boca sana.”

Tema: Medidas de prevención.

Objetivos

- Mostrar a los escolares sobre las medidas para prevenir las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Contenido

- Necesidad de la eliminación de los hábitos que deforman el complejo bucal y su relación con las consecuencias.
- Abordar los aspectos preventivos para las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Se efectuará una conferencia donde se abordarán elementos concretos de las medidas para prevenir las complicaciones que trae consigo los hábitos bucales deformantes, tanto a corto como a largo plazo, se les brinda los elementos suficientes para incorporarlos en su quehacer diario, que hacen mal y que hacen bien, y se les enseña cómo realizar ejercicios de relajación, ejercicios para la respiración, entre otros, se les recomienda asistir a las consultas con el Estomatólogo u Otorrino. Se sugiere que algunos pacientes expongan al inicio de la actividad ejemplos de algunas vivencias sobre las consecuencias del respirar por la boca.

Técnicas y Procedimientos:

Promover un intercambio de ideas sobre las medidas para prevenir las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Materiales a utilizar: Hojas blancas, Tempera, Tela, Plumones, Tarjetas con dibujos de animales, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable: autora.

Encuentro 5: “Una buena lección para sonreír feliz”

Tema: Integración de los temas tratados.

Objetivos

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

Contenido

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

Técnicas y Procedimientos:

- Se invitará a los padres y maestros a participar en los debates de los aspectos esenciales de cada tema.
- Promover un intercambio de ideas sobre cada aspecto fundamental tratado en los encuentros anteriores.

Evaluación:

- Se realizará a través de las entrevistas a los niños y padres y/o educadores con la ayuda de las Técnicas de Atención Estomatológica.

- Una vez terminada esta fase del programa, se determinará la efectividad del mismo; los padres y/o educadores reforzarán con sistematicidad los conocimientos adquiridos en el desarrollo del mismo. El Estomatólogo efectuará una visita de control mensual.

Materiales a utilizar: Hojas blancas, Tempera, Tela, Plumones, Tarjetas con dibujos de animales, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable .AUTORA

53.

54.

55.

56.

57.

