

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOLGUÍN

POLICLÍNICO DOCENTE JUAN MANUEL PÁEZ INCHAUSTI

DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES
EN ESCOLARES DE PRIMARIA**

Autora : Dra. Beatriz M. Cobas Arias.

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

Tutora: Dra. Liena Maria Castillo Pérez

Doctora en Estomatología. Especialista en 1^{er} grado de Estomatología General Integral. Profesor instructor.

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER
GRADO EN ESTOMATOLOGIA GENERAL INTEGRAL.**

Moa – 2022

Dedicatoria:

A las personas que más quiero en la vida, **mis padres** por su esfuerzo continuo y apoyo incondicional en cada camino que recorro y porque sin su apoyo no hubiese podido culminar todas las metas que me he propuesto. A mis abuelos por el amor que siempre me han dado.

Agradecimientos:

A mis padres por confiar siempre en mi y estar a mi lado cada vez que los he necesitado.

A una persona que significa mucho para mi, por haberme apoyado, y por su constante preocupación.

A mi familia que siempre está a mi lado, tanto en tiempos buenos como difíciles.

A mi tutora Liena Maria por su dedicación y su paciencia.

A los profesores del departamento de Estomatología.

A mis amigos gracias por su grandiosa ayuda.

A mis compañeros de aula.

A aquel que un día me dio una hoja y me prestó su lápiz, al que en algún momento amargo me hizo sonreír, al que me escuchó, a los que confiaron en mi y sacrificaron deliciosas horas de sueño, en fin, a todos los que de una forma u otra me ayudaron.

INDICE

Resumen	
Introducción	1
Objetivos	5
Marco teórico	6
Análisis y discusión de los resultados	25
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

Resumen:

Los hábitos bucales deformantes son considerados como problema de salud frecuente en la población infantil. Su origen multicausal, así como su aparición en edades tempranas condicionan la necesidad de realizar programas preventivos para disminuir su incidencia. Se realizó un estudio de tipo intervención educativa, cuasi- experimental que plantea el siguiente problema científico: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria de la escuela Revolución Socialista de octubre en el municipio de Moa? Donde el objetivo general es elevar el nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en escolares de dicha escuela del municipio Moa, desde octubre 2020 a mayo 2022. El universo estuvo constituido por los estudiantes de dicha escuela de los cuales se seleccionó una muestra de 176 estudiantes, seleccionados aleatoriamente donde la recopilación de la información estuvo condicionada en dos fases: la fase orientadora, donde se les impartió las diferentes temáticas de conceptualización y particularidades del tema y la fase retroalimentación, se pudo constatar el nivel de comprensión interpretación y puesta en marcha de las temáticas impartidas. Se realizaron varias encuestas a estos pacientes. Se pudo identificar el crecimiento del intelecto y desarrollo referente a los conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en los escolares de primaria para prevenir dichos hábitos y mejorar el estado de salud bucal en los escolares.

Palabras claves: HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES, PROBLEMAS DE SALUD, INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

Introducción

Numerosas son las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran elementos totalmente externos sobre los cuales se puede actuar; dentro de estas causas, se pueden mencionar los hábitos orales deformantes.¹ La literatura científica define un hábito como una costumbre o práctica que se adquiere mediante la repetición frecuente de un mismo acto que llega a generar satisfacción. En un principio un hábito puede ser consciente y luego convertirse en inconsciente.²

Estos hábitos son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales.¹ Las maloclusiones o deformaciones dento-esquelética ocupan el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal; pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático, conllevando a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito.³

Ya en 1915 Ceroy introdujo las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes. Los hábitos bucales deformantes se consideran como uno de los factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. 15 Estos son el exponente del resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional; ^{4,5} tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. ⁶ De igual manera, pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.

Alemán, González, Díaz, Delgado, en su estudio de hábitos bucales deformantes en niños concluyeron que de no ser tratados adecuadamente y a tiempo los hábitos orales pueden producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia de ello, anomalías morfológicas y funcionales. En su estudio prevaleció el hábito de succión de tipo biberón en un 49% y digital en 25.5%, seguido de la respiración

bucal y la interposición lingual en deglución y se encontró una estrecha relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia del escalón distal desfavorable al nivel de los segundos molares temporales, sobre todo en los hábitos de interposición lingual en deglución y en reposo. ⁷

En el estudio de Agurto, Díaz, Cádiz y Bobenrieth en 1999 Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños, el 66% presentó malos hábitos. El hábito de mayor frecuencia fue la succión, con 62% de casos. En otras investigaciones los porcentajes de succión son menores que el presente estudio, ya que en este estudio se incluyó la succión de objetos como pañal y de labio, que en otros estudios no se incluyeron. De los casos por succión, la succión de dedo, de los 267 niños que lo hacía (23% de los casos de succión), el 30% lo hacían durante todo el día, 20% solo cuando estaban aburridos y el 50% para quedarse dormidos, hallazgos que coinciden con los de Ozturk y col. La respiración bucal fue el 23% porcentaje menor al encontrado por Kurth y cols (31,6%), las diferencias las atribuían a que en este estudio 36 fueron evaluados por un pediatra lo cual en esto se puede diferenciar. La interposición lingual correspondió al 15%, del número total de casos (283), la interposición en reposo y deglución se observó en porcentajes similares (42,7 y 45,9% respectivamente). En este estudio se corroboraron que los niños que presentan malos hábitos presentarían mayor posibilidad de desarrollar una maloclusión, resultados que coinciden con los de otros estudios. ^{5,6}

Morgad Serafin realizó un estudio entre 2004 y 2005 de Lactancia Materna, Hábitos Bucles Deformantes y Maloclusiones en niños. Determinó que la relación entre el tiempo de lactancia materna, hábitos bucales deformantes y aparición de maloclusiones. 196 niños recibían lactancia materna de 0-4 meses, 4-6 meses y más de 6 meses. Los niños que lactaron más de 4-6 meses tuvieron menos hábitos y los de 0-4 meses con mayores hábitos. Del 64.8% de los niños con hábitos 62% presentaba maloclusión. Concluyó que esta maloclusión se daba en niños con hábitos de succión digital y empuje lingual y que en medida que aumenta el tiempo de lactancia disminuyen los hábitos y viceversa. ⁸

En el estudio de Cepero, Hidalgo-Gato, Duque de Estrada, Pérez de

Intervención

Educativa en escolares con hábitos deformantes obtuvieron de 120 niños que 87 presentaba hábitos deformantes. El biberón fue el que predominó más con 65.6%, protracción lingual los de menor edad con 60.8% y los de mayor edad con 51.2 %. Concluyeron que 72.5% presentaba hábitos y 27.5 % no lo presentaba después de la intervención 62.1 % no presentó el hábito y el 37.9 % lo mantuvo.⁹

En Cuba, según estudios realizados en esta década, la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. Según una encuesta nacional realizada en 1998, de un total de 1197 encuestados en las edades de 5, 12 y 15 años, el porcentaje de afectados fue de 29 %, 45 % y 35 % respectivamente, para un total de 36,3 %; el sexo más afectado fue el femenino (52,6 %), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas.^{10, 11}

María de los Santos Haces Yanes y colaboradores realizaron una intervención educativa en niños de 5 a 11 años con hábitos bucales deformantes donde se aplicó el programa Para sonreír feliz a 253 niños y se logró elevar el nivel de conocimiento de niños, padres y educadores de forma significativa donde se eliminaron factores de riesgo presentes en más del 50 % de la muestra.¹² Existen otras investigaciones que han reflejado resultados semejantes, pero que han sido aplicadas a otros grupos de edades, como adolescentes y adultos, lográndose cambios significativos en cuanto al nivel de conocimiento y la higiene bucal, reafirmando la efectividad de las intervenciones empleadas.¹³

Debido a que las maloclusiones constituyen un problema de salud en la población y por la estrecha relación que existe entre estas y la persistencia de hábitos bucales deformantes, se hace necesario que la ortodoncia actual tenga dentro de sus objetivos cambiar modos y estilos de vida mediante la educación sanitaria ofrecida a la población, creando actitudes y motivaciones. Con la realización de actividades educativas encaminadas a eliminar hábitos perniciosos se lograrán cambios de conducta que ayudarán a reducir las maloclusiones dentarias. Solo así podremos obtener en nuestros niños una sonrisa sana y perfecta para toda la vida.

Problema científico:

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria de la escuela Revolución Socialista de Octubre en el municipio Moa, desde octubre de 2020 a mayo de 2022?

Justificación:

Los hábitos bucales deformantes se han convertido en una problemática a nivel mundial por su aumento progresivo en los últimos años, es por ello que se hace necesario la realización de un estudio que ayudará a prevenir los mismos y a evitar sus complicaciones una vez instalado el hábito.

Hipótesis:

Si se aplicara una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria de la escuela Revolución Socialista se lograría elevar favorablemente el nivel de conocimiento sobre dichos hábitos.

OBJETIVO GENERAL

Elevar el nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria de la escuela Revolución Socialista de Octubre del municipio Moa, desde octubre 2020 a mayo 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población según variables sociodemográficas: edad, sexo
2. Determinar la prevalencia de los hábitos bucales deformantes de la población infantil en la escuela primaria Revolución Socialista de Octubre.
3. Determinar los pacientes que padecen hábitos bucales deformantes.
4. Aplicar y evaluar acciones educativas encaminadas a la prevención de los hábitos bucales deformantes.

Marco teórico:

Numerosas son las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran elementos totalmente externos sobre los cuales se puede actuar; dentro de estas causas, se pueden mencionar los hábitos orales deformantes.⁹

La literatura científica define un hábito como una costumbre o práctica que se adquiere mediante la repetición frecuente de un mismo acto que llega a generar satisfacción. En un principio un hábito puede ser consciente y luego convertirse en inconsciente.¹⁰

Diferentes estudios muestran como los hábitos orales tienen un origen multicausal que pueden estar asociados a factores primarios que se consideran reacciones automáticas que pueden manifestarse en determinados momentos alterando el comportamiento normal, como por ejemplo situaciones de estrés, frustración y otros, pero también secundarios cuando se relacionan con dificultades con el entorno: Intrafamiliares, escolares; Yassaei et al., en una investigación realizada con hijos de veteranos de guerra americanos plantea como la boca es un órgano primario para expresar emociones y situaciones de estrés y en un estudio comparativo encuentra que estos niños desarrollan hábitos más temprano que otros niños y encontró que la prevalencia de hábitos orales anormales era significativamente más alta en hijos de militares incorporados y en prisioneros de guerra.¹²

Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos:

- Beneficiosos o funcionales: son aquellos cuya práctica de una función normal realizada correctamente, estimula y beneficia el desarrollo. La masticación, la deglución y la respiración normales son ejemplos de ellos.
- Perjudiciales o deformantes: son los que resultan de una función normal o que se adquieren por prácticas repetitivas de un acto que no es funcional ni necesario; por ejemplo: la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, la queilofagia, la respiración oral y la masticación de objetos.

Estos hábitos son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales.

Las maloclusiones o deformaciones dento-esquelética ocupan el tercer lugar

en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal; pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático, conllevando a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito.

Todos los hábitos orofaciales son modos de actuar sistémicos en condiciones de práctica diaria, estos patrones aprendidos de contracción muscular son de naturaleza muy compleja.^{10,18}

Se dice que el individuo aprende a actuar de manera progresiva, además, con cada repetición, el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será reflejado a una acción inconsciente.

Se consideran correctos cuando, como consecuencia de su funcionalismo, admitido como normal, promueven un equilibrio orofacial y una mordida normal. Esto es porque sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares y de las estructuras craneofaciales. En el niño dan lugar a un crecimiento adecuado de las estructuras influenciadas por su acción.^{10,18}

Sin embargo, existen dos tipos de hábitos: fisiológicos y no fisiológicos.

- Hábitos fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo, dentro de estos se encuentra el mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal.

- Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal, entre otros.¹⁹

Es importante destacar que la deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

1. La edad en que este se inicia, esto quiere decir que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
2. El tiempo, ya sea minutos u horas, que dura el mal hábito.
3. La frecuencia de este, es decir el número de veces al día.

Cuando estos tres componentes, intensidad, fuerza y duración, aparecen con especial énfasis, se van a presentar cambios en la oclusión y, entonces, aparecen fuerzas musculares compensatorias que producen una maloclusión totalmente desarrollada.¹⁹

Los hábitos bucales perniciosos o deformantes pueden alterar la función y

equilibrio normal de los dientes y maxilares; como tales, se definen las reacciones automáticas que los niños manifiestan en momentos de estrés, por falta de atención de sus padres, imitación de hábitos, malos hábitos alimentarios adquiridos en el medio donde conviven, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Los hábitos perniciosos se relacionan con factores ambientales, que multiplican su acción deformante; entre los más frecuentes se identifican la respiración bucal, el empuje lingual y la succión digital. ¹⁸

Los hábitos bucales se clasifican según:

La forma:

- Hábitos beneficiosos o funcionales: son aquellos que al realizarse correctamente, estimulan el desarrollo normal, por ejemplo: la succión, la masticación, la respiración nasal y la deglución normal.
- Hábitos perjudiciales o nocivos: son los resultantes de la perversión de los anteriores, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

El momento:

- Hábitos clínicamente no significativos: se presentan en edades y momentos que por no producir alteraciones y no requerir tratamiento, no se traducen en problemas clínicos.
- Hábitos clínicamente significativos: se presentan en edades y en un grado de severidad tal, que reclaman de su atención y tratamiento, por cuanto generan anomalías bucales ocasionalmente severas. ¹⁹

La frecuencia e intensidad:

- Hábitos no compulsivos: son los que se presentan en el niño ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia.
- Hábitos compulsivos: es cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con el mismo, al extremo que acude a su práctica cuando se ve en alguna situación de amenaza o inseguridad. ¹⁹

SUCCIÓN DIGITAL

Este hábito se considera normal hasta los dos años, donde se completa la dentición y comienza la masticación. La succión del dedo, a partir de esta edad, es considerada un mal hábito que provoca un desequilibrio en el sistema muscular, pues permite que las fuerzas de las mejillas deformen el maxilar. Además, la lengua adquiere una posición más baja y no se encuentra adosada al paladar, provocando compresión y malposición dentaria.²²

Las consecuencias de la succión digital son: protrusión de los incisivos superiores con o sin diastema, retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior, estrechamiento de la arcada superior, mordida cruzada posterior y dimensión vertical aumentada.¹⁹

La relación entre la mordida abierta anterior y la succión digital se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Cuando se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes anteriores, la mandíbula debe descender para acomodarse a esa situación. Entonces, el dedo interpuesto, impide directamente la erupción de los incisivos, pero también, al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y, como resultado, la erupción de los dientes posteriores es mayor de la que se produciría en circunstancias mayores.²⁰

Por el contrario, parece razonablemente claro que el maxilar superior no se desarrolla a lo alto por una alteración en el equilibrio entre la presión de las mejillas y la de la lengua. Si se introduce el pulgar entre los dientes, la lengua debe descender, con lo que disminuye la presión que ejerce la misma sobre la cara lingual de los dientes posteriores superiores, al mismo tiempo que se incrementa la presión de las mejillas sobre esos dientes al contraerse el buccinador durante la succión.¹⁴

El aumento de la sobremordida horizontal hace que la deglución sea difícil; cuando la deglución ocurre, los labios generalmente contienen los dientes; en el hábito de succión, el labio inferior se acomoda en la superficie lingual de los incisivos superiores empujándolos más hacia afuera. Esta actividad anormal del labio inferior provoca que se aplane aún más el segmento mandibular.²⁰

Los efectos de la succión digital no sólo dependen de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, sino también del número de dedos implicados, de la

posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético.

La duración del hábito es importante y si éste se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. En cuanto a la intensidad se debe considerar que hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral.¹⁹

Tratamiento de la succión digital:

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)

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 la estructuras orales.²⁰

HÁBITO DE MORDER OBJETOS

El chupar habitualmente lápices, chupetes, plumas y otros objetos duros puede ser tan perjudicial para el crecimiento facial como la succión del pulgar o de otros dedos.¹⁰

En el caso de la interposición de objetos dependerá de su tamaño el tipo de mordida abierta que se producirá, ya sea en el sector anterior o posterior.²²

RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración bucal se ocasiona por una obstrucción nasal, que puede provocarse por una desviación del tabique nasal, adenoides, rinitis alérgica, asma y bronquitis, presencia de pólipos nasales, hipertrofia idiopática de los cornetes, inflamación de la mucosa por infecciones y falta de aseo nasal. En este hábito la lengua adopta una posición baja para que pueda circular el aire por la boca, esto produce una serie de cambios como son la apertura bucal permanente por hipotonicidad labial, un crecimiento transversal mandibular, freno del crecimiento transversal maxilar, elevación de la bóveda palatina dándole forma de paladar ojival y al haber estrechamiento de este provoca que disminuya el espacio para la erupción dental definitiva, dando lugar al

apiñamiento; también se pierde el contacto palatino, hay debilidad de la musculatura facial con aumento del tercio inferior de la cara, retrognatismo del maxilar inferior, labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico, músculo de la boca del mentón hipertónico, perfil convexo, enfermedades respiratorias, deformaciones óseas; y otros signos son la alteración de la curvatura cervical, tórax hendido, pie plano y extremidades inferiores con forma de x.^{6, 18, 19, 22}

Tratamiento de la respiración bucal

1. Requiere equipo interdisciplinario. Tratamiento quirúrgico para corregir obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos).
2. Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica y bronquitis.
3. Fonoaudiología: re-educación patrón respiratorio y problemas de habla si existen.
4. Remisión a ortodoncia e implementación de aparatología.
5. Terapia mio-funcional, fortalecimiento de musculatura orofacial y posicionamiento lingual.²²

INTERPOSICIÓN Y SUCCIÓN LABIAL

Se da cuando el niño interpone el labio, casi siempre el inferior, entre los incisivos inferiores y superiores, se puede dar en el momento de la deglución, o también en reposo. Los niños que succionan, a veces lo hacen como sustitución de la succión digital.²³

Como hay una posición anormal del labio inferior por palatino de los incisivos superiores se provoca una fuerza que lleva a estos dientes hacia adelante y a los inferiores hacia adentro, dando lugar a un excesivo resalte o una mordida abierta anterior, pues aumenta el overjet y, además se pueden producir diastemas; todo este cuadro se agrava con la inclinación lingual de los incisivos inferiores. Se puede observar que el labio inferior se presenta con una irritación roja y agrietada.^{22,24}

La base fisiopatológica de este hábito es el exceso de tensión a nivel del músculo orbicular inferior y del músculo del mentón.¹⁸

DEGLUCIÓN ATÍPICA CON INTERPOSICIÓN LINGUAL Y LABIAL

La deglución es el paso que sigue a la masticación y su objetivo es el paso del bolo alimenticio desde la boca al estómago; Se trata de un hábito oral fisiológico.¹⁸

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta de la lengua se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colaboran en el sello labial; a esto se le conoce como deglución infantil. Según algunos autores hasta los tres años de edad se acepta como normal que el niño mantenga separadas las arcadas en el momento de la deglución; pues después se dará lugar a la deglución adulta .^{19,25}

La deglución adulta normal es aquella que al momento de tragar los labios contactan sin esfuerzo, la lengua se apoya en el paladar, los dientes superiores e inferiores están apretados, es decir, en contacto intercuspídeo; la mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura, es decir, no se mueve, por el quinto par: no hay actividad contráctil al nivel de los músculos perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurriría 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. Sin embargo, en ocasiones se pueden observar problemas derivados de la persistencia de una deglución infantil en edades maduras, entonces se habla de una deglución atípica, anormal o deglución infantil conservada.^{19,25}

Deglución atípica con interposición lingual:

La interposición lingual o lengua protráctil, consiste en la acción de empuja o proyectar la lengua hacia adelante, entre los incisivos superiores e inferiores, en el momento de la deglución, por lo que los dientes no entran en contacto.²⁵

Puede ser de dos tipos: Deglución con empuje lingual simple y complejo.

Deglución con empuje lingual simple: Ésta se encuentra habitualmente asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser practicado, esto ocurre porque a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta y así mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.

Deglución con empuje lingual complejo: Muy probablemente están asociados

con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, faringitis. En estos casos la mandíbula cae reflejamente separando los dientes y haciendo mas lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición más confortable.¹⁰

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual como:

- La presencia de macroglosia: la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, tiene que adoptar una posición más adelantada.
- Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua.
- Problemas psicológicos: la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.
- Pérdida prematura de los dientes temporales
- Tratamiento ortodoncico, ya sea cuando este requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual, tal interposición puede ser temporal o permanente.²⁵

La presencia de este hábito puede ocasionar: a nivel maxilar una vestibuloversión de los incisivos superiores, prognatismo maxilar, disminución del diámetro transversal del maxilar, así como la formación de un diastema central. A nivel mandibular puede ocasionar lingualización de los incisivos inferiores. Y en cuanto a la relación entre las arcadas produce alteraciones en el plano sagital, pues si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división 1; pero si la lengua está en posiciónbaja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusión de clase III.²⁷

Se puede dar lugar a la aparición de una mordida abierta muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple. Sin embargo, se debe considerar que cuando los incisivos superiores han sido vestibularizados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior, de esta manera, un simple empuje lingual va necesariamente asociado con un hábito de succión digital; esto quiere decir que el simple empuje lingual no causa la mordida abierta, sino que se trata de una posición lingual anormal adaptativa durante la deglución.¹⁰

Deglución atípica con interposición labial:

En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.²⁸

Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón.²⁸

La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.¹⁹

Tratamiento de la deglución atípica

1. Ejercicios de terapia mio-funcional, para reeducación de la posición lingual.
2. Utilización de aparatología (rejilla lingual)²⁰

BRUXISMO

El bruxismo es un hábito oral que consiste en apretamiento o rechinar espasmódico rítmico e involuntario de los dientes, fundamentalmente durante el sueño nocturno, y especialmente los dientes posteriores. Las fuerzas tensionales que se producen al apretar ocasionan presión de los músculos, los tejidos y otras estructuras que rodean la mandíbula, esto produce trastornos en la articulación temporomandibular, dolores de cabeza, de oído, lesiones en los dientes y en el parodonto.^{26,27}

El bruxismo ocasiona sobre los dientes una pérdida de tejido, la cual es de 20 a 38 mm por año. Existe la pérdida patológica no cariosa de la estructura dental como la atrición, la cual es la pérdida de sustancia dentaria o de la restauración causada por la masticación o los contactos entre las superficies oclusales o proximales de los dientes y afecta principalmente las superficies incisales y oclusales de los dientes. En estos casos, el individuo no es consciente del

apretamiento o rechinar, pero al examen clínico puede revelar facetas de desgaste, lengua agrietada y escaras en la mucosa oral.

El bruxismo severo eleva el riesgo de fracturas dentales, de restauraciones y prótesis dentales.²⁶

En cuanto a la etiología del bruxismo se encuentran: maloclusión por contactos prematuros debido a malposiciones dentales o por restauraciones que interfieren en el buen engranaje dental al ocluir; esto se debe porque al no haber una oclusión satisfactoria, se genera un estímulo nervioso que induce a movimientos mandibulares continuos con el objetivo de pulir el contacto prematuro o la interferencia. Otra causa es por la morfología, ya que si un niño presenta una cavidad glenoidea plana, requerirá unas superficies oclusales planas, que las logra a través del bruxismo; en este caso el bruxismo tendría una característica fisiológica.²⁸

Sin embargo, en la actualidad la teoría psicológica va en ascenso; se considera que no es probable que las interferencias oclusales, o inadecuada alineación de los dientes, contribuyan a ocasionar bruxismo por sí solas sino cuando se combinan con tensión psíquica y siempre que exista un factor predisponente, la tensión emocional puede desencadenar el hábito.²⁶

Tratamiento del bruxismo

1. Fisioterapia puede requerirse para trabajar músculos relacionados con la articulación temporomandibular o incluso el dolor en cuello y columna

2. En Fonoaudiología: técnicas de relajación en musculatura mandibular y trabajo específico en los procesos de masticación.²²

ONICOFAGIA

Este hábito es poco usual antes de los tres a seis años de edad. Se ha señalado que el número de personas que se muerden las uñas incrementa hasta la adolescencia, aunque se dispone de poca información al respecto.

La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias y alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión y astillamiento. Cuando los niños se muerden constantemente las uñas, aparecen lesiones y desgastes en el relieve de los incisivos y en el esmalte. Este mal además de crear alteraciones dentarias también afecta la higiene de todo el aparato estomatognático.²⁹

Otras alteraciones que se pueden ocasionar son las heridas en dedos, lechos ungueales, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones como verrugas periungueales, padrastrós, infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral.²⁹

Cuando la onicofagia se asocia con morder y masticar la cutícula y la piel peringueal, la lámina ungueal suele mostrar alteraciones superficiales y melanoniquia secundaria a la activación de melanocitos.²⁷

La onicofagia se caracteriza por dos formas distintas: onicofagia leve, que, como hábito, puede ser un modo de acicalamiento en donde solo se controla la longitud del largo de las uñas y la onicofagia grave definida como mordida más allá del borde libre de la uña, por debajo del margen de los tejidos blandos, con un patrón de daño importante como dolor, sangrado e infecciones, donde sus consecuencias son poco estéticas y saludables; además, también se puede clasificar como una libre mutilación ya que se trata de un acto deliberado.²⁹

En casos extremos se ha llegado a observar personas que llegan a comerse las uñas causando irritación en el estómago trayendo consigo complicaciones de salud, lo más habitual es que pasen al tubo digestivo y se mezclen con las heces al final del trayecto o en su defecto, provoquen la proliferación de lombrices en el organismo, debido a las bacterias acumuladas en el resto ungueal de la uña.

Algunos consideran que dicho hábito es manifestación de aumento en la tensión emocional; también tiene un origen ansioso, y muchos niños nerviosos y tensos presentan frecuentemente este hábito, añadiéndole el desajuste social y psicológico.^{10,23,29,30}

Tratamiento de la onicofagia

- 1.Odontológico.
- 2.Aparatológico.
- 3.Tratamiento psicológico
- 4.Tratamiento dermatológico

Se recomienda uso de placa neuromio relajante, la cual es indicada por el odontólogo. Ésta variará dependiendo de la intensidad del hábito.²³

Metodología

La clasificación de proyecto: Intervención

Aspectos generales del estudio: Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativo para elevar el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria de la escuela Revolución Socialista de Octubre en el municipio Moa, desde octubre de 2020 a mayo de 2022.

Definición del universo de estudio: El universo de estudio estuvo constituido por los escolares de la escuela primaria Revolución Socialista De Octubre del municipio Moa y la muestra fue de 176 escolares que cumplen los criterios de inclusión y exclusión , para lo cual el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple siendo representativa en un 100% del universo de estudio, seleccionada de manera intencional, previo consentimiento informado (Anexo 1) que quedó conformada según los siguientes criterios. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión.

Criterio de inclusión:

- Escolares de primaria de primero a sexto grado.
- Previo consentimiento informado tanto del niño como de sus padres o tutores.

Criterio de exclusión: Estudiantes que se encontraron de certificado médico o fuera de la institución en el transcurso de alguna etapa del estudio, que no participó en más del 50% del programa.

Criterio de salida: Abandono del programa.

Técnicas y procedimientos:

La información se recolectó mediante una entrevista estructurada confeccionada por los autores a tales efectos y validada por consulta a expertos, aplicada al inicio y al final de la intervención.

Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativa y tablas de contingencia.

Para llevar a cabo la investigación se tuvo en cuenta algunas consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio, ya que no constituye daño ni riesgo a la salud. Se solicitó la autorización correspondiente a la dirección del centro, la cooperación y ayuda de los profesores de cada grupo y

de los padres de los estudiantes su aprobación y apoyo a la intervención educativa de la que fueron objeto sus hijos. (Anexo 1)

Métodos del nivel empírico:

- Observación: para obtener información directa e inmediata a través de visitas a los escolares, comprobando en qué medida ha avanzado la investigación.
- Revisión de documentos: permitió la posibilidad de efectuar toda la búsqueda y la revisión bibliográfica necesaria sobre el problema de la investigación para fundamentarlo teóricamente.
- Investigación cuasi experimental: para la comparación de los grupos de estudio y control.

Métodos del nivel teórico:

- Histórico lógico: analizando los antecedentes de esta afección en los diferentes países y regiones, así como los factores de riesgo presentes que pueden propiciar esta enfermedad.
- Análisis y síntesis: en la revisión bibliográfica relacionada con el objeto de estudio para la construcción del marco teórico y en el análisis de los datos obtenidos en los resultados de la investigación para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones.
- Inducción y deducción: al valorar los datos arrojados por otras investigaciones que fueron realizadas sobre hábitos bucales deformantes y compararlos con los que se obtuvieron de este trabajo.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala
Edad	Cualitativa nominal	Según encuesta	5 a 11 años
Sexo	Cualitativa nominal	Según sexo biológico de	Masculino femenino

		pertenencia	
Hábitos bucales presentes en la población: Protracción lingual <ul style="list-style-type: none"> - Respirador bucal - Onicofagia - Queilofagia - Succion digital - Succion del biberón 	Cualitativa nominal	Si los presenta o no los presenta	Si No
Nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes	Cualitativa nominal	Según encuesta: Adecuado: si obtuvo más del 50% de los puntos asignados. Inadecuado: si obtuvo el 50% o menos de la suma total de la puntuación.	Adecuado Inadecuado
Eficacia de la intervención	Cualitativa Nominal	Según el resultado del coeficiente de variación	Eficaz Ineficaz

Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar.

Para el procesamiento de los resultados se utilizó una computadora donde se confeccionó una base de datos automatizados en el programa SPSS para Windows donde se incluyeron los datos recogidos en el formulario.

La información se presentó en tablas de distribución de frecuencia simple y se utilizó el porcentaje como medida resumen para su discusión. Se describió el contenido de cada tabla y se compararon con los de otros estudios, sobre la base de un análisis inductivo-deductivo que permitió dar salida a los objetivos propuestos, emitir conclusiones y formular las recomendaciones.

El método estadístico que se utilizó fue con distribución de frecuencia absoluta y porcentual. Se procesó la información en una computadora utilizando los programas Microsoft Office Word 2013 y Microsoft Office Excel 2013.

Los resultados permitieron formular conclusiones y recomendaciones.

Parámetros éticos:

Se coordinó con la dirección de Revolución Socialista de Octubre a la que se le pidió autorización para la realización de la investigación. Previamente al interrogatorio y examen se procedió a explicar a los pacientes en qué consistió el estudio con el fin de obtener su consentimiento verbal, escrito y firmado (Anexo 1), así como su colaboración durante el mismo. Se les aclaró además que en la investigación no se les realizaría ningún proceder no establecido en el examen estomatológico habitual ni serían sometidos a ningún proceder diagnóstico o terapéutico de riesgo. Se les explicó detalladamente los propósitos y ventajas de la investigación y que con su participación contribuirán al desarrollo científico de nuestra especialidad.

Toda la investigación se rigió por los principios de la declaración de Helsinki se hizo con el consentimiento informado (Anexo 1) a los que fueron investigados tratados con los principios de educación formal, con un lenguaje claro, sencillo, se le explicó todas las ventajas del proyecto al igual que los riesgos del mismo y en caso de desear retirarse lo puedo hacer en cualquier momento sin verse obligado a dar razones.

Resultados esperados:

Con esta investigación se logró un crecimiento del intelecto y desarrollo referente a los conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 5 – 12 años pertenecientes a la escuela primaria Revolución Socialista de Octubre del municipio Moa así como la incentivación de acciones educativas adecuadas que disminuyan la presencia de los hábitos bucales deformantes en los niños.

Además, con este trabajo de terminación de especialidad espero obtener el título de especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

Planteamiento del estudio:

Por ser un estudio experimental de intervención contó de tres etapas:

Diagnóstica

Intervención propiamente dicha.

Evaluación

Se realizó una reunión inicial con todos los participantes, incluyendo el equipo de trabajo, donde se explicó las características y la programación general de la intervención.

1.Etapa diagnóstica

Se convocaron a una reunión con los escolares seleccionados y los padres donde se presentó el objetivo y la metodología de la investigación, además de solicitar el consentimiento informado de los padres y cada escolar (anexo1) para incorporarse a esta.

Se aplicó un cuestionario o test inicial para definir el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes así como para identificar las principales necesidades de aprendizaje. A la encuesta se le otorgó un total de 100 puntos, calificándola según la clave. Se utilizó una escala valorativa donde los resultados oscilaron entre bueno, regulares y malos.

Luego, de identificar la necesidad de aprendizaje y se elaboró el programa de intervención educativa: “Por una sonrisa sana”, capacitación donde se incluyeron conferencias, talleres, charlas y juegos didácticos, distribuidos en secciones de trabajo con una frecuencia semanal para cada grupo de escolares.

Los contenidos escogidos para conformar el programa de educación fueron seleccionados a partir de los aspectos donde se presentaron las dificultades en cuanto a conocimiento y actitudes recogidas en el primer test o cuestionario encuesta, así como en grupos de discusión.

2. Intervención propiamente dicha

Se aplicó un programa de actividades educativas sobre hábitos bucales deformantes confeccionado por la autora que garantizó que los niños participaran en las técnicas y juegos didácticos diseñados según su grupo de edad. Se emplearon diversas técnicas para la comunicación: vivenciales (animación, análisis, reflexión grupal, y de evaluación de conocimientos) y visuales (fotografías, láminas y modelos). Se utilizaron pictogramas y juegos didácticos para consolidar conocimientos en cada uno de los temas y se aplicó un software educativo para reafirmar los conocimientos. La frecuencia de las reuniones fue semanal con una duración de 30 minutos abordando todos los temas seleccionados, que incluye seis sesiones que trataron sobre:

Sesiones	Título	Objetivos	Forma de organización	Lugar	Hora	Ejecuta
Primera	¿Qué vinimos a hacer?	Dar a conocer las razones por la que se realiza la intervención	Se explica cómo se va a desarrollar la intervención y se realiza la encuesta	Escuela Revolución Socialista de Octubre	8.00 am	Dra. Beatriz Cobas
Segunda	¿Qué son los hábitos bucales deformantes?	Dar a conocer su concepto. Tipos. Hábitos más frecuentes y menos frecuentes que ocasionan maloclusiones.	Se realiza una clase expositiva mediante un power point sobre los hábitos bucales deformantes	Escuela Revolución Socialista de Octubre	2.00 pm	Dra. Beatriz Cobas
Tercera	. Si te chupas el dedo ¿Qué pasa?	Orientar sobre las principales causas y consecuencias de la succión digital	Se realizó una clase interactiva con juegos didácticos referente al tema	Escuela Revolución Socialista de Octubre	2:00 pm	Dra. Beatriz Cobas
Cuarta	. ¿Conoces que le	Explicar en qué consiste	Charla educativa sobre	Escuela	2:00	Dra. Beatriz

	ocurre a tus dientes cuando los empujas con la lengua o respiras por la boca?	este hábito ,sus características clínicas y etiológicas.	las principales consideraciones sobre el tema	Revolución Socialista de Octubre	pm	Cobas
Quinta	¿Sabes que existen otros hábitos bucales deformantes que pueden dañar tus dientes?	Mostrar las principales características de estos hábitos y sus consecuencias	Se muestra un video-conferencia con imágenes de las principales deformaciones bucales causadas por este hábito	Escuela Revolución Socialista de Octubre	2:00 pm	Dra. Beatriz Cobas
Sexta	¿Aprendiste?	Comparar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención	Se vuelve a repetir la encuesta y se analizan los resultados	Escuela Revolución Socialista de Octubre	2:00 pm	Dra. Beatriz Cobas

3. Fase de evaluación

Luego de la aplicación del programa se realizó nuevamente la encuesta para determinar el nivel de conocimiento de los niños después de la intervención, evaluando así el cumplimiento de los objetivos trazados.

Los datos obtenidos fueron procesados utilizando Microsoft Word, Microsoft Excel y Microsoft Access. Como estadígrafos descriptivos empleamos la distribución en frecuencia absoluta (FA), media (M), desviación estándar (DE) por ciento (94,9%) y razón.

Para evaluar el nivel de efectividad de la intervención educativa en los individuos estudiados empleamos el coeficiente de variación (CV):

$$CV = \frac{\text{Valor inicial} - \text{Valor final}}{\text{Valor inicial}} \times 100$$

Donde:

- Valor inicial es el total de participantes en la investigación con conocimientos inadecuados (calificación de mal) antes de la intervención.

- Valor final es el total de participantes en la investigación con conocimientos inadecuados (calificación de mal) después de la intervención.
- Se considera que la intervención educativa resultó eficaz siempre que el resultado del coeficiente de variación sea superior al 70%.

El análisis y discusión de los resultados se expresó a través de tablas, en los que se resumió la información con el fin de abordar el objetivo planteado. Se realizó posteriormente una evaluación del fenómeno estudiado con una adecuada interpretación, teniendo por base los elementos encontrados en la revisión bibliográfica, extraídos de las publicaciones nacionales y extranjeras, lo que nos permitió a través del proceso de síntesis y generalización arribar a conclusiones y elaborar recomendaciones.

Al finalizar se aplicó una encuesta en la que se solicitó la satisfacción con referencia al programa.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla No.1.Presencia de hábitos bucales deformantes en niños según grupo edad.

Grupos de edades:	Presencia de hábitos		Si		Total Examinados	
	No #	%	#	%	#	%
5-8	36	35.6	65	64.4	101	100
9-12	34	45.3	41	54.7	75	100
Total	70	39.8	106	60.2	176	100

Fuente: HSBF

Los hábitos deformantes bucales se presentaron en el 60.2% de la muestra estudiada, el grupo de edad más afectado fue el de 5-8 años con el 64.4%, con una tendencia a decrecer con la edad.

La prevalencia de los hábitos deformantes orales a través de datos obtenidos de trabajos realizados por diferentes autores, en países de América Latina y el Caribe. Se visualiza que el país con mayor prevalencia de hábitos orales deformantes es Cuba con un 78,18 %, seguido por México y Colombia con un 68,2 % y 67 %, y Venezuela con un 56 %, mientras que en Ecuador la prevalencia de hábitos es menor con un 52,6 %, en base a nuestro criterio y experiencia profesional esto está asociado a la poca información de estudios actualizados que respalden este tema.²⁷

Se aprecia una alta prevalencia de los hábitos deformantes orales, lo que concuerda con lo reportado por Cepero Sánchez et al., Pruneda et al. (2014) y Reyes Romagosa et al. (2014)³⁰. Considero que los resultados de estos estudios nos expresan datos similares a lo que palpamos con frecuencia en nuestro medio y en la práctica clínica, y que a nuestro entender requieren de mayor atención y educación para la salud oral dirigida fundamentalmente a los padres, con la finalidad de fomentar hábitos de vida apropiados en los niños, otorgándole una buena alimentación, adecuado calor filial y evitando conflictos intrafamiliares o situaciones difíciles de los que los niños sean partícipes, debido a que ciertos hábitos se instauran en el individuo al tratar de calmar una necesidad emocional; estos programas educativos se deberían impartir a niños

en edad escolar y a sus maestros para interceptar los hábitos que estén presentes en esta población y evitar daños a los tejidos dentomaxilofaciales.

Tabla No.2 Presencia de hábitos bucales deformantes en niños según sexo.

Sexo:	Presencia de hábitos				Total Examinados	
	Si		No		#	%
	#	%	#	%		
Femenino	63	63.6	36	36.4	99	100
Masculino	43	55.8	34	44.2	77	100

Fuente: HSBF

El sexo femenino fue el más afectado en cuanto a poseer hábitos deformantes, con un 63,6 %. No se observó significación desde el punto de vista estadístico, pero sí desde el punto de vista clínico.

Los hábitos deformantes pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, deformaciones óseas y dentarias como se muestran en esta investigación, en la cual se detectó un alto porcentaje portador de esta entidad, con una tendencia a decrecer con la edad, resultados que coinciden con los de Da Silva, la mayor frecuencia de hábitos se encontró en niños de 6 años resultado similar al encontrado por Agurto , Podadera , Montiel ,Miranda. Las féminas fueron las más afectadas, coincidiendo con Agurto , Astorga , Montiel , Maya , Fernández ³³ . Esto pudiera deberse a que en la muestra estudiada estuvo más representado el sexo femenino. Los resultados obtenidos coinciden con los planteados por Montiel quien afirma que el desarrollo de enfermedades relacionadas con emociones y tensiones es más común en las mujeres, las cuales son sometidas a un mayor grado de estrés propiciado por celos, conflictos familiares, ansiedad y presión escolar; lo cual favorece la presencia de malos hábitos bucales. Considero que este resultado no tiene significación estadística, sin embargo, desde el punto de vista clínico es importante dominarlo pues el Estomatólogo General Integral puede conocer la frecuencia en que se presentan los hábitos deformantes, lo que constituye un problema de salud a solucionar, que permitirá planificar las actividades de

prevención, detección e intervención temprana sobre las alteraciones que población infantil.

Tabla No.3 Distribución de los diferentes tipos de hábitos deformantes según grupo de edad en los niños.

Grupo de edad	Succión digital		Succión de biberón		Succión de tete		Protracción lingual	
	No.	%	No.	%	No	%	No	%
5-8	20	20	36	36	5	5	26	26
9-12	8	12.9	16	25.8	1	1.6	17	27.4
Total	28	17.3	52	32.1	6	3.7	43	26.5

Grupo de edad	Respiración bucal		Onicofagia		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
5-8	0	0	13	13	100	100
9-12	2	3.2	18	29.1	62	100
Total	2	1.2	31	19.1	162	100

Fuente: HSBF

En relación con los hábitos deformantes y la edad se observó primeramente la succión del biberón (29,5 %), luego la protracción lingual (24,3 %), seguidamente la onicofagia (17,6 %) y posteriormente la succión digital (15,9 %). El hábito pernicioso de mayor frecuencia fue la succión de biberón con el 29,5%, este resultado concuerda con Hernández S.5, García G., Montiel J.7 y Aguilar M.36 quienes también lo informaron con prevalencias del 41% al 55%. Nuestros resultados coinciden con lo señalado por Montiel, quien observó que este hábito decrece con la edad ⁷. Considero que el Estomatólogo General Integral al realizar el diagnóstico de salud bucal en el nivel primario de atención necesita, para cumplir sus funciones, identificar los problemas de salud de la población asignada. De aquí que el conocimiento de la frecuencia de hábitos deformantes bucales en la población infantil constituye el fundamento en que se basarán las estrategias a trazar para controlar los factores de riesgo que puedan provocarlos, así como las acciones a realizar con el objetivo de reducir o eliminar las anomalías provocadas por esta entidad y lograr un desarrollo

armónico del aparato estomatognático.

Tabla No.4 Distribución de los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes según sexo antes y después de la intervención .

Hábitos	Antes		Después		Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%	No	%	No	%
Succión digital	19	23.8	9	17.6	9	22.5	6	24
Succión de biberón	30	37.5	22	43.1	18	45	10	40
Succión De tete	3	3.7	3	5.9	1	2.5	1	4
Protracción lingual	26	32.5	17	33.3	12	30	8	32
Respiración bucal	2	2.5	0	0	0	0	0	0
Total	80	100	51	100	40	100	25	100

Fuente: HSBF

Los hábitos deformantes que más frecuentemente que se hallaron fueron la succión del biberón, luego el empuje lingual y la succión digital. Respecto al sexo se comportó de forma similar, con un predominio en el sexo femenino.

Esto coincide con estudios realizados por Fernández, Agurto , Da Silva , Maya , Conde y Fernández Yzla , la mayoría de estos estudios se efectuaron en nuestro país y provincia lo cual demuestra la importancia del problema objeto de estudio; pues constituyen un factor de riesgo en el establecimiento de maloclusiones que deben ser prevenidas y tratadas tempranamente en la dentición mixta en el nivel primario de salud ¹².

Da Silva reportó mayor susceptibilidad en las hembras para presentar esta entidad. Posiblemente la causa esté relacionada con los estereotipos de masculinidad y feminidad que se le transmiten a los niños y niñas con una gran carga de sexismo y en los prejuicios que se expresan de manera abierta. Esto provoca que los niños se vean obligados a reprimir sus emociones ya que el llanto u otras formas de expresión, como los hábitos bucales deformantes, que son utilizados para liberar tensiones, se conciben como sinónimo de debilidad ¹².

Sobral Costa encontró más frecuencia en succión digital en niñas que en niños

con diferencia significativa, comparable con este análisis realizado en la Universidad Santo Tomás, donde el género femenino también fue más frecuente con este tipo de hábito. Con respecto a la onicofagia, los grupos de género fueron similares, datos comparables con los resultados arrojados por Anguiano Martínez³¹.

Tabla No.5 nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	52	29.5	143	81.3
inadecuado	124	70.5	33	18.7

Fuente: Encuesta

En la tabla anterior podemos observar el insuficiente conocimiento que tenían los escolares sobre hábitos bucales deformantes antes de la intervención educativa, obteniéndose como resultado un 70.5% de escolares con conocimiento inadecuados, se pudo notar además como después de la intervención se obtuvo un 81.3% de los escolares con conocimientos adecuados

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Chávez N., encontró que el 18,9% tuvo un nivel de conocimiento malo; el 63,1% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 18,0% tuvo un nivel de conocimiento bueno sobre hábitos bucales deformantes. Estos resultados son muy similares a los observados por Vieira F donde hallaron que sólo el 16% del total de los encuestados tuvieron un nivel de conocimiento adecuado modificándose los mismos después de la intervención ¹⁵.

Lo anteriormente planteado guarda relación con nuestro estudio pues coincide en que la mayoría de los niños poseen un nivel de conocimientos insuficiente con respecto a los hábitos bucales deformantes. Considero que el conocer que son los hábitos bucales deformantes permite organizar recursos y esfuerzos conjuntos para contribuir o mejorar el estado de salud de los niños.

Tabla No.6 nivel de conocimiento sobre las consecuencias los hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	47	26.7	150	85.2
inadecuado	129	73.3	26	14.8

Fuente: Encuestajj

En la tabla anterior podemos observar el insuficiente conocimiento que tenían los escolares sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes antes de la intervención educativa, obteniéndose como resultado un 73.3% de escolares con conocimientos inadecuados, se puede notar además como después de la intervención se obtuvo un 85.2% de los escolares con conocimientos adecuados.

Las anomalías más frecuentes fueron: la vestibuloversión, el resalte aumentado y la adaquia. Estas se relacionan con los hábitos más frecuentes detectados los cuales se presentan principalmente en la dentición mixta y han producido alteraciones en el normal desarrollo del sistema estomatognático.

Considero que las anomalías dentomaxilofaciales se detectaron con mayor frecuencia en los portadores de hábitos, sin embargo, en los que no presentaban esta condición se detectaron en un porcentaje más reducido, lo que demuestra la asociación entre los hábitos y portar anomalías. Además, se ratifica en este estudio el origen multicausal de las maloclusiones pues las anomalías se presentan en portadores o no de hábitos, siendo necesario que el Estomatólogo General Integral, así como las instituciones, fomenten en la comunidad acciones de promoción y prevención encaminadas a evitar la instauración de anomalías dentomaxilofaciales.

Tabla 7: Satisfacción de los individuos participantes con el Proyecto.

Satisfacción:	5-8		9-12		Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Si	80	45.45	93	52.8	99	56.3	74	42.0	173	98.3
No	1	0.56	2	1.1	0	0	3	1.7	3	1.7
Total	81	46.1	95	53.9	99	56.3	77	43.7	176	100

Fuente: Encuesta

Esta última tabla responde a una encuesta final realizada una vez terminado el programa de intervención educativa: “Por una sonrisa sana” sobre la satisfacción de los participantes con el contenido y la manera de aplicación del mismo y contribuye a la modificación de las técnicas implementadas para lograr la satisfacción absoluta y plena, aunque no se logre obtener el 100 por ciento de la promoción.

Por su parte Cháves en un estudio similar también obtuvo resultado significativo donde el 98.3% de los participantes se sintieron satisfechos con el programa. ¹⁶

Algo semejante ocurrió con los resultados de Limonta que logró que el 92% de los que participaron en su estudio se sintieran satisfechos. ²⁵

En el presente estudio el nivel de satisfacción de la población estudiada fue de 173 escolares para un 98.3% del total, valor semejante al estudio mencionado mostrando similitud y correspondencia.

Se considera de vital importancia conocer qué opinan las personas hacia quienes va dirigido el estudio al respecto del mismo porque esto permite revolucionar y transformar constantemente la labor educativa que realizamos permitiendo que el contenido resulte seductor y ameno, mantenga el interés y la concentración y, más que nada, que motive la práctica de actitudes saludables que conduzcan al individuo a estilos de vida a favor de su salud bucal y general.

Conclusiones

El nivel de conocimiento de los escolares sobre hábitos bucales deformantes fue en su mayoría malo antes de la intervención y bueno después de esta. Se demostró que constituye un problema de salud de esta población por la alta frecuencia de esta entidad sobre todo en sexo femenino, predominaron principalmente la succión del biberón protracción lingual y la onicofagia , así como el elevado numero de anomalía dentomaxilofaciales relacionado con la práctica de estos malos hábitos, de aquí la importancia que tiene el EGI planifique una estrategia que incluya acciones preventivas, curativas y educativas para actuar forma inmediata y permitir la modificación de actitudes negativas, así como contribuir al restablecimiento de la armonía y las funciones del aparato estomatognático

Recomendaciones:

- Establecer una vinculación con los círculos infantiles, los centros escolares, deportivos y de recreación, con la finalidad de sensibilizar al personal que labora con niños a prevenir los hábitos bucales deformantes, y a enfrentarlos oportunamente una vez instalados.
- Realizar estudios que permitan identificar la relación existente entre la presencia de factores de riesgo, el nivel de conocimiento y presencia de hábitos bucales deformantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Agurto P, Díaz R, Cádiz O. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. Chil. Pediatr. (2017).
2. Van den Branden S, Van den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K. Effects of time and socio-economic status on the determinants of oral health-related behaviours of parents of preschool children. Eur J Oral Sci. (2012); 120: 153–160
3. Soto Llanos L, Calero Escobar J A. Caracterización de hábitos orales en una muestra poblacional de Santiago de Cali, Colombia entre los años 2005 y 2012. Revista Gastrohnp. (2013). Volumen 15 Número 2 Suplemento.
4. Chumi R, Pinos P. Prevalencia de hábitos orales, en niños de 3 a 9 años de edad, como consecuencia de la migración de los padres al extranjero, en la comunidad Callazay, Parroquia Mariano Moreno del Cantón Gualaceo Provincia del Azuay - Ecuador, año 2014. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2015), disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art18.asp>.
5. Muller R, Piñeiro S. Malos hábitos orales: Rehabilitación neuromuscular y Crecimiento facial. REV. MED. CLIN. CONDES – 2018.
6. Alarcón a., A M. Deglución atípica: revisión de la literatura volumen 51 nº 1 / 2019. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp> >
7. González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2015). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art29.pdf>
8. Laboren M, Medina C, Quirós O., D'Jurisic A, Alcedo C, Molero L, Tedaldi J. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con

dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia. ws" edición electrónica julio 2010. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

9. Narváez MF, Muñoz Y, Villota C, Mafla A. Hábitos orales en niños de 6-10 años de la escuela itsin de san juan de pasto Rev Univ. Salud. vol.12 no.1. (2010). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S01241072010000100004&script=sci_arttext

10. Leme M, Barbosa T, Castelo P, Gavião MB. Associations between psychological factors and the presence of deleterious oral habits in children and adolescents. J Clin Pediatr Dent. (2014).

11. Yassaei S, Rafieian M, Ghafari R. Abnormal oral habits in the children of war veterans. J Clin Pediatr Dent. (2004).

12. Mendoza L, Meléndez A, Sánchez R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. (2014).

13. García, G, Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucles en edades tempranas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica Agosto 2011. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art18.asp>.

14. Blanco L, Guerra ME, Rodríguez S. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. Acta odontol venez. (2012).

15. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Rev Latin Ortodoncia Odontopediatr "Ortodoncia.ws" edición electrónica. Marzo 2011. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

16. Ovsenick M. Incorrect orofacial functions until 5 years of age and their association with posterior crossbite. Am J Orthod Dentofacial Orthop (2013).

17. Lopes T, Moura L, Lima M. Association between breastfeeding and breathing pattern in children: a sectional study. J Pediatr (Rio J). (2014).

18. Souki B, Lopes P, Veloso N, Avelino R, Pereira T, Souza P, Franco L, Becker H .Facial soft tissues of mouth-breathing children: Do expectations meet reality?. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 78 (2014).
19. Sulaiman E.S. A new method in reminder therapy technique for ceasing digit-sucking habit in children. *J Clin Pediatr Dent.* (2000).
20. Domínguez A, Galán A, Aznar T, Marín I. Succión digital y parámetros oclusales: estudio en niños de 3 a 6 años de edad. *Ortodoncia Española* (1999).
21. Cipes M, Miraglia M, Gaulin-Kremer E. Monitoring and reinforcement to eliminate thumbsucking habits. *J Dent Child.* (1986).
22. Gawlik JA, Ott NW, Mathieu GP. Modifications of the palatal crib habit-breaker appliance to prevent palatal soft tissue embedment. *J Dent Child.* (1995).
23. Da Silva Filho O, Gomes Goncalves R, Ajalmar Maia F. Sucking habits: clinical management in dentistry. *J Clin Pediatr Dent.* (1991).
24. Fukuta O, Braham R, Yokoi K, Kurosu K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger sucking. *J Dent Child.* (1996).
25. Adair S. M. The Ace Bandage approach to digit-sucking habits. *Pediatric Dentistry.* (1999).
26. Rojas VI, Baez J, Rojas R. Prevalencia de malos hábitos orales y respiración bucal en niños de 5 a 17 años del área de Santiago Centro. *Rev Fac Odontol Univ Chile.* (2001);
27. Andonegui Arraoz Patxi. Onicofagia y Odontología. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37892&id_seccion=2368&id_ejemplar=3907&id_revista=144.
28. Firoz G. Kamal and Reginald Ajay Bernard Influence of nail biting and finger sucking habits on the oral carriage of Enterobacteriaceae *Contemp Clin Dent.* (2015).

29. Williams T, Rose R, Chisholm S. What is the function of nail biting: An analog assessment study? *Behaviour Research and Therapy* 45 (2006).
30. Castelo PM, Barbosa TS, Gaviao MB. Quality of life evaluation of children with sleep bruxism. *BMC Oral Health*. (2010).
31. Simões-Zenari M, Bitar ML. Factors associated to bruxism in children from 4-6 years. *Pro Fono*. (2010).
32. Vallejo Bolaños E., González Rodríguez E, R. Del Castillo Salmerón. El bruxismo infantil *Odontol Pediátrica (Madrid)* Vol. 10. N. ° 3, 2002
33. Maya B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Rev Cubana Ortod*. (2000).
34. Ștefănescu IM, Zetel, Rusu M. Universităţii de Medicină și Farmacie “Gr. T. Popa” Iași. *Revista Medico-chirurgicala a Societății de Medici și Naturaliști din Iași* (2011).
35. Kharbanda OP, Sidhu SS, Sundaram K, Shukla DK. Oral habits in school going children of Delhi: a prevalence study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. (2003).
36. Franco V, Gorritox B, García F. Prevalencia de hábitos Infantiles y su influencia en la dentición temporal *Rev Pediatría Atención Primaria* (2012).
37. Ferro M, Naccif A, Sotillo F, Velásquez L, Vélez K. Aspectos psicológicos de la onicofagia en los estudiantes de 2do año de la Facultad de odontología de la universidad central de Venezuela. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art1.pdf>
38. Ojeda L, Espinoza R, Biotti P. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*. (2014).

AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LAS INVESTIGACIONES EN SALUD. HOLGUÍN

Los miembros del Comité de Ética de las Investigaciones del municipio de Moa, han revisado el proyecto de investigación titulado: Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 5 - 11 años.

Del autor principal:

Dra. Beatriz M Cobas Arias.

A consideración del Comité se ha acordado la aprobación de la ejecución de este proyecto; considerando que:

- El proyecto se justifica éticamente por cumplir con los requisitos de idoneidad en relación a los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos participantes de la investigación.
- Cientificidad y conocimiento actualizado de los autores sobre el tema.
- Correcta integración y experiencia del equipo de investigación.
- Formularios adecuados que garantizan la confidencialidad.
- Que establezca ser realizado por los principios de la Declaración de Helsinki.
- Posee un modelo de consentimiento informado que se adecua a las exigencias de este formato, en el mismo se explica de forma detallada los procedimientos e instrumentos que se utilizarán en estos pacientes lo que facilitará el desarrollo de la investigación.

ANEXOS

Anexo 1:

Consentimiento informado:

Yo:

Después de haber conocido la importancia de esta investigación sobre las particularidades y generalidades referentes a hábitos bucales deformantes que será realizado por el doctor:

----- residente de 1er año de Estomatología General Integral en escolares de 5 – 11 años del municipio Moa, y haber recibido los detalles referentes a la misma por parte del autor, estando de acuerdo que los resultados de esta investigación sean publicados y en uso de mis plenas facultades, manifiesto mi disposición de participar en esta investigación, cumpliendo íntegramente con las orientaciones que me sean dadas. Sabiendo que puedo retirarme voluntariamente en cualquier momento de la misma sino fuera mi interés continuar.

Se me ha informado además que los datos aportados por mí solo serán conocidos por los investigadores y no serán revelados a ninguna persona sin mi autorización, ni serán usados en otra investigación que no se relacione con esta.

Para que así conste firmo la presente a los _____ días del mes _____ del año _____.

Firma _____

Anexo 2

FORMULARIO

Encuesta evaluativa.

FECHA: ___/___/_____

Paciente:

La siguiente encuesta tiene el fin de precisar los conocimientos que posees sobre hábitos bucales deformantes y como modificar sus factores de riesgos para prevenir su aparición, la misma será utilizada con fines netamente científicos siendo estrictamente privada y confidencial, por lo que le pedimos individualidad en su respuesta y sinceridad.

Gracias

Los autores.

Anexo No 3:

Cuestionario dirigido a los niños:

Querido 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 un x la respuesta que consideres correcta.

1) ¿Conoces hábitos que deforman los dientes?

Si ___ No ___ Cuáles _____

2) ¿Cuáles de estos hábitos podrían perjudicar tus dientes?

___ Chupar dedo

___ chupar tete

___ tomar leche en pomo

___ comerse las uñas

___ respirar por la boca

___ colocar la lengua entre los dientes cuando tragas

___ colocar tus manos sobre la cara cuando estas en el aula y/o al dormir

___ colocar el lápiz u otro objeto entre tus dientes

Anexo No 4:

Con el objetivo de recoger información sobre algunas costumbres de sus hijos respecto a los hábitos bucales, necesitamos respondan las siguientes preguntas. Agradecemos su cooperación y sinceridad al responder.

- 1) ¿Conoce usted algún hábito que provoque deformidades en los dientes de su hijo?

Sí___ No___

- 2) ¿Cuáles de los hábitos que aparecen a continuación pueden perjudicar la posición de los dientes de su hijo?

___ chupar dedo

___ chupar tete

___ tomar leche en pomo

___ comerse las uñas

___ respirar por la boca

___ colocar la lengua entre los dientes cuando tragan

___ colocar sus manos sobre la cara cuando están en el aula y/o al dormir

___ colocar el lápiz u otro objeto entre sus dientes

- 3) ¿Cómo han repercutido los hábitos en los dientes de su niño?

___ dientes rotados

___ mordida abierta

___ desgaste de los bordes de los dientes

___ desviación de alguna parte de la cara.