

Efectividad de la intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes

Clotilde de la C. Mora-Pérez*, Esp.^{1,2}, Ivette Álvarez-Mora, Esp.²,
Arisvel Blanco-Hernández, Esp.², Yania Espino-Sosa, Esp.³,
Amerelis Morera-Pérez, Esp.², Alba Macías-Macías, Esp.⁴

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba
² Clínica Estomatológica Especialidades, Cienfuegos, Cuba
³ Policlínica Área 1, Cienfuegos, Cuba
⁴ Policlínica Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba

Recibido: 16 de marzo del 2017 **Aprobado:** 19 de mayo del 2017

***Autor de correspondencia:** Clotilde de la C. Mora-Pérez. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos CP: 55100, calle 57, esquina Av. 5 de Septiembre, entre 40 y 42, Cienfuegos, Cuba. Tel: (537) 7838-3892.
Correo electrónico: clotirdecmp@jagua.cfg.sld.cu

Cómo citar este artículo: Mora-Pérez C, Álvarez-Mora I, Blanco-Hernández A, Espino-Sosa Y, Morera-Pérez A, Macías-Macías A. Efectividad de la intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Rev Nac Odontol. 2017;13(25):77-87. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v13i25.1884>

Resumen. *Introducción:* la OMS plantea “que los hábitos deformantes bucales constituyen un problema de salud frecuente en la población infantil”. *Objetivo:* evaluar la efectividad de la intervención realizada en escolares de 5-11 años portadores de hábitos deformantes bucales de los municipios Cienfuegos, Cumanayagua, Abreu y Lajas, en Cuba. *Métodos:* estudio cuasiexperimental con intervención antes y después, en la población infantil en un rango de edad de 5 a 11 años, en el periodo comprendido entre enero del 2013 y septiembre del 2015. Se identificaron los diferentes tipos de hábitos y anomalías presentes en cada niño, se aplicó el programa Para Sonreír Feliz con frecuencia semanal. Se aplicó una encuesta de conocimientos a niños, padres y educadores, antes y después de aplicar acciones educativas, preventivas y terapéuticas. *Resultados:* se erradicó el 64,06% de los hábitos deformantes (más frecuentes protracción lingual, succión de biberón y onicofagia) y hubo reducción de las anomalías dentomaxilofaciales. El nivel de conocimiento de niños, padres y educadores se elevó al finalizar la intervención. *Conclusiones:* la intervención fue efectiva por la reducción de los hábitos deformantes y de las anomalías dentomaxilofaciales, así como por los resultados satisfactorios en el nivel de conocimiento sobre esta entidad, un problema de salud que se puede prevenir tempranamente para mejorar la armonía de los componentes del aparato estomatognático.

Palabras clave: evaluación, eficacia-efectividad de intervenciones, educación en salud dental, hábitos linguales, maloclusión, niño.



Effectiveness of an intervention in children between 5 and 11 years old with deforming oral habits

Abstract. *Introduction:* The WHO states “that deforming oral habits are a frequent health problem in children.” *Aim:* To evaluate the effectiveness of an intervention carried out in schoolchildren of 5-11 years of age with deforming oral habits in the municipalities of Cienfuegos, Cumanayagua, Abreu and Lajas, Cuba. *Methods:* Quasi-experimental study with before and after intervention in a child population between 5 and 11 years old, in the period between January 2013 and September 2015. The different types of habits and anomalies present in each child were identified; the *Para Sonreír Feliz* program was applied weekly. A knowledge survey was applied to children, parents and educators, before and after taking educational, preventive and therapeutic actions. *Results:* 64.06 % of the deforming habits were eradicated (the most frequent being protrusive tongue, baby bottle sucking, and nail biting), and there was a reduction in dentomaxillofacial anomalies. The level of knowledge of children, parents and educators increased at the end of the intervention. *Conclusions:* The intervention was effective in reducing deforming habits and dentomaxillofacial anomalies, as well as for the satisfactory results in the level of knowledge about this entity, a health problem that can be prevented early to improve harmony in the components of the stomatognathic apparatus.

Keywords: evaluation, efficacy-effectiveness of interventions, dental health education, lingual habits, malocclusion, child.

Efetividade da intervenção em crianças de 5 a 11 anos portadores de hábitos bucais deletérios

Resumo. *Introdução:* segundo a Organização Mundial da Saúde, “os hábitos bucais deletérios constituem um problema de saúde frequente na população infantil”. *Objetivo:* avaliar a efetividade da intervenção realizada em crianças de 5 a 11 anos portadoras de hábitos bucais deletérios dos municípios Cienfuegos, Cumanayagua, Abreu e Lajas, em Cuba. *Métodos:* estudo quase-experimental com intervenção antes e depois na população infantil, numa faixa etária de 5 a 11 anos, no período compreendido entre janeiro de 2013 a setembro de 2015. Foram identificados os diferentes tipos de hábitos e anomalias presentes em cada criança; aplicou-se o programa Para Sorrir Feliz com frequência semanal. Realizou-se um questionário de conhecimentos a crianças, pais e educadores, antes e depois de aplicar ações educativas, preventivas e terapêuticas. *Resultados:* foram erradicados 64,06% dos hábitos deletérios (mais frequentes: protrusão lingual, sucção de mamadeira e onicofagia) e houve redução das anomalias dentomaxilofaciais. O nível de conhecimento de crianças, pais e educadores foi elevado ao finalizar a intervenção. *Conclusões:* a intervenção foi efetiva pela redução dos hábitos deformantes e das anomalias dentomaxilofaciais, bem como pelos resultados satisfatórios no nível de conhecimento sobre essa entidade, um problema de saúde que pode ser prevenido precocemente para melhorar a harmonia dos componentes do aparelho estomatognático.

Palavras-chave: avaliação, eficácia-efetividade de intervenções, educação em saúde dental, hábitos linguais, má oclusão, criança.

Introducción

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

Está demostrado por muchas investigaciones que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia entre las afecciones bucales más frecuentes, después de la caries dental y las enfermedades periodontales. Estas afectan hasta al 60% de la población infantil; de ellas el 20% son severas, por lo que requieren de tratamientos de envergadura; y el resto requiere tratamientos menos complicados, aunque muchas pudieran ser prevenibles [2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa “que los hábitos deformantes bucales constituyen un problema de salud frecuente en la población infantil” [3].

Otaño [4] refiere que “en el campo de acción de la Ortodoncia se encuentra la prevención y el tratamiento de las anomalías dentomaxilofaciales, que se presentan con elevada frecuencia, con una necesidad de tratamiento estimada en el 40% de la población infantil y juvenil”.

Los hábitos son considerados patrones que son reflejos de contracción muscular de naturaleza muy compleja, los cuales se aprenden en un principio, se hacen de forma consciente y luego de modo inconsciente [5-7], y causan trastornos en el lenguaje, en el desarrollo físico y emocional del niño [6]. Podadera [8] e Imbert [6] refieren que la prevalencia de hábitos orales en niños preescolares se encuentra en un rango del 1,1 al 71,4%.

De todos es conocida la importancia que el control de los hábitos deformantes bucales tiene en la salud bucal. Estos son comunes en los niños y en general pueden considerarse normales hasta los dos años y medio, aunque no existe unidad de criterio para esto [9]. Después de esa edad, deben eliminarse por ser causa primaria o secundaria de maloclusiones, las cuales son fuente de gran preocupación para los padres por la carga social y psicológica que contienen, por las grandes deformaciones

que provocan y por los elevados costos de los tratamientos [10].

Los hábitos deformantes bucales pueden provocar alteración en la musculatura facial con afectaciones del mecanismo del buccinador —como ocurre en la succión del pulgar— o cuando hay vestibuloversión de incisivos con un labio superior corto e hipotónico. 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 cual es de gran importancia clínica mantener su funcionamiento para el equilibrio del aparato estomatognático [11-13].

Entre las principales causas que pueden originar problemas de maloclusión están: los factores hereditarios, los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento (puede afectar en gran parte la forma de los maxilares), los malos hábitos alimenticios y la respiración bucal sin cierre de los labios [14].

Es por ello que de definir las necesidades de tratamiento ortodóncico hay que tener en cuenta algunas consideraciones psicosociales y faciales, no solo la forma en que los dientes encajan entre sí. Por esta razón, es difícil determinar cuándo es necesario el tratamiento y cuándo no partiendo únicamente del estudio de los modelos o de las radiografías dentales. Parece razonable pensar que la necesidad de tratamiento se correlaciona con la gravedad de una maloclusión [15].

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

Se han utilizado diversos programas para lograr la eliminación de hábitos bucales deformantes. En la presente investigación, se utilizó el programa educativo Para Sonreír Feliz, el cual consistió en la organización, la planificación y el control de un conjunto de técnicas educativas, con predominio de las técnicas afectivas participativas, haciendo uso de herramientas clave como la comunicación bidireccional, la persuasión participativa interactiva y la creatividad.

El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de la intervención realizada en escolares de 5-11 años portadores de hábitos deformantes bucales en los municipios Cienfuegos, Cumanayagua, Abreu y Lajas de la provincia de Cienfuegos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental con intervención de antes y después en la población infantil en edades de 5 a 11 años, en el periodo comprendido entre enero del 2013 y septiembre del 2015.

El universo estuvo conformado por la totalidad de los portadores de hábitos, quienes se identificaron en la primera etapa de esta investigación. Al realizar la intervención en la segunda etapa, la muestra quedó constituida por 1238 niños de 5-11 años, de los municipios de Cumanayagua, Cienfuegos, Lajas y Abreu.

Se incluyeron todos los niños sin tratamiento ortodóncico recibido, y que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación (tanto ellos como sus padres o tutores). Se excluyeron los niños portadores de enfermedades nasofaríngeas y los que presentaban enfermedades psíquicas y motoras que impidieran el examen bucal.

Se llevó a cabo una anamnesis profunda a los niños y tutores y un minucioso examen clínico en el que se utilizó luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo y presencia de: hábito de succión digital, tete y biberón, hábito de empuje lingual, onicofagia, hábitos posturales y anomalías dentomaxilofaciales, así como el nivel de conocimiento de niños, padres y educadores, y la efectividad de la intervención.

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

Después de identificados los hábitos que presentaba cada niño, se procedió a aplicar el programa Para Sonreír Feliz. Este consistió en la organización, la planificación y el control de un conjunto de técnicas educativas, con predominio de las técnicas afectivas participativas, haciendo

uso de herramientas clave como la comunicación bidireccional, la persuasión participativa interactiva y la creatividad.

Atendiendo a los resultados del diagnóstico realizado a los niños, se plantearon los objetivos y se definió el contenido a trabajar en cada tema. El contenido está expresado a través de los sistemas de conocimientos y habilidades, los cuales son formulados a partir de las necesidades de aprendizaje diagnosticadas.

Para cada tema, se definen objetivos específicos en términos de habilidades y se dan las orientaciones metodológicas y los ejemplos concretos que sirven de guía al odontólogo para alcanzar los objetivos propuestos; estos no constituyen un esquema rígido y así permiten el desarrollo de la creatividad del educador.

Se tuvieron en cuenta las siguientes técnicas educativas:

- *Exposición oral*: es el empleo del lenguaje para explicar un tema o actividad a desarrollar, lo cual estará a cargo del coordinador y será utilizado en la introducción, en parte del desarrollo y al final para integrar el conocimiento.
- *Interrogatorio*: es el uso de preguntas para obtener información, valorar puntos de vista o verificar lo aprendido. Se utilizó para despertar el interés central, la atención y la reflexión sobre aspectos importantes.
- *Demostración*: consistió en ejecutar, ante un individuo o grupo, aquello que se está explicando y repetirlo hasta su comprensión. Permitted verificar algún aspecto del aprendizaje y fundamentar opiniones, de modo que propició la participación de los integrantes del grupo.
- *Dinámica de grupo*: se basó en la discusión de un tema por un grupo no mayor de quince personas, bajo la conducción de un moderador. Contribuye a modificar conductas negativas.
- *Técnicas afectivo-participativas (TAP)*: se basó en la realización de tareas concretas por parte de los asistentes, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar la cohesión, la reflexión o el análisis sobre un tema determinado. Se tuvo la ventaja de la creación colectiva del conocimiento, en la que todos son participantes; de involucrar elementos afectivos, lo que favorece la motivación; y de propiciar el cambio de actitud para desarrollar una experiencia de reflexión educativa común.

- *Uso de dinámicas de presentación y animación:* el objetivo es desarrollar la participación al máximo para crear un ambiente fraterno y de confianza durante las jornadas de capacitación, tanto al inicio como después de momentos intensos y de cansancio.
- *Juegos didácticos:* tuvieron como objetivos consolidar los conocimientos que se reciben en las reuniones, elevar el nivel de educación para la salud bucal y garantizar la retroalimentación de los temas impartidos.

Se realizaron cuatro encuentros:

- Encuentro I: ¿Para qué estamos aquí?
- Encuentro II: No a los hábitos bucales deformantes.
- Encuentro III: Una bonita sonrisa.
- Encuentro IV: Preparados para un cambio, con dos sesiones.

Los temas correspondientes a cada encuentro fueron los siguientes:

- Tema I: Introducción al programa.
- Tema II: Hábitos bucales deformantes.
- Tema III: Anomalías dentomaxilofaciales.
- Tema IV: Mioterapia en la primera sesión e integración de los conocimientos en la segunda sesión. Aquí realizaron ejercicios para la disfunción del orbicular (soplar, silbar, pronunciar la letra P, descenso del labio superior), para la disfunción de la lengua (pronunciar la consonante r repitiendo versos, tragar con la lengua en posición adecuada), y para la disfunción del pterigoideo (proyectar la mandíbula hacia adelante con los brazos extendidos).

A los niños con disfunciones neuromusculares se les hicieron terapias grupales e individuales; así se logró mejorar el equilibrio bucal y dentario con una selección de los ejercicios según los grupos musculares afectados. Y a los portadores de hábitos con anomalías dentomaxilofaciales, se les aplicaron los tratamientos correctivos, que incluyeron desgastes selectivos, psicoterapia y mecanoterapia.

Para el desarrollo de estos temas, se elaboraron carteles, láminas, canciones, dramatizaciones y juegos de entretenimiento. El programa educativo permitió ir depositando una cultura primordial en aspectos de salud bucal en los niños, a fin de que adquieran hábitos correctos para el resto de su vida y que transmitan a sus familiares y a su comunidad.

Los datos fueron recogidos en un formulario. El programa constó de una frecuencia semanal e incorporó a niños, padres y educadores de las instituciones educacionales. Esto garantizó que todos formaran parte de las técnicas participativas en las que recibieron los conocimientos sobre los hábitos deformantes bucales y sus consecuencias.

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

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

A cada cuestionario de preguntas se le estableció una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de la puntuación sobre una base de 10 puntos, se evaluó entre bien, regular y mal. Este valor se obtuvo del resultado de la sumatoria de las respuestas de cada pregunta. El resultado del cuestionario se clasificó de la siguiente forma: bien: entre 7 y 10 (más del 70%), regular: entre 5,1 y 6,9 (de 51 a 69%) y mal: entre 0 y 5 (menos del 50%).

Se evaluó el cambio de comportamiento en relación con el abandono o el mantenimiento del hábito con base en la observación directa no participativa de los niños durante sus horarios de descanso, y con base en el resultado de entrevistas a padres y/o educadores con una frecuencia mensual. Se triangularon las informaciones y se consideró como criterio de abandono del hábito cuando el producto de esta triangulación confirmara su coincidencia; por el contrario, se calificó como mantenimiento del hábito. Entonces, para evaluar la efectividad, se relacionaron las variables de eliminación y mantenimiento de los hábitos deformantes bucales después de realizar la intervención en los niños objeto de estudio.

Resultados

En la tabla 1, se puede constatar cómo la frecuencia de hábitos es mayor en el municipio de Cienfuegos con un 58,85%, seguido de Cumanayagua y Abreu.

En la tabla 2, se muestra la reducción del número de niños portadores de hábitos después de la intervención. El municipio de Lajas logró una reducción a 48,71%, seguido de Cumanayagua que alcanzó el 47,82% y Cienfuegos con 39,36%.

Como se puede constatar en la tabla 3, la cantidad promedio de hábitos por niño se eleva hasta 1,44 en general y alcanza los mayores valores en Cumanayagua con 1,71, seguido de Abreu y Cienfuegos. Al realizar la intervención, se elimina el

64,09%, principalmente en Cumanayagua (68,6%), Cienfuegos (63,15%) y Abreu (61,5%).

En la tabla 4, se muestra cómo de forma general el hábito más frecuente en todos los municipios fue el empuje lingual, excepto en Abreu que tiene la succión del biberón como hábito más frecuente. Este último hábito está en segundo lugar en el resto de los municipios. Se observó la onicofagia como el tercer lugar en casi todos los municipios, excepto en Cumanayagua, que tuvo de tercero la succión

Tabla 1. Distribución de los niños portadores de hábitos antes de la intervención

Municipio	Antes	
	N.º	%
Cienfuegos	729	58,85
Lajas	117	9,45
Abreu	139	11,23
Cumanayagua	253	20,43
Total	1238	100

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Distribución de los niños portadores de hábitos después de la intervención

Municipio	Antes		Después	
	N.º	%	N.º	%
Cienfuegos	729	58,85	287	39,36
Lajas	117	9,45	57	48,71
Abreu	139	11,23	50	35,97
Cumanayagua	253	20,43	121	47,82
Total	1238	100	515	41,59

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Distribución de la cantidad de hábitos detectados en los niños portadores antes y después de la intervención

Municipio	Hábitos detectados antes de la intervención		Hábitos eliminados	
	N.º	Promedio por niño	N.º	%
Cienfuegos	977	1,38	617	63,15
Lajas	117	0,82	108	60,7
Abreu	200	1,43	123	61,5
Cumanayagua	434	1,71	298	68,6
Total	1788	1,44	1146	64,09

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Distribución de hábitos y su frecuencia antes de la intervención según el municipio y el total

Hábitos	Cienfuegos		Cumanayagua		Abreu		Lajas		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Succión digital	123	13,58	24	9,48	11	7,91	9	7,69	167	13,48
Succión biberón	201	27,57	53	20,94	55	39,56	33	28,20	342	27,62
Succión tete	30	4,11	52	20,55	10	7,19	4	3,41	96	7,75
Protracción lingual	215	29,49	89	35,17	16	11,51	44	37,60	364	29,40
Respiración bucal	7	0,96	10	3,95	3	2,15	8	6,83	28	2,26
Onicofagia	143	19,61	20	7,90	40	28,77	14	11,96	217	17,52
Posturales	10	1,37	5	1,97	4	2,87	5	4,23	24	1,93
Total	729	100	253	100	139	100	117	100	1238	100

Fuente: elaboración propia

de tete, y en Abreu, que tuvo de tercero la protracción lingual.

En la tabla 5, se pudo evidenciar la presencia de anomalías dentomaxilofaciales, las cuales se redujeron al 50,06% tras aplicar la intervención. Se reflejó el mayor porcentaje en el municipio de Cienfuegos con 62,08%, seguido de Cumanayagua con 44,48%.

Tabla 5. Distribución de la presencia de las anomalías dentomaxilofaciales antes y después de la intervención

Municipio	Anomalías dentomaxilofaciales		
	Antes		Después
	N.º	N.º	%
Cienfuegos	1142	709	62,08
Lajas	316	129	40,82
Abreu	353	101	28,61
Cumanayagua	580	258	44,48
Total	2391	1197	50,06

Fuente: elaboración propia

En cuanto al nivel de conocimiento de los niños (tabla 6), antes de la intervención los evaluados como “bien” eran 11,74%, con elevado número de niños evaluados como “mal”. Después de realizar la intervención, estos valores se elevan al 80,77% de “bien”.

Tabla 6. Evaluación del nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes en los niños años antes y después de la intervención

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	N.º	%	N.º	%
N = 1238				
Bien	126	11,74	1005	80,77
Regular	381	29,78	177	14,9
Mal	731	58,58	56	4,53

Fuente: elaboración propia

El nivel de conocimiento de los padres y educadores (tabla 7) era bajo al inicio de la investigación; predominaron los evaluados como “mal” con 49,3%, pero al final de la intervención se elevaron los evaluados como “bien” hasta el 85,5%.

Tabla 7. Evaluación del nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes en padres y educadores antes y después de la intervención

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	N.º	%	N.º	%
N = 718				
Bien	106	14,76	614	85,5
Regular	258	35,93	76	10,58
Mal	354	49,3	28	3,89

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 8, se logró eliminar el 58,40% de los hábitos deformantes; solo el 41,59% de los niños que participaron en la intervención se mantuvo con hábitos.

Tabla 8. Evaluación de la efectividad de la intervención en los niños portadores de hábitos deformantes bucales

Efectividad	N.º	%
N = 1238		
Eliminados	723	58,40
Mantenidos	515	41,59

Fuente: elaboración propia

En la tabla 9, se refleja la efectividad en la reducción de la totalidad de hábitos detectados: se logró una reducción del 64,1%, lo que demuestra que se mantuvo el 35,9% de los hábitos.

Tabla 9. Evaluación de la efectividad de la intervención en los hábitos deformantes bucales detectados

Efectividad	N.º	%
N = 1788		
Eliminados	1146	64,1
Mantenidos	642	35,9

Fuente: elaboración propia

Discusión

En esta investigación, se pudo constatar cómo la frecuencia de hábitos es mayor en el municipio de Cienfuegos con un 58,85%, seguido de

Cumanayagua y Abreu. Esto puede estar relacionado con el desarrollo socioeconómico de la ciudad al compararlo con zonas más rurales, ya que al existir una vida más agitada, se desencadena mayor estrés. Además, entre los 6 y los 7 años y hasta casi los 11 años, 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 [16], ello explica la alta frecuencia de hábitos deformantes detectados en estas edades.

Los hábitos deformantes constituyen un factor de riesgo de las maloclusiones. Esto ha sido demostrado por diversas investigaciones, como las realizadas por Díaz Méndez et al. [17] y por Esis et al. [18]; esta última encontró que el 64,8% de los pacientes eran portadores de hábitos bucales deformantes.

Luego, al aplicar el programa educativo, se pudo constatar cómo se reducen los hábitos en los niños mediante acciones educativas y terapéuticas con la familia, lo cual aporta un sano crecimiento en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización. Como afirma Valladares [19], es un escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismas, y que experimentan un cierto bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y las situaciones estresantes.

Álvarez et al. [15], en su intervención, lograron la reducción de los hábitos deformantes en un área de salud de Cienfuegos, donde los hábitos más frecuentes fueron el empuje lingual, la succión de biberón y la onicofagia. Fernández et al. [20] y Acevedo et al. [9] encontraron resultados similares, que coinciden con la presente investigación.

Galeano Berna et al. [21], en su estudio, encontraron que los hábitos que se presentaron con mayor frecuencia en niños fueron: onicofagia, interposición de objetos y queilofagia; estos resultados difieren de los hallados en el presente estudio.

Los resultados de esta investigación constituyen un reto para la Atención Primaria de Salud, en la que el estomatólogo general tiene un papel decisivo, pues debe desarrollar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y tratamientos para lograr la recuperación de la salud bucal en esta población infantil. La detección ha de efectuarse de forma precoz para evitar o limitar el desequilibrio entre los diferentes componentes del aparato estomatognático.

Debemos destacar que, desde el punto de vista clínico, la disminución de esta entidad siempre es favorable, pues repercutirá en la reducción de las alteraciones en el aparato estomatognático, lo que demuestra que las medidas aplicadas fueron más favorables. Debido a que en estas edades, desde el punto de vista psicológico, no existen crisis de la personalidad, el niño está sometido a lo que percibe, a lo que controla su comportamiento y a lo que desarrolla su espíritu de participación y cooperación, lo cual hizo posible que a través de las actividades realizadas en los centros escolares y en el servicio de estomatología se logaran los resultados.

Moimaz et al. [7] mencionan que las maloclusiones pueden tener una resolución fisiológica si el hábito lesivo de succión es interrumpido desde los 4 años de edad, porque hasta esta edad el cuerpo tiene la capacidad para la autocorrección de maloclusión. Esta corrección espontánea puede tener diferentes proporciones de acuerdo con la práctica del hábito de succión [7, 22].

Alemán Sánchez et al. [23] afirmó que entre todos los factores de riesgo los hábitos bucales deformantes tienen un papel predominante en la aparición de anomalías dentomaxilofaciales.

Las anomalías dentomaxilofaciales se presentaron con un promedio de 1,94 anomalías por cada niño portador de hábitos deformantes y se redujeron después de aplicado el programa educativo Para Sonreír Feliz hasta el 50,06%. Otros autores [15, 24-26] hallaron similar resultado: estos demuestran que la utilización de terapias grupales es más efectiva al involucrar a los padres, a los maestros y a la comunidad.

Es importante destacar que estos resultados confirman el vínculo estrecho existente entre los hábitos deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales. Así, Reyes Romagosa et al. [27] plantearon que la prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal que contribuye a la función y el crecimiento, y no distorsiona el patrón esquelético en desarrollo.

El incremento de los conocimientos influye en el cambio de actitudes y prácticas, por lo que los resultados de este estudio son superiores a los de Suárez [28], quien aplicó el programa Marcolin bucal y logró modificar hábitos bucales deformantes en el 80% de los niños incluidos en la intervención.

Cuando se hizo una comparación del nivel de conocimiento sobre los diferentes hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención, se

podieron distinguir claramente las necesidades de aprendizaje que presentaron los niños, los padres y los educadores.

Se pudo apreciar que al aplicar este programa educativo, se produjeron cambios sustanciales. Los niños inicialmente tenían el 11,74% con evaluación positiva y después de la intervención se elevó a 80,77%. Así mismo, se observó en los padres y educadores que su nivel de conocimiento se modificó a positivo en el 85,5%. Otros autores como Ruiz Fera et al. [29] modificaron los conocimientos hacia positivos en el 86,7% de los niños después de la intervención, utilizando técnicas educativas y afectivo-participativas, juegos didácticos y un *software* educativo (Softdent versión 1.0), que ayudaron a proporcionarles un grado de información factible para elevar su nivel de conocimiento.

Lee Garcés et al. [30], en su intervención educativa, aumentaron en los niños el nivel de conocimiento hasta el 72,1%, cifras inferiores a las alcanzadas en la presente investigación. De igual forma, Laborde Ramos et al. [31] lograron que después de la intervención el 81,8% adquiriera un conocimiento adecuado respecto al hábito, y aunque solo trabajó con el hábito de succión del pulgar, se evidenció la modificación de los conocimientos de los niños portadores de hábito, lo cual constituye un resultado alentador.

Álvarez [15] obtuvo resultados satisfactorios al realizar su intervención, pues logró que el nivel de conocimiento se elevara en los niños hasta el 92,9%, y en los padres y educadores hasta el 92,3%, valores superiores a los alcanzados en la presente investigación.

De igual forma, Pérez Ferrás et al. [32] en su Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria, lograron que el 85% de los niños adquirieran conocimientos satisfactorios, resultados superiores a los alcanzados en el presente estudio.

Los padres se ven abrumados en su tarea educativa, ya sea por falta de tiempo o dificultades a la hora de contar con estrategias efectivas para reorientar las conductas inadecuadas de sus hijos. Los educadores sienten que sus esfuerzos son inútiles sin el apoyo y el compromiso de la familia. Es por esto que se hace imprescindible la formación para poder encontrar equilibrio, seguridad y eficacia en la educación familiar [33].

Capote-Fernández y Campello-Trujillo [34] refirieron que es de vital importancia el papel de la

familia en el cuidado y la conservación de la salud bucal, dado que en ella se establecen y se transmiten hábitos y costumbres que permanecen en el individuo para toda la vida. Es fundamental la responsabilidad del individuo y la familia ante la salud, pues según como esta la valore y participe en su preservación, se obtendrán mejores resultados en el futuro. La función del estomatólogo en la conservación de la salud va más allá de lo estrictamente curativo, pues puede explotar los beneficios de la modificación de los estilos de vida familiares, de aquí la importancia que tiene involucrar a los padres en las intervenciones de salud bucal que se realicen.

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 en su conjunto. Hablar con orden, claridad, entusiasmo, persuasión y, en resúmenes cuentas, con eficacia, no es un lujo sino una necesidad [35].

La intervención fue efectiva por la reducción de los hábitos deformantes bucales como resultado de la participación conjunta de los niños, padres y educadores, tanto en los niños portadores de hábitos como en la cantidad de anomalías dentomaxilofaciales. Se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para modificar positivamente conocimientos, actitudes y prácticas.

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

Conclusión

Se concluye que fue efectiva la intervención realizada, ya que se redujo el número de niños portadores de hábitos deformantes y de anomalías dentomaxilofaciales, y también se elevó el nivel de conocimiento acerca de esta entidad que provoca maloclusiones. Mediante la aplicación de acciones educativas, preventivas y terapéuticas, y la participación coordinada de la familia, los educadores y los niños como protagonistas de este programa, se alcanzaron estilos de vida más saludables.

Referencias

- [1] Canut BSA. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2.ª edición. Barcelona: Masson; 2000.
- [2] Valdés-Álvarez R, Montero del Castillo ME, Cabañas-Lores C, González-Noya G, Legón-Padilla N. Manual de odontopediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.
- [3] Laboren M, Medina C, Vilorio C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Rev Latinoamericana Ortodonc Odontopediatr [internet]. 2010 [citado 2017 ene 14]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
- [4] Otaño Lugo R. Manual clínico de ortodoncia. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
- [5] León AJ, Carvajal RY, Pérez HN, Rodríguez MO. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. Mediciego. 2014;20(2) [internet] [citado 2016 ago 22]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%201_14/articulos/T8.html
- [6] Imbert FY, Legrá SEB, Valdés-Jiménez de Castro M, Martínez PL, Ríos AA. Comportamiento de la lactancia materna y su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños con maloclusión. Rev Inf Cient. 2014;87(5) [internet] [citado 2016 ago 25]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_87_No.5/comportamiento_de_la_lactancia_materna_relacion_habitos_bucales_tc.pdf
- [7] Moimaz SAS, Garbin AJI, Lima AMC, Lolli LF, Saliba O, Garbin CAS. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood. BMC Oral Health. 2014;14:96. doi: 10.1186/1472-6831-14-96.
- [8] Podadera Z, Rezk A, Flores L, Ramírez M. Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 12 años. Rev Ciencias Médicas. 2013;17(5):97-108.
- [9] Acevedo-Sierra O, Mora-Pérez C, Capote-Femenías J, Rosell-Silva C, Hernández-Núñez Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. MediSur. 2011;9(2) [internet] [citado 2017 ago 9]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574>
- [10] Valdés-Álvarez R, Montero del Castillo ME, Cabañas-Lores C, González-Noya G, Legón-Padilla N. Manual de odontopediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.
- [11] Otaño-Lugo R. Ortodoncia. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.
- [12] Ocampo-Parra A, Johnson-García N, Lema-Álvarez MC. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev Nac Odontol. 2013;9(edición especial):83-90. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434>
- [13] Ocampo-Parra A, Lema-Álvarez MC, Johnson-García N. Hábitos orales perniciosos: revisión de literatura. Parte II. Rev Nac Odontol. 2013;9(edición especial):91-100.
- [14] Grandó G, Young AA, Vedovello-Filho M, Vedovello SA, Ramirez-Yañez GO. Prevalence of malocclusions in young Brazilian population. Int J Orthod Milwaukee. 2008;19(2):13-6.
- [15] Álvarez-Mora I, Lescaille-Castillo Y, Mora-Pérez C, Pieri-Silva K, González-Arocha B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur. 2013;11(4) [internet] [citado 2016 feb 22]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>
- [16] González-Pérez U, Núñez de Villavicencio F. Modo de vida, psiquis y salud. En: Núñez de Villavicencio F. Psicología y Salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
- [17] Díaz-Méndez H, Ochoa-Fernández B, Paz-Quiñones L, Casanova-Sales K, Coca-García Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. Medisur. 2015;13(4) [internet] [citado 2016 dic 4]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2848>
- [18] Esis-Villarroel I, Rondon R, Carmona A, Quirós O, Acevedo AM. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales como factor etiológico de maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas Panare en Maniapure, Edo. Bolívar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [internet]. 2013 [citado 2017 feb 11]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-24/>
- [19] Valladares-González AM. La familia. Una mirada desde la psicología. Medisur. 2008;6(1) [internet] [citado 2017 marzo 3]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402>
- [20] Fernández-Martínez J, Mora-Pérez C, López-Fernández R. Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. Medisur. 2009; 7(1) [internet] [citado 2017 oct 16]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/506>
- [21] 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. Rev Nac Odontol. 2013;9(17):

- 17-25. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/563>
- [22] Franco-Varas V, Gorritxo-Gil B, García IF. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14(53):13-20.
- [23] Alemán-Sánchez PC, González-Valdés D, Acosta-Concepción RB. Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2015;14(2) [internet] [citado 2017 mar 11]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/535>
- [24] Mora-Pérez C, Gil-Rodríguez M, Álvarez-Mora I, Cardoso-Santiago M, Álvarez-Rodríguez P, Oliva-Romero C. Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. *Área VII, Cienfuegos. Medisur*. 2014;12(6) [internet] [citado 2017 mar 2]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2617>
- [25] Ricardo-Reyes M. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa. *MEDISAN*. 2011; 15(2):222-7 [internet] [citado 2017 oct 16]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200012&lng=es
- [26] Haces-Yanes M, Mora-Pérez CC, Cruz-Pérez NR, Álvarez-Mora I. Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. *Medisur*. 2009;7(1) [internet] [citado 2017 ene 30]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/531/826>.
- [27] Reyes-Romagosa DE, Rosales-Rosales K, Roselló-Salcedo O. Factores de riesgo asociado a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. *Acta Odontológica Venezolana*. 2013;48(1) [internet] [citado 2017 ene 14]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
- [28] Suárez-Esterez L, Bosch-Utra K. *Marcolin bucal [CD-ROM]*. La Habana: Desoft; 2005.
- [29] Ruiz-Feria N, Díaz-Morell JE, Rodríguez-Carracedo EM, Álvarez-Infante E, Vargas-Morales Y, Soberats-Zaldívar M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminterado Juan José Fornet Piña. *CCM*. 2014;18(4):649-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es&tlng=es
- [30] Lee-Garcés Y, Simón-Rodríguez J, González-González E, Reinosa-Águila Y, Pérez-Iranso PJ. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 6-12 años. Manuel Tames. 2013-2014 [internet] s. f. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewFile/731/443>
- [31] Laborde-Ramos R, Valdez-Acosta I, Quintana-Giralt M, Quintana-Díaz JC. Programa Educativo en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital. *Acta Odont Col*. 2016;6(1):21-31. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/58844>
- [32] Pérez-Ferrás ML, Lora-Quesada CA, Malpica-Taobada LI. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. *Correo Científico Médico*. 2013;17(1) [internet] [citado 2017 mar 3]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1248>
- [33] Bryt F, Botella L, Escoda JJ. Programa Convivir. Promoción de salud mental en la comunidad educativa. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006 [internet] [citado 2017 ene 2]. Disponible en: <http://grups.blanquerna.edu/salutiescola/programaconvivir.htm>.
- [34] Capote-Fernández MM, Campello-Trujillo LE. Importancia de la familia en la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol*. 2012;49(1) [internet] [citado 2017 mar 11]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507201200100007&lng=es
- [35] Álvarez-Álvarez L. *Hablar y persuadir: el arte de la oratoria*. La Habana: José Martí; 2007.