



UNIVERSIDAD DE  
**CIENCIAS MEDICAS**  
*"Dr. Raúl Dorticós Torrado"*

**Intervención Educativa sobre hábitos bucales  
deformantes en educadoras del Círculo Infantil  
"Florecitas del 2000". Cruces**

Autora: \* Dra. Caridad Ordoñez Chacón

Tutora: \*\*MsC. Magdevys Fernández Sosa.

\* Residente de 2do. Año de Estomatología General Integral.

\*\*Especialista de I grado en Estomatología General Integral. MsC.

Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.

***Cienfuegos, 2023***

**Universidad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”**

**Cienfuegos**

**Policlínico Universitario “Manuel Piti Fajardo”**

**Cruces**

**Intervención Educativa sobre hábitos bucales  
deformantes en educadoras del Círculo Infantil  
“Florecitas del 2000”. Cruces**

**Autor:** Dra. Caridad Ordoñez Chacón\*

**Tutor:** MsC. Dra. Magdevys Fernández Sosa\*\*

**\*Residente de 2do. Año de EGI**

**\*\*Máster en Salud Bucal Comunitaria, Especialista de Primer  
Grado en EGI, Profesor Asistente**

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

**Cienfuegos**

**2023**

## **PENSAMIENTO**

**SEGUIR CUANDO YÁ NO PUEDES MÁS ES LO QUE TE  
HACE DIFERENTE A LOS DEMÁS.**

**ROCKY BALBOA**

## **Dedicatoria**

Le dedico los resultados de este trabajo a mi profesora Magdevys, q estuvo a mi lado en los momentos malos y buenos, a mi amiga Maidelys q me apoyo para seguir adelante, a mi hija, familiares y persona allegadas q me enseñaron a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento.

## **AGRADECIMIENTO**

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

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

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

Me han enseñado a ser la persona q soy hoy, mis principios mis valores mi perseverancia y mi empeño. Todo esto con una dosis de amor y sin pedir nada a cambio.

GRACIAS.

## RESUMEN

Los hábitos bucales deformantes son considerados como problema de salud en la población infantil. Su origen multicausal, así como su aparición en edades tempranas, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos, con el objetivo de disminuir su incidencia. Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en educadoras del Círculo Infantil “Florecitas del 2000” del municipio Cruces en el período comprendido agosto de 2022 a febrero del 2023. El universo estuvo compuesto por 35 educadoras y la muestra quedó constituida por 27 trabajadoras que dieron su consentimiento y cumplieron con los criterios de inclusión. La intervención educativa contó con tres etapas, diagnóstico, intervención y evaluación. Para la recogida de la información se elaboró una encuesta, para la cual se confeccionó una clave de calificación. Se evidenció un predominio del grupo de edad de 40 a 49 años y con más de 10 años de experiencia laboral. Se identificó un inadecuado nivel de conocimiento por lo que se elaboró e implementó una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes. Una vez implementada la intervención educativa se elevó el nivel de conocimiento de las educadoras sobre las temáticas abordadas, por lo que se consideró efectiva.

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

## ÍNDICE

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Dedicatoria.....                            | 4  |
| Agradecimientos.....                        | 5  |
| Resumen.....                                | 6  |
| Introducción.....                           | 8  |
| Objetivos.....                              | 14 |
| Marco teórico.....                          | 15 |
| Diseño metodológico.....                    | 50 |
| Análisis y discusión de los resultados..... | 58 |
| Conclusiones.....                           | 67 |
| Recomendaciones.....                        | 68 |
| Referencias bibliográficas.....             | 69 |
| Anexos                                      |    |

## INTRODUCCION

Los primeros años de la vida del niño, desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, establecen los cimientos para un crecimiento saludable y armonioso. Se trata de un período marcado por un rápido desarrollo y por cambios que se ven influenciados por su entorno. Estas influencias pueden ser positivas o negativas, determinando en gran medida como será el futuro adulto, las futuras generaciones y la sociedad.<sup>1</sup>

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

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

La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y con la función de la musculatura orofacial. La maloclusión dentaria, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una afección del desarrollo buco facial que ocupa el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.<sup>3</sup> Entre los tipos de hábitos que se presentan con frecuencia en la población infantil, según investigaciones realizadas en niños del norte de la



India y otras poblaciones de Sur América en edades de 5 a 10 años se encuentran: empuje lingual en 18.1%, respiración oral en 6.6% y succión digital en un 0.7%.<sup>4</sup>

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

Estudios realizados en esta década en Cuba plantean que la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. De un total de 1,197 encuestados en 2018 en las edades de 5,12,15 años el porcentaje de afectados fue de 29 %, 45 % y 35 % respectivamente para un promedio de 36,3 %. <sup>7</sup>

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

Los hábitos bucales deformantes pueden provocar alteración en la musculatura facial con alteraciones del mecanismo del buccinador, es muy antiguo filogenéticamente y constituye en el hombre la capa más profunda de la musculatura facial; este músculo junto al orbicular de los labios y el constrictor superior de la faringe constituyen el llamado Mecanismo del Buccinador o Bufanda del Buccinador. Si por alguna razón este equilibrio se pierde las alteraciones en la forma de los arcos se altera de diferentes maneras, como sucede en la succión del pulgar, cuando existen vestibuloversión de incisivos

con un labio superior corto e hipotónico, o en el caso de respiradores bucales, también se observa desequilibrio de este mecanismo, en los casos de hipertonía del músculo mentoniano lo que provoca linguoversión de incisivos inferiores acompañado de apiñamiento, por lo que es de gran importancia clínica mantener su funcionamiento para el equilibrio del aparato estomatognático.<sup>9</sup>

Dentro de las principales causas que pueden originar problemas de maloclusión, se pueden mencionar los factores hereditarios, los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento, también puede afectar en gran parte la forma de los maxilares, los malos hábitos alimenticios y la respiración bucal sin cierre de los labios.<sup>10</sup> Es por ello que a la hora de definir las necesidades de tratamiento ortodóncicos hay que tener en cuenta algunas consideraciones psicosociales y faciales, y no solo la forma en que los dientes engranan entre sí. Por esta razón es difícil determinar cuándo es necesario el tratamiento y cuándo no, partiendo únicamente del estudio de los modelos o de las radiografías dentales. Parece razonable pensar que la necesidad de tratamiento se correlaciona con la gravedad de una maloclusión.<sup>11</sup>

Estudios realizados en Holguín, reportaron que se observó un predominio de la respiración bucal. Antes de la intervención se evidenció un desconocimiento sobre hábitos bucales deformantes 88,10 %, la respiración bucal 90,48 %, empuje lingual 88,10 %, consecuencias de los hábitos bucales deformantes 95,24 %, con la implementación del programa se elevó el nivel de conocimiento de los escolares sobre bucales deformantes 92,86 %, la respiración bucal 95,24 %, empuje lingual 97,62 % consecuencias de los hábitos bucales deformantes 92,86 %. Por lo que el programa fue efectivo, obteniendo resultados significativos.<sup>12</sup>

Los hábitos bucales deformantes constituyen un motivo de preocupación en la atmósfera familiar y despierta la atención de las que tienen responsabilidad en la crianza y educación del niño condicionando la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento del individuo, la familia, y la comunidad.<sup>7</sup>

La identificación de ellos es un paso obligatorio para la prevención primaria y se hace énfasis en la que la misma se realice en los primeros años de vida ya que las alteraciones de la oclusión suelen aparecer en esta época, lo cual da la idea de la magnitud del problema. Es por eso que el esfuerzo principal de los profesionales de la salud debe estar encaminados a reducir o eliminar los ADMF mediante un incremento de la educación sanitaria y su diagnóstico temprano.<sup>7,8</sup>

La prevención permite identificar el factor de riesgo presente en un individuo o comunidad antes que aparezca la enfermedad; significa aplicar medidas para evitar enfermedades, alertar, persuadir, preparar y actuar en consecuencia.<sup>9,10</sup>

El Círculo Infantil posibilita el seguir paso a paso el proceso de aprendizaje y maduración de cada infante. Así es permisible detectar los posibles desequilibrios, desajustes o déficit que se vayan produciendo. Esta posibilidad de actuación preventiva va a ser determinante y fundamental para el encauzamiento de los niños.<sup>11</sup>

La educadora es la máxima responsable del trabajo educativo en el grupo de pequeños, labor que dirige en unión de sus auxiliares pedagógicas, siendo el trabajo de estas últimas de extraordinaria importancia.<sup>11</sup>

En muchas ocasiones las educadoras y auxiliares pedagógicas tienen conocimiento sobre la existencia de los hábitos bucales deformantes y sus consecuencias como factores de riesgo de ADMF y aun así los utilizan como método para calmar a los infantes en momentos de llanto reforzando de esta forma las malas prácticas. Es por esto necesario hacer conciencia no solo en la familia sino también en el personal que está en contacto con los niños. De esta forma controlamos la presencia del hábito incorrecto y prevenimos malformaciones futuras.

Las consideraciones anteriores conllevan a plantear como problema científico la necesidad de buscar una solución al aumento paulatino de las ADMF en la población infantil, desencadenado, entre otras causas, por la práctica ilimitada de los hábitos bucales deformantes.

Las acciones de Educación para la Salud se realizan en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, sin embargo, no siempre éstas cumplen con los requisitos de calidad que garanticen la modificación de las actitudes y conductas de la población en relación con la salud bucal. Este trabajo constituye el aspecto cualitativo del componente educativo del programa de estomatología y se conjuga con las normas, metas y evaluaciones reflejadas en el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población.<sup>7</sup>

Entre los objetivos del mismo está incrementar y perfeccionar la atención estomatológica al menor de 19 años que plantea realizar anualmente el examen bucal, diagnóstico y tratamiento a niños de 0 a 5 años de edad que asisten a instituciones infantiles, aplicando sistemáticamente las técnicas y conocimientos científicos más actualizados en la atención estomatológica donde se incluye la Educación para la Salud, así como la disminución de la morbilidad de las enfermedades bucales y dentro de ellas las ADMF que existen desde los albores de la humanidad como consecuencia de anomalías de forma y función del aparato masticatorio.<sup>7</sup>

Las actitudes se adquieren durante toda la vida: no se nace con ellas; sin embargo, es de suma importancia que en la niñez y la adolescencia se guíe convenientemente el trabajo de educación para la salud, pues si eres capaz de formar comportamientos positivos al respecto en esas etapas, no tendrás que modificarlos después, lo cual se convierte en un proceso mucho más difícil y complejo. El Sistema Nacional de Educación es, entonces, el más amplio vehículo para la difusión de conocimientos y prácticas saludables.<sup>12</sup>

Las instituciones escolares son las más adecuadas para llevar a cabo programas focalizados en el mejoramiento integral de los estilos de vida, ya que congrega permanentemente al mayor número de personas. A través de ella se puede alcanzar al niño, a sus educadores y padres; los profesores son las personas más idóneas para educar y, finalmente, es más probable lograr cambios de conducta si la educación se inicia a temprana edad y se lleva a cabo en forma permanente y sistemática a lo largo de la niñez.<sup>12,13</sup>

Motivados por la alta frecuencia de hábitos bucales deformantes y debido a la importancia de la erradicación de estos antes del inicio de la dentición mixta,

decidimos realizar el siguiente estudio en las educadoras de los círculos infantiles, pues consideramos que si el Estomatólogo General Integral es capaz de incorporar a las instituciones infantiles en la educación para la salud, se podría lograr la eliminación más efectiva a través de cambios conductuales y así restablecer las funciones normales del aparato estomatognático en el primer nivel de atención. Lo que motivó a la realización de este estudio y se propone como problema científico: ¿Se logrará modificar el nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes en educadoras del círculo infantil Florecitas del 2000 del municipio Cruces a través de una intervención educativa, en el período comprendido agosto de 2022 a febrero del 2023?

Hipótesis. La aplicación de una intervención educativa acerca de los hábitos bucales deformantes elevará el nivel de conocimientos de las educadoras del círculo infantil Florecitas del 2000 del municipio Cruces en el período comprendido agosto de 2022 a febrero del 2023.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL.**

- Evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en las educadoras del círculo infantil Florecitas del 2000 del municipio Cruces.

### **ESPECÍFICOS.**

- Caracterizar las educadoras según edad y experiencia laboral.
- Determinar el nivel de conocimientos de las educadoras antes de la intervención.
- Evaluar el nivel de conocimientos de las educadoras después de la intervención

## **MARCO TEÓRICO**

El Sistema Nacional de Salud Cubano en su esfuerzo, trabaja en la implementación de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución aprobados en el VII Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC), priorizando la consolidación y el avance de las transformaciones necesarias del sector, con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población, incrementar la calidad y satisfacción del pueblo por los servicios que se le prestan, hacer eficiente y sostenible el sistema, garantizando su desarrollo, así como se plantea en los lineamientos No 126 al 132; y al mismo tiempo ratificar el compromiso con nuestro Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, quien nos legó una concepción social de la medicina, la vocación internacionalista como un eje estratégico, la ética, la confianza en el ser humano, sus valores y el concepto de Revolución, verdadera síntesis de su pensamiento.

Las anomalías dentomaxilofaciales son un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial ya que esta entidad ocupa el tercer lugar en prevalencia, precedido por la caries dental y la enfermedad periodontal. Su comportamiento a escala mundial oscila entre el 35% y el 75%, con diferencias en sexo y edad.<sup>14,15</sup>

### ***La promoción de salud en la actualidad***

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar los factores determinantes de la salud y de ese modo mejorarla. La salud se persigue pues, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo y unificador, que acentúa los recursos sociales y personales, así como las actitudes físicas (13).

El concepto de promoción de salud tiene sus antecedentes en el siglo XIX, 1820, cuando el profesor William Alinson de la universidad de Edimburgo en Escocia, describió la relación entre la pobreza y la enfermedad, basado en sus observaciones en las epidemias de tifus y cólera, considerando que debía ser invertido gran cantidad de dinero para eliminar los residuales insalubres (1).

Sin embargo, el primer llamado para coordinar las intervenciones sociales y promover la salud fue realizada por el gran historiador de la medicina Henry E. Sigerist en 1945, utilizándose por primera vez el término de Promoción de Salud, y considerándola como una de las cuatro grandes tareas de la Medicina (2). Luego en 1986 durante la primera conferencia realizada en Ottawa, Canadá, se da a conocer que la Promoción de Salud consiste en: “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma alcanzando un estado adecuado de bienestar físico, mental y social...” (5).

Las necesidades sociales determinan los cambios en las políticas públicas en general y en las políticas de salud en particular. Sobran datos que evidencian las condiciones deplorables de salud en que viven los pueblos y la incapacidad de los sistemas y servicios de salud para resolverlos, porque no acaban de comprender que la salud y la enfermedad están allí donde se vive, se trabaja y que sólo un cambio social en este sentido es en el que la gente conozca y comprenda lo que debe hacer; que emanen las soluciones de la propia comunidad integrada a un sector salud de frente a sus problemas y preparado para aplicar estrategias viables que aseguren a la comunidad que puede vivir mejor (13).

A punto de partida de los objetivos de salud para todos se origina un movimiento mundial que involucra a los gobiernos y profesionales sanitarios en estrategias que facilitan al público la información pertinente en esta materia; que estimulan a las personas a adoptar modos de vida sanos que le propicien un mayor bienestar, por lo que debería formar parte de los programas no sólo de salud, sino también de la agricultura, la vivienda, la educación etc. (14).

El concepto de promoción de salud y los prerequisites para alcanzarla sustentan su aplicación en el momento actual. También se establecen compromisos a favor de la promoción de salud, dentro de los cuales está la reorientación en la formación de recursos humanos hacia la promoción y a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y lo que es más importante con el pueblo mismo (15).

Todo este accionar en el campo de la Medicina, unido a movimientos sociales, dio lugar a otras reuniones de promoción de salud en Adelaida, Yakarta y



México donde se amplían y se fortalecen los lineamientos de la misma, no como opción sino como una necesidad para mejorar la situación de salud (16,17).

A pesar de ésto se originan diferentes opiniones dentro del sector salud en relación a la promoción; algunos autores opinan que en la estrategia de promoción los servicios de salud le transfieren poder a otros sectores y a la comunidad y pierden terreno, lo cual evidencia un concepto estrecho de salud y el papel de la promoción para alcanzarla (18).

El sector privado ve la promoción como algo relacionado con los medios de comunicación y no con la práctica médica, pero que al influir en la mentalidad del público los obliga a dar algunas orientaciones que en la mayor parte de los casos están dirigidas al conocimiento de la enfermedad y no a la promoción de salud (19).

Los medios de comunicación en gran cantidad de países utilizan la promoción de salud para dar publicidad a algún producto con fines de estimular la demanda, por lo que tiene más sentido comercial que de promoción de salud (20).

Estos criterios evidencian una gran confusión tanto a nivel de sector salud como en otros sectores en relación a la promoción; su campo de acción debe ir unido al desarrollo social desde el individuo en el hogar, la escuela, el centro de trabajo, en el sector salud, sector comercial y benéficos orientados en un mismo objetivo: la salud (11,12).

La promoción de salud no puede concebirse entonces como un hecho aislado, ella es parte de la política, la cultura, el sistema de salud y los programas tanto docentes como de servicios dirigidos a la promoción de salud y prevención de enfermedad, para que tanto los profesionales que lo integran como los propios servicios de salud se sientan parte del problema y parte de la solución, para conseguir que las mejoras de salud crezcan a un ritmo mayor que el de la demanda de servicio (13).

La promoción de la salud no puede limitarse sólo a brindar información sobre riesgos y problemas, ya que los conocimientos de un individuo sobre el daño que le provoca un factor de riesgo no conduce directamente a la modificación de

su comportamiento. Esto indica que la promoción de la salud requiere de acciones profilácticas y no se limita a la divulgación de la información (13).

La promoción y la educación para la salud constituyen uno de los campos que han alcanzado un desarrollo importante mediante la búsqueda permanente de nuevas metodologías, las cuales permiten una mayor coherencia entre los aspectos teóricos conceptuales y sus aspectos operacionales (13,14).

A continuación se centrará la atención en la Educación para la Salud por su importancia como elemento fundamental de la promoción de salud.

### ***Caracterización de la Educación para la Salud.***

La Educación para la Salud no es un fin, sino un medio eficaz de aprendizaje sobre temas que atañen a la salud. Es una herramienta imprescindible para la medicina preventiva, asistencial y rehabilitadora.

Existen múltiples definiciones de Educación para la Salud. Esta diversidad testimonia la existencia de un campo de acción en pleno desarrollo y las diferentes posiciones por parte de los agentes de Educación para la Salud. Entre las diversas definiciones que intentan conceptualizar la Educación para la Salud se pueden citar las siguientes:

“Es el conjunto de experiencias y de situaciones que en la vida de un individuo, de un grupo o de una comunidad, pueden modificar sus creencias, su actitud y su comportamiento acerca de un problema de salud” (Gilbert, 1959) (15).

“La Educación para la Salud representa una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar su comportamiento. En general pretende hacerles adquirir y conservar hábitos de vida sanos, enseñarles a utilizar adecuadamente los servicios sanitarios de los que disponen y conducirlos a tomar por sí mismos, individual y colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y de la salubridad del medio en el que viven” (OPS, 1969) (16).

“La Educación para la Salud es la condición previa a toda actividad de promoción y de protección de la salud, dirigida a los individuos, los grupos o las comunidades. Más que una disciplina particular, es una actitud del espíritu, una

orientación del pensamiento y de la acción que utilizan las ciencias médicas, psicológicas y sociales. Tiene como objetivo ayudar a las personas a adquirir el mejor estado de salud que puedan alcanzar, teniendo en cuenta su herencia genética y el entorno en el que viven. Debe desarrollar el sentido de la responsabilidad individual y colectiva puesto que las enfermedades y accidentes suelen producirse por ignorancia, negligencia, etc.” (Berthet, 1983) (17).

“La actividad formativa y educativa dirigida al desarrollo consciente y responsable por parte del hombre, ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud y la capacidad de rendimiento” (Aguirre del Busto, 2004) (18).

“La Educación para la Salud debe contribuir a desarrollar una toma de conciencia crítica de la realidad, de las características de nuestra inserción en el mundo natural y humano en el que vivimos, de nuestras relaciones con los seres y las cosas, de nuestros derechos y deberes en relación con aquellos que comparten con nosotros este momento y espacio. En un sentido más amplio, la Educación para la Salud es una educación para la vida, de los individuos y de los grupos humanos... se trata de aprender a ver la vida con otros ojos, amarla y elegir en todo momento los comportamientos que contribuyen a permitir vivirla en salud” (Castillo, 1999) (19).

La OPS y la OMS en 1986 concluyen a partir de las conceptualizaciones señaladas que:

“La Educación para la Salud es un campo especial de las ciencias de salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos. Es ante todo acciones comunes de participación” (García R., 2002) (20).

Estas acciones responderían a la adquisición de actitudes personales que es una de las estrategias de promoción de salud propuestas por la OPS y la OMS en su documento Promoción de Salud, “un enfoque innovador y eficaz”.

La OMS define la Educación para la Salud "como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejoría de la salud, fomentando conductas positivas de salud y cambiando los estilos de vida en sanos". Su objetivo es conseguir que las personas estén bien informadas sobre los patrones culturales y tradicionales que incidan sobre la conducta humana (7).

La Educación para la Salud se amplía a la especialidad de Estomatología General Integral, con el fin de elevar los conocimientos sobre salud bucal que pueden aplicarse en cualquier lugar, escuela, hogares, centros de trabajo, en fin, en la comunidad (11).

Debe ser mantenida y reiterada, tiene como función promover, organizar y orientar los procesos tendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los individuos, grupos y colectividades, adquiere una importancia capital y contribuye al desarrollo de la conciencia sanitaria de la población (12).

La Educación para la Salud ejerce su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivos, actitudes del hombre en relación con su salud y enfermedad y es, al mismo tiempo, componente de la formación y educación general y del sistema específico de protección de la salud en particular (13).

Los objetivos de la Educación para la Salud en Cuba, están orientados a la formación de la personalidad, para el desarrollo armónico e integral de hombres conscientes, activos, capaces psíquica y físicamente, saludables, cultos, que transformen productivamente el ambiente natural y social y que puedan al propio tiempo transformarse así mismos de manera creadora (Chávez V., 2003) (13).

La Educación para la Salud es aprender a entender la salud como un bien personal y solidario, manifestando actitudes sanas para consigo mismo y los demás, tanto para el cuidado físico, como en el de las relaciones afectiva emocionales (14).

La Educación para la Salud es una estrategia dentro de la promoción de salud para lograr metas de salud. Como medio, el propósito de la Educación para la Salud es el de contribuir a construir la capacidad de las personas para que

participen activamente en definir necesidades, negociar e implementar sus propuestas para el logro de las metas de salud. Como fin, el objetivo de la Educación para la Salud consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad (Arroyo H., 2001) (10).

En los diversos talleres y reuniones de trabajo, sostenidos entre 1993 y 1994 con diversos educadores responsables de los programas de Educación para la Salud en los países de la Región de Las Américas se recomendó reforzar el desarrollo de un concepto de Educación para la Salud activo-participativo y práctico, como proceso social permanente, que sea diseñado para fomentar:

- El análisis y reflexión sobre los problemas y las necesidades de las comunidades para mejorar la salud y la calidad de vida.
- Las acciones intencionales capaces de influir favorablemente en los comportamientos, actitudes y prácticas de las personas para lograr un mejoramiento de la salud individual y colectiva.
- Actividades para potenciar y facilitar la participación social en la construcción de acciones para el desarrollo de la salud (10).

La Educación para la Salud es una de las principales estrategias que permite generar oportunidades para los procesos de aprendizaje participativo, así como crear ambientes positivos para involucrar a personas de todos los grupos a través de los procesos, ofreciéndoles conocimientos relevantes para mejorar su salud y su calidad de vida (14).

La Educación para la Salud basada en la comunidad, contribuye a las metas de salud a través de la organización de programas y eventos educativos para fomentar la participación de diversos grupos en proceso de aprendizaje. De esta forma las personas adquieren e intercambian los conocimientos esenciales sobre la promoción y protección de su salud, la de su familia y de su comunidad. En cada momento se promueve el análisis crítico y discusión y reflexión sobre los factores y las condiciones de riesgo para la salud, tanto personal como comunitaria. Los programas educativos facilitan la participación de la comunidad en el cuidado de la salud (14).

La Educación para la Salud como proceso de aprendizaje, facilita la participación activa de las personas y el intercambio de la información y las experiencias. Este intercambio genera conocimientos y habilidades que ayudan a transformar los valores, prácticas y estilos de vida de tal manera que sean favorables a la salud. La Educación para la Salud es una disciplina académica, un campo profesional y una actividad que destaca la importancia que tiene el mejorar los estilos y prácticas de vida (Arroyo H., 2001) (10).

Es por esto que ella constituye una parte de la educación general y como tal, debe reunir las mismas características, sobre todo en lo referente a la revisión frecuente de los objetivos educativos y a la participación activa de todos los implicados. Los objetivos de la Educación para la Salud pretenden conocimientos, actitudes y comportamientos; tratan de desarrollar un saber, saber hacer, saber ser y saber devenir que permita a cada uno y a cada comunidad el logro del más alto grado de salud posible (20).

Debemos recordar que esta disciplina está en una nueva dimensión filosófica, no sólo aprendida, sino sentida y motivada, y se basa fundamentalmente en las Ciencias del Comportamiento: Psicología, Sociología y como broche de oro, la Pedagogía (18).

Cuando hablamos de Educación para la Salud nos acercamos al hombre, a la naturaleza y a la comunidad donde vive; porque como expresó José Martí: "La educación ha de ir a donde va la vida". No debemos esperar que la comunidad venga al profesional o al técnico de salud, sino que debemos ir en búsqueda y aprender de la realidad y luego demostrar, junto a ellos, lo verdadero y lo falso de los conocimientos.

### ***Educación para la Salud Bucal***

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población tiene dentro de sus objetivos: elevar el nivel de Educación para la Salud de la población, garantizar la uniformidad de las actividades educativas en los servicios estomatológicos, incrementar los conocimientos de los miembros del equipo de salud en la metodología adecuada para la realización de actividades educativas y proporcionar la temática fundamental a desarrollar en cada uno de los grupos poblacionales (19).

Son muchas las afecciones que pueden alterar la salud de la boca, tales como caries, periodontopatías, malformaciones y malposiciones dentarias, traumatismos, malformaciones congénitas y tumoraciones. La prevención de las alteraciones bucodentales representa uno de los mayores retos sanitarios de la sociedad actual. Es sabido que muchas patologías bucales pueden llegar a desencadenar alteraciones cardiovasculares, cerebrales, articulares e incluso trastornos de carácter psicológico (Varela M., 2005) (12).

Las enfermedades bucodentales constituyen uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en la comunidad. Una vez establecidas son persistentes y no tienen curación espontánea; sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y actuación (García B., 2002) (12).

La Educación para la Salud dental es el primer y el más importante pilar de la prevención en Estomatología. El éxito de esta educación no reside en el conocimiento de las pautas de salud, sino en la adopción y mantenimiento de hábitos saludables. (20)

Gómez G. ,2003 (13) en su artículo “Educación para la Salud Dental” propone una serie de aspectos a tener en cuenta para planificar un programa de salud bucodental:

- Adopción de un enfoque integral flexible.
- Integración del programa educativo de salud dental dentro de los programas de educación para la Salud y compatibilidad con la cultura local, el sistema educativo y las metas sociales.
- Uso de mensajes seguros científicamente, consistentes internamente y compatibles con otros mensajes y realidades prácticas de las vidas de los sujetos.
- Diseño de programas para las necesidades específicas de subgrupos de la población con mayor riesgo.
- Inclusión de gran parte de actividad y participación del sujeto.
- Tomar en cuenta las influencias de las "personas significativas" como la familia, líderes del grupo, vecinos etc. para conseguir un cambio de comportamiento de los sujetos.
- Selección de un material educativo apropiado para cada tipo de audiencia.

- Revisión periódica de los programas de Educación para la Salud dental por un comité asesor.

El estomatólogo debe ser una persona profundamente comprometida con su profesión y su país, tanto para conocerla y vivirla intensamente como para plantear alternativas de soluciones; debe comprender que su principal deber ético y moral es conservar sana a la comunidad, y que no corresponde con la nobleza y dignidad de la profesión el aferrarse a un ejercicio que condena a las personas a permanecer enfermas (Alfonso R., 2002) (11).

### ***Hábitos bucales deformantes***

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.<sup>(17)</sup>

Son numerosas las causas que pueden originar o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran los elementos totalmente externos, sobre los cuales se puede actuar y que han sido ampliamente estudiados y tratados por algunos autores, con énfasis en los hábitos bucales deformantes, pues al conocerlos se puede realizar una correcta prevención y atender al paciente de manera integral, como el ser biopsicosocial que es.<sup>(15)</sup>

Todos los hábitos tienen su origen en el sistema neuromuscular, como reflejos de la contracción muscular, de naturaleza compleja, los cuales se aprenden. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.<sup>(16)</sup>

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.

### **Causas.**

**La armonía familiar.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la calidad de vida relacionada a la salud bucal como una parte integral de la salud general y el bienestar. Factores presentes en las familias como la disfuncionalidad familiar, el tipo de estructura familiar, el aumento en la actualidad de la familia monoparental, podrían incrementar el riesgo de presentar hábitos bucales deformantes y acentuar su severidad.<sup>15</sup>

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

**Bajo peso del niño al nacer.** Es aquel recién nacido que pesa menos de 2 500 gramos. La asociación entre el estado de salud bucal y el peso al nacer manifiesta que el bajo peso al nacer empeora las condiciones bucales del niño, se mostró que a medida que el peso al nacer aumenta la salud bucal mejora. En la actualidad, tanto en naciones desarrolladas como del tercer mundo, el bajo peso al nacer tiene un tremendo impacto en el sistema de salud. El bajo peso al nacer incrementa la frecuencia de hábitos orales, maloclusiones,

gingivitis, el índice ceo-d, y el retardo en el brote dentario. La buena nutrición juega un papel importante en el crecimiento y el mantenimiento de la buena salud corporal y la higiene bucal. La malnutrición puede retardar el crecimiento y desarrollo, afectar la calidad de los tejidos en formación y la mineralización, actuar a nivel muscular e incidir sobre la maduración de las funciones.<sup>17</sup>

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

**Nivel sociocultural de los padres.** La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, y esto nos lleva a tener una total falta de interés en el tema, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos. En nuestro entorno los más afectados son los niños, considerando la necesidad de involucrar a todos los actores sociales de la comunidad que intervienen en su cuidado y educación desde el nivel inicial de enseñanza, es decir el personal administrativo, los docentes, auxiliares, tutores y padres de familia, y también es de vital importancia verificar el nivel de conocimientos de salud bucal en las madres gestantes y del personal de salud para unificar conocimientos y criterios básicos de salud bucal y así unir esfuerzos para disminuir incidencia de enfermedades bucales prevalentes. La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.<sup>19</sup>

**Estrés.** El estrés en la niñez puede ser provocado por cualquier situación que requiera que un niño se adapte o cambie. La situación a menudo causa

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

### **Tipos de Hábitos Bucales Deformantes:**

#### **Succión digital.**

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerado “normal”, probablemente está presente en el 50% de los niños pequeños. La persistencia del hábito en una persona ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad. Existen diferentes tipos de succión digital: de uno y hasta dos dedos. Durante los primeros seis meses de vida, la succión es una actividad preponderante; desde el nacimiento hasta los dos años y medio o tres de vida, la presencia de la succión digital, se considera un mecanismo normal adaptativo y fisiológico. Si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, existe gran posibilidad de no lesionar el alineamiento dentario. Si por el contrario, el hábito persiste durante el período de dentición mixta se pueden desencadenar consecuencias importantes en la oclusión dental. Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca.<sup>22</sup> La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos

lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.

### **Etapas:**

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

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

**Etapas II** (Succión del pulgar clínicamente significativo):

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

**Etapas III** (Succión del pulgar no tratada):

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

### **Etiología**

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

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

### **Consecuencias**

- Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- Retroinclinación de los incisivos inferiores.

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

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

### **Tratamiento.**

- Explicar al niño con un vocabulario acorde a su edad los daños que le causaría persistir el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos disminuir la frecuencia.
- Aparatología (aparatos de ortopedia y ortodoncia rejilla lingual).
- Terapia mio-funcional, favorecer tono de musculatura ya sea adentro o alrededor de la boca por flacidez o tensión de la musculatura, disociación de movimientos de las estructuras orales.
- Niños menores de tres años y menores a esta edad no se deberían intentar intervenciones activas, principalmente por falta de desarrollo cognitivo y emocional, que los ubica en la categoría de niños sin capacidad de

cooperación, La mayoría de estos niños detendrán el hábito aproximadamente a los 4 años.

- Niños de tres a siete años, se sugiere en primer lugar la comunicación con el niño para que deje el hábito. En el primer período de recambio se debe contemplar la posibilidad de participación más activa, con aparatos o mediante modificación de conducta.

- Niños mayores de 7 años. En este grupo, las anomalías caracterizadas por aumento de resalte y mordida abierta no se autocorrigen debido a los patrones funcionales atípicos que se han establecido. Estos niños requieren alguna forma de tratamiento activo.<sup>26</sup>

#### **- Diagnóstico.**

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

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

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

#### **Deglución.**

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil). Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder. La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la

respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central.<sup>28</sup>

### **Deglución normal.**

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

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

### **Deglución atípica.**

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

y el dorso, ubicándose baja en la cavidad bucal, separada del paladar. Hay actividad de los músculos succionadores, participando igualmente la musculatura peribucal.

En contraste, la deglución adulta o madura presenta la punta de la lengua ubicada en las caras palatinas de los incisivos superiores, mientras ésta se arquea de adelante hacia atrás en contacto con la bóveda palatina. Los arcos dentarios están por lo general en oclusión, mientras se registra silencio miográfico en la musculatura perioral. De esta manera, la deglución madura no muestra protrusión mandibular, ni la punta de la lengua entre los dientes, ni contracción de los labios. Y diastemas múltiples. Esta configuración morfológica puede estar en conjunto con una marcada contracción del músculo mentoniano durante la deglución.

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

### **Etiología.**

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

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



## Clasificación

Tipo I: no causa deformación.

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

- Las deformaciones en la deglución atípica Tipo I y Tipo II son:

- Mordida abierta anterior, la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. 20

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

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

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

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

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

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

vestibuloversión o Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.<sup>32</sup>

Características clínicas.

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

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

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

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

Movimientos del cuello: En ocasiones pueden apreciarse movimientos del cuello asociados a mala masticación. Si el bolo está mal formado los alimentos no están bien triturados, es demasiado grande o no está bien insalivado-, puede presentar dificultades para ser introducido en la orofaringe y la persona puede realizar un movimiento de estiramiento del cuello y extensión de la nuca.<sup>34</sup>

Ruidos al tragar: Aparecen porque el sujeto realiza un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución. Mantener residuos de alimentos en la boca después de acabar la deglución: este fenómeno se debe a la hipotonía de los músculos de las mejillas que favorece el almacenamiento de partículas en el vestíbulo de la boca. 35

Efectos colaterales

- Contracción de la musculatura perioral.
- Alteración de los fonemas siendo los más alterados: l, n, t, d, s, z.
- Aumento del volumen de la lengua.

Es de suma importancia observar la postura de reposo de la lengua en los pacientes con estas características.

- Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.
- El paciente escupe con mucha frecuencia.
- Falta de contacto entre dientes anteriores y posteriores.
- Problemas de lenguaje expresivo.
- Protrusión incisivos superiores.
- Mordida abierta región anterior y superior. Dificultad para deglutir con los labios separados. 24

Tratamiento.

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

- Terapia miofuncional. La terapéutica miofuncional propone que, mediante una serie de bien motivados y controlados ejercicios de lengua y labios, el niño puede ser entrenado como para desarrollar una nueva modalidad de deglución

y de este modo corregir la maloclusión originada por aquélla cuando es atípica, o impedir la recidiva de cuadros tratados ortodóncicamente por igual causa.

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

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

- Aparato removible impeditor o rejilla impeditora. Procedimiento inicial para una deglución atípica con interposición lingual anterior.

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

- Muralla acrílica. Es otro impeditor de lengua comúnmente utilizado, y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impeditora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la altura de los incisivos inferiores. Ambos aparatos citados anteriormente actúan solamente como impeditores, porque no corrigen el hábito.

- Aparato removible con un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina o papila incisiva.

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

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

Diagnóstico.

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

### **Onicofagia.**

La onicofagia hace referencia al hábito de morderse las uñas. Este es un hábito común y se observa tanto en niños como en adultos; se caracteriza por lesiones repetidas, es de tipo autodestructivo y agresivo. Se conoce como un

hábito de transferencia de la succión del pulgar, ya que este tiende a ser abandonado durante el tercer año de vida. La necesidad de morder y comer incluso las uñas se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad. Se observa en edades entre los 4 y 6 años; se estabiliza entre los 7 y 10 años; aumenta considerablemente durante la adolescencia; la incidencia se reduce cuando aumenta la edad.

La onicofagia o mordisqueo de uñas es un hábito patológico muy extendido en la infancia y en la edad juvenil, que influye negativamente en la estética dental, bucal y digital. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática. La continua y reiterativa manía ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, dientes de enorme repercusión en la buena apariencia de la sonrisa. Los microtraumatismos que el mordisqueo ocasiona en las mucosas labiales hacen que la patología infecciosa (herpes, labios cortados, aftas) sea más frecuente en estos pacientes. Asimismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares, por lo que la onicofagia constituye una preocupación para los padres de niños y adolescentes.<sup>36</sup>

#### Etiología.

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

Causas psicosomáticas. Es difícil agrupar en un mismo patrón a la cantidad de personas que sufren este mal hábito por causas psicosomáticas. Pero en los casos muy severos en formas más conscientes de lesiones autoinfligida, podemos enumerar algunos de los rasgos distintivos que pueden favorecer actitudes negativas e influir emocionalmente en el comportamiento del sujeto durante la niñez, adolescencia y hasta la edad adulta.

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

#### Consecuencias.

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

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

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

#### Tratamiento.

Para los casos leves de onicofagia no se necesita tratamiento, mientras que para situaciones más graves el tratamiento debe involucrar la eliminación de los factores emocionales que induzcan el hábito. En algunos casos, un poco más de atención y la comprensión son suficientes. Se recomienda actividades

al aire libre o actividades con las manos. Un enfoque multidisciplinario debe centrarse en los esfuerzos para contribuir a la autoconfianza y la autoestima del paciente.

Se trata de dominar los nervios, ansiedad, o problemas cotidianos que te arrastran a este mal hábito. Si se trata de un niño hay que ayudarlo porque por sí mismo será incapaz de superarlo.

- hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones que activen su hábito de morder las uñas. por ejemplo: acariciar, tocar, palpar, frotar o rascar las uñas, los bordes de las uñas y de las cutículas antes de llevarlos a la boca.

- hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones que provocan o estimulan su hábito. Por ejemplo: al estudiar, momentos de exámenes, leer libros, viendo la tv, frente al ordenador, discusiones y nerviosismo.

- hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones en que el niño ha evitado su hábito de morderse las uñas. Por ejemplo: practicar actividades deportivas, charlas con amigos, jugando, estar en sitios públicos, escuchar y admitir los reproches de familiares o de amigos cuando se muerde las uñas, cuando está masticando algo.<sup>38</sup>

Autodominio.

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

Succión del chupete o biberón.

La succión es una necesidad del bebé que se sacia a través de la alimentación materna o biberón, cuando ésta se realiza correctamente estimula toda la musculatura facial y favorece el crecimiento armónico de la cara. En otros casos la succión puede ser favorable cuando estimula el crecimiento mandibular de niños con retrognatismo (poco crecimiento del maxilar inferior). Por otro lado, la succión puede traer consecuencias cuando se prolonga más



allá de los 18 meses de vida, llegando incluso a producir alteraciones a nivel orofacial; en otros casos también puede producir alteraciones en la correcta unión entre dientes (oclusión dentaria).<sup>20</sup>

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

Consecuencia del uso del chupón.

- La principal preocupación es evitar los problemas dentales que podrían producirse si el niño continúa succionando el chupón cuando le empiecen a salir los dientes permanentes; alrededor de los 5 años de edad.
- Los hábitos de succión no nutritiva se relacionan con las maloclusiones dentarias: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.
- Los niños succionadores, sufren una alteración de la flora bacteriana y una hipertrofia del sistema linfático por lo que suelen presentar una respiración bucal, lo cual también influye en el desarrollo de las maloclusiones.<sup>27</sup>

- La succión del chupón podría dificultar el crecimiento normal de la boca y la alineación de los dientes. Según Álvarez González, la succión excesiva de chupones tiende a poner presión en las piezas dentales frontales y por ende vestibularización de las mismas.<sup>28</sup>

- La succión del chupón después de los 6 o 7 años de edad puede afectar la forma de la boca y de los dientes del niño; y como resultado, el niño necesitará tratamiento de ortodoncia más adelante.

#### Consejos para el uso seguro de chupones (chupetes)

- No se deben usar los chupones como sustitutos de comidas o para retrasar las comidas; se deben ofrecer únicamente después o entre comidas.

- Los chupones deben estar hechos de una sola pieza y de un material fuerte, que no sea tóxico, y que se pueda esterilizar.

- Nunca meta el chupón en miel u otra sustancia dulce antes de dárselo al niño.

- Nunca se meta el chupón en la boca para limpiarlo antes de dárselo al niño. Esto transmite gérmenes que pueden ocasionar caries.

- Con frecuencia, los chupones se caen al suelo y las manos de los niños por lo general, están sucias; por lo que es necesario lavar a menudo los chupones y las manos de los niños con jabón suave y enjuagarlos con agua para reducir la exposición a gérmenes.<sup>38</sup>

#### Beneficios del uso de chupete.

1. Efecto tranquilizante del chupete: En los primeros días de vida, se aconseja amamantar al recién nacido para aportarle la cantidad de alimento correcta. El pequeño tiene además la necesidad de repetir con frecuencia la succión del pezón materno o bien sustituirlo por su propio pulgar o por un chupete; éste no debería ofrecérsele hasta que la lactancia materna estuviera bien establecida en 2 o 3 semanas, para así no interferir con ella.

2. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante: Numerosos estudios han relacionado el uso del chupete con una menor incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante. La succión del chupete favorece el control de la

respiración disminuyendo los períodos de apnea a la vez que, por razones de comodidad, los niños que usan el chupete no duermen en decúbito prono, posición que aumenta el riesgo de síndrome de muerte súbita.

3. Estímulo del recién nacido pre término: Diversos autores han valorado el interés de los métodos de succión no nutritiva en los recién nacidos pre término alimentados por sonda nasogástrica. Concluyen que éstos aceleran la maduración del reflejo de succión, con lo que se consigue antes una succión organizada, lo cual facilita una transición más rápida a la alimentación oral.<sup>38</sup>

Tratamiento.

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

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

- Buscar un lugar especial para guardar el chupón que esté fuera de la vista, para que el niño tenga que pedirlo.

- Felicitar los esfuerzos del niño y premiarle cuando no use el chupón. Ofrecerle palabras de ánimo, hágale una caricia o dar un abrazo en esos momentos en los que no use el chupón. Hágale saber que usted se da cuenta del esfuerzo que el niño está haciendo para quitarse la costumbre y que usted lo aprecia mucho.

- Los cuadros de estrellas, los premios diarios y los recordatorios discretos durante el transcurso del día son también muy útiles.<sup>20</sup>

Interposición labial o Queilofagia.

Es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto linguoversión de incisivos inferiores y vestíbulo versión de incisivos superiores. En lo que refiere específicamente a la Queilofagia, ha sido interpretada como una forma de la psiquis de manifestarse simbólicamente cuando los contenidos emocionales encuentran barreras para ser elaborados en forma verbal. Ha sido referida como característica de niños que han requerido de una mayor atención o concentración mental e incluso de pacientes con trastornos de personalidad obsesiva-compulsiva, preocupación por la organización, perfeccionismo y control sobre otros, autoexclusión de actividades placenteras y seguimiento de principios morales rígidos.<sup>21</sup>

#### Causas.

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

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

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

#### Consecuencias.

- huellas dentarias en labios.
- labios agrietados, resecos y costras.

- mal olor y sabor por los restos de saliva.
- patologías de origen friccional: úlceras, leucoplasia o lesiones más complejas como fibromas, quistes de retención o cáncer.

Tratamiento.

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

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

Otras opciones a nivel de salud física son:

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

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

### **Respiración nasal o normal.**

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

### **Respiración oral.**

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

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

Etiología.

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

Características faciales y dentarias.

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y revertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)
- Mordida cruzada posterior, uní o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.

- Paladar alto u ojival.
- Retrognatismo del maxilar inferior.
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores mesogresión de posteriores.
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Perfil convexo.
- Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga).
- Boca entreabierta.
- Nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas.
- Labio superior corto, labio inferior grueso y con disminución en el tono.
- Mejillas flácidas y apariencia de ojeras. 38

Diagnóstico.

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

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

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

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

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

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

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

El Espejo de Glatzel se coloca un pequeño espejo sobre el labio superior del paciente, se le indica que inspire y expire, el espejo se debe empañar por lo menos unilateralmente en condiciones normales. Si se diagnostica



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

Tratamiento.

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

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en educadoras del Círculo Infantil “Florecitas del 2000” del municipio Cruces en el período comprendido agosto de 2022 a febrero del 2023.

### **Universo y Muestra**

El universo estuvo compuesto por 35 educadoras y la muestra quedó constituida por 27 que estuvieron dispuestas a participar en el estudio.

Criterios de salida

- Educadoras que durante el período de la investigación se ausentaron al centro laboral por baja del mismo o enfermedad.

### **Operacionalización de Variables**

Se estudiaron las variables: edad, Experiencia laboral, Nivel de información, Hábitos bucales deformantes, Motivación por el tema y Evaluación.

| No | Variables            | Tipo de variable      | Operacionalización                                                   |                                                                                                                                 | Indicador                                   |
|----|----------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|    |                      |                       | Escala                                                               | Descripción                                                                                                                     |                                             |
| 1  | Edad                 | Cuantitativa discreta | 20-29<br>30-39<br>40-49<br>50-59<br>60-69                            | Edad en años cumplidos que conforman cada grupo                                                                                 | Frecuencias relativas y absolutas (No. y %) |
| 2  | Experiencia Laboral  | Cualitativa ordinal   | -Poco experimentada<br>-Medianamente experimentada<br>-Experimentada | -Poco 1-5 años<br>-Mediana 5 -10 años<br>-Experta +10 años                                                                      | Frecuencias relativas y absolutas (No. y %) |
| 3  | Nivel de información | Cualitativa ordinal   | -Poco informado<br>-Medianamente Informado<br>-Bien informado        | Corresponderá a la información que presentará el entrevistado sobre el tema.<br><br>-Poco 0-21<br>-Mediano 22-26<br>-Bien 27-32 | Frecuencias relativas y absolutas (No. y %) |

|   |                                   |                                      |                                                                                                                                                                |                                                                                                                             |                                                      |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 4 | Hábitos<br>bucales<br>deformantes | Cualitativa<br>nominal<br>politómica | -Succión digital<br><br>-Chupeteo del<br>tete<br><br>-Onicofagia<br><br>-Hábitos<br>posturales<br><br>-Respiración<br>bucal<br><br>-Protracción<br><br>Lingual | Correspondió<br>con los hábitos<br>bucales<br>deformantes<br>identificados<br>por las<br>trabajadoras<br>encuestadas.       | Hábitos<br>bucales<br>deformantes                    |
| 5 | Motivación<br>por el tema         | Cualitativa<br>ordinal               | -No motivadas<br><br>-Motivadas                                                                                                                                | Corresponderá<br>con la<br>ubicación en la<br>escala de<br>autovaloración<br><br>No motivadas<br>0-2 y<br>Motivadas<br>3-5. | Frecuencias<br>relativas y<br>absolutas<br>(No. y %) |

|   |            |                     |                               |                                                                                                                                                                        |                                             |
|---|------------|---------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 6 | Evaluación | Cualitativa ordinal | -Pertinente<br>-No pertinente | Pertinente cuando el 75 % de la muestra se encuentre motivada y bien informada.<br><br>No pertinente cuando menos del 75% de la muestra este bien informado y motivado | Frecuencias relativas y absolutas (No. y %) |
|---|------------|---------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

### **Recolección de los datos:**

#### **Métodos de recolección de la información**

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

La información fue recogida mediante la aplicación de una encuesta auto administrada (Anexo 4) a cada participante en la intervención antes y después de la misma.

#### **Métodos empíricos empleados**

**Observación:** Permitió observar en la práctica el conocimiento que tuvieron las educadoras sobre hábitos bucales deformantes.

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

#### **Métodos teóricos empleados:**

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

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

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

**Enfoque de sistema:**

Permitió el análisis de los contenidos, así como su relación con el medio social y estructura lógica que proporcionaría información a las madres.

**Métodos estadísticos empleados:**

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

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

El estudio para su mejor comprensión estará concebido en tres etapas:

- Etapa de recolección de datos y de diagnóstico.
- Etapa de diseño e intervención.
- Etapa de evaluación.

**Etapa de Recolección de Datos y Diagnostico:**

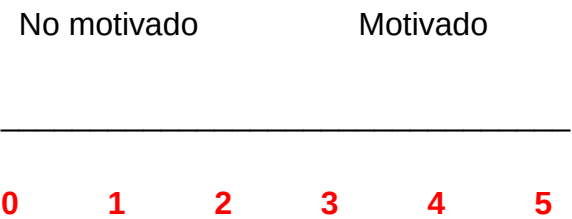
Los datos fueron recogidos mediante un formulario confeccionado al efecto (Anexo 3), utilizando preguntas directas que permitieron conocer la edad y la experiencia laboral con que cuenta cada trabajadora.

Para el buen desarrollo de esta etapa se utilizarán dos instrumentos:

Se realizó una encuesta (Anexo 4) para determinar el nivel de información sobre hábitos bucales, este instrumento fue aplicado en un proyecto de investigación anterior, pero en esta ocasión se enriqueció por criterios de especialistas de EGI y másteres en Salud Bucal Comunitaria con experiencia y se valoró por un psicólogo y un bioestadístico de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. La misma estuvo constituida por preguntas cerradas que miden el nivel de información sobre hábitos bucales deformantes. Para evaluar la encuesta y procesar la información se tuvo en consideración la clave de respuestas (Anexo 5), plasmada en la operacionalización.

Otro instrumento que se empleó fue una escala de auto-valoración según la metodología de Dembo-Rubinstein en un rango de 0 hasta 5 (menor a mayor motivación) y su objetivo fue percibir la motivación que se atribuye el entrevistado sobre el tema.

La escala se caracterizó según el rango.



- 0 – 2 No motivado
- 3 – 5 Motivado

**Etapas de intervención educativa:**

| Encuentros | Temáticas a tratar                                   | Tiempo |
|------------|------------------------------------------------------|--------|
| 1          | Presentación de la intervención “Dibujando sonrisas” | 1 hora |
| 2          | Conceptos y tipos de hábitos bucales                 | 1 hora |

|   |                                                                |        |
|---|----------------------------------------------------------------|--------|
|   | deformantes                                                    |        |
| 3 | Consecuencias que trae consigo los hábitos bucales deformantes | 1 hora |
| 4 | Medidas de prevención                                          | 1 hora |
| 5 | Conclusiones                                                   | 1 hora |

Una vez que se analizaron los resultados se procedió a trazar la estrategia educativa a partir de un programa elaborado al efecto, con el objetivo de capacitar a las educadoras sobre los hábitos bucales deformantes, según la metodología utilizada por la Maestría Nacional de Educación para la Salud, apoyada en medios de enseñanza atractivos y técnicas afectivo-participativas, que han sido publicadas por la asociación de Pedagogos de Cuba y el Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población (Anexo 6).

La intervención se realizó con una frecuencia semanal de una hora cada una por un período de 5 semanas.

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

#### **Etapas de evaluación:**

A las 5 semanas de realizada la intervención se aplicó nuevamente la encuesta inicial para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención.

Desde el punto de vista cuantitativo se medieron los siguientes aspectos:

- Nivel de información sobre hábitos bucales deformantes.
- Motivación por el tema.

La pertinencia de la estrategia educativa se determinó del siguiente modo:

-Pertinente: cuando el 75% de la muestra está bien informado y motivado.



-No pertinente: cuando menos del 75% de la muestra está bien informado y motivado.

La evaluación cualitativa de la investigación se obtuvo a través de un grupo focal con el objetivo de explorar la percepción del grupo de estudio con respecto a las expectativas, sugerencias y sentimientos que desencadenaron ante la experiencia vivida.

### **Procesamiento de la Información:**

**Técnicas de procesamiento de la información.** La información recopilada en la encuesta fue procesada en forma computarizada, para lo cual se creó una base de datos en una computadora marca HP y para dar cumplimiento a los objetivos se utilizaron medidas de resumen para datos cualitativos como son las frecuencias absolutas y los porcentajes.

### **Consideraciones éticas:**

En el estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos para la investigación médica con seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki, la participación en el mismo fue totalmente voluntaria. Se solicitó por escrito el consentimiento informado de las educadoras para participar en la investigación. (Anexo 2). Se explicaron detalladamente los objetivos de la misma, así como la confiabilidad de la información, pues será utilizada con fines investigativos.

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Tabla N° 1: Caracterización de la muestra según edad y experiencia laboral

| Edad  | Experiencia Laboral                 |      |                                             |     |                          |      | Total |      |
|-------|-------------------------------------|------|---------------------------------------------|-----|--------------------------|------|-------|------|
|       | Poco experimentada(menos de 5 años) |      | Medianamente experimentada (de 5 a 10 años) |     | Experta (más de 10 años) |      |       |      |
|       | No.                                 | %    | No.                                         | %   | No.                      | %    | No.   | %    |
| 20-29 | 4                                   | 50.0 | 0                                           | 0   | 0                        | 0    | 4     | 14.8 |
| 30-39 | 1                                   | 12.5 | 1                                           | 100 | 5                        | 27.7 | 7     | 25.9 |
| 40-49 | 2                                   | 25.0 | 0                                           | 0   | 6                        | 33.3 | 8     | 29.6 |

|              |   |      |   |     |    |      |    |      |
|--------------|---|------|---|-----|----|------|----|------|
| <b>50-59</b> | 0 | 0    | 0 | 0   | 5  | 27.7 | 5  | 15.8 |
| <b>60-69</b> | 1 | 12.5 | 0 | 0   | 2  | 11.1 | 3  | 11.1 |
| <b>Total</b> | 8 | 29.6 | 1 | 3.7 | 18 | 66.7 | 27 | 100  |

**Fuente: Formulario**

En la Tabla N° 1 se refleja cómo se comportó la distribución de las trabajadoras según la experiencia laboral y la edad, donde se evidencia un predominio del grupo etario de 40 a 49 años seguido por el grupo de 30 a 39 años respectivamente (29.6 % y 25.9%). En tanto predominaron las educadoras con más de 10 años de experiencia en la labor, donde se ubicaron 18 para un 66.7%. Solamente una trabajadora resultó medianamente experimentada y de las 8 poco experimentadas, la mitad se corresponde con el grupo de edad más joven (20-29 años).

Los resultados obtenidos permitieron planificar de manera más adecuada la aplicación de la estrategia educativa para elevar el nivel de información, se tuvo en cuenta los grupos etarios, atendiendo a la experiencia laboral de las trabajadoras de más años de trabajo, pero igualmente a la motivación de las trabajadoras más jóvenes. Esto permite preparar adecuadamente al personal que va a educar a los niños desde edades tempranas para que se conviertan estos en individuos que posean hábitos correctos y no presenten anomalías dentofaciales.

En un estudio realizado por la Dra. Araujo Pila<sup>30</sup> en Ecuador en el 2017, coincide parcialmente en el predominio del grupo etario, predominó el de 30 a 34 años.

En otros estudios de similares características como el de Los Dres. Milanés Chalet<sup>32</sup> y colaboradores también predomina el grupo etario de 30 a 34 años en los tutores y educadores del círculo infantil Mario Alarcón.

Predominaron las experimentadas en las educadoras con 5 que representaron un 45,45 % y de forma general igualmente. Tanto las experimentadas como las no experimentadas fueron 3 para un 27,27 % respectivamente.

En un estudio realizado por la Dra. García Peláez <sup>24</sup> en Camagüey en el 2013 obtuvo resultados similares a los obtenidos en el presente estudio, donde predominaron las experimentadas.

En un círculo infantil las educadoras son las encargadas de la educación de los niños que se encuentran en esta institución, ellas los instruyen con mucha dedicación y amor, forman en ellos hábitos correctos y nuevas conductas en los infantes, garantizando así la educación, salud e integridad del futuro adulto.<sup>24, 25</sup>

**Tabla N° 2: Distribución de las Trabajadoras según nivel de información y experiencia laboral antes y después de la estrategia.**

| Nivel de Información | Experiencia Laboral                     |   |         |   |                                                |   |         |   |                             |   |         |   |
|----------------------|-----------------------------------------|---|---------|---|------------------------------------------------|---|---------|---|-----------------------------|---|---------|---|
|                      | Poco experimentada<br>(menos de 5 años) |   |         |   | Medianamente experimentada<br>(de 5 a 10 años) |   |         |   | Experta<br>(más de 10 años) |   |         |   |
|                      | Antes                                   |   | Después |   | Antes                                          |   | Después |   | Antes                       |   | Después |   |
|                      | No                                      | % | No      | % | No                                             | % | No      | % | No                          | % | No      | % |

|                               |          |             |          |            |          |            |          |            |           |             |           |             |
|-------------------------------|----------|-------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| <b>Poco Informado</b>         | <b>7</b> | <b>87.5</b> | <b>0</b> | <b>0</b>   | <b>0</b> | <b>0</b>   | <b>0</b> | <b>0</b>   | <b>8</b>  | <b>44.4</b> | <b>0</b>  | <b>0</b>    |
| <b>Medianamente informado</b> | <b>1</b> | <b>12.5</b> | <b>0</b> | <b>0</b>   | <b>1</b> | <b>100</b> | <b>0</b> | <b>0</b>   | <b>9</b>  | <b>50.0</b> | <b>2</b>  | <b>11.1</b> |
| <b>Bien informado</b>         | <b>0</b> | <b>0</b>    | <b>8</b> | <b>100</b> | <b>0</b> | <b>0</b>   | <b>1</b> | <b>100</b> | <b>1</b>  | <b>5.6</b>  | <b>16</b> | <b>88.9</b> |
| <b>Total</b>                  | <b>8</b> | <b>100</b>  | <b>8</b> | <b>100</b> | <b>1</b> | <b>100</b> | <b>1</b> | <b>100</b> | <b>18</b> | <b>100</b>  | <b>18</b> | <b>100</b>  |

**Fuente: Encuesta**

La tabla N° 2 refleja cómo se comportó el nivel de información de las trabajadoras según la experiencia laboral antes y después de la intervención educativa:

Antes: Sólo 1 trabajadora estaba bien informada (5.6%) y pertenecía al grupo de las expertas, el 50 % de las expertas se encontraba medianamente informada y un total de 15 educadoras estaban poco informadas, coincidiendo con el 87.5% de las poco experimentadas y el 44.4 % de las expertas respectivamente.

Después: Sólo 2 (11.1 %) de las educadoras quedaron medianamente informadas, correspondiendo estas con el grupo de las expertas y el resto estaban bien informadas.

Muchas de las educadoras tenían bajo índice de información, debido a que en su formación profesional y una vez graduadas nunca recibieron información alguna en relación a los hábitos bucales deformantes.

Los Dres. Milanés Chalet<sup>32</sup> y colaboradores también encontraron que el nivel de conocimiento de las trabajadoras del Círculo infantil sobre los hábitos

deformantes antes de la intervención era bajo y luego de aplicada se elevó el mismo.

La Dra. Araujo Pila<sup>30</sup> en Ecuador en el 2017, coincide con los resultados encontrados, donde la mayoría de la muestra encuestada poseía bajo nivel de información sobre el tema.

La Dra. García Peláez <sup>24</sup> en Camagüey en el 2013 obtuvo resultados similares donde la muestra se encontraba poco informada sobre los hábitos bucales deformantes.

La salud es un derecho de todos, pero también una responsabilidad de todos, por tanto, el éxito de la EPS bucal en los círculos infantiles solo es posible si se coordinan todos los factores involucrados: la familia, los educadores, los estomatólogos y la comunidad en general; donde la institución infantil ocupa en este caso un lugar importante por contar con personal especializado y métodos de avanzada.<sup>23-24</sup>

**Tabla No. 3: Distribución de las Trabajadoras según nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes antes y después de la estrategia.**

| <b>Nivel de conocimiento sobre Hábitos bucales Deformantes</b> | <b>Antes</b> |             | <b>Después</b> |             |
|----------------------------------------------------------------|--------------|-------------|----------------|-------------|
|                                                                | <b>No</b>    | <b>%</b>    | <b>No</b>      | <b>%</b>    |
| <b>Succión digital</b>                                         | <b>27</b>    | <b>100</b>  | <b>27</b>      | <b>100</b>  |
| <b>Chupeteo del tete</b>                                       | <b>14</b>    | <b>51.9</b> | <b>27</b>      | <b>100</b>  |
| <b>Onicofagia</b>                                              | <b>8</b>     | <b>29.7</b> | <b>27</b>      | <b>100</b>  |
| <b>Hábitos posturales</b>                                      | <b>0</b>     | <b>0</b>    | <b>27</b>      | <b>100</b>  |
| <b>Respiración bucal</b>                                       | <b>2</b>     | <b>7.4</b>  | <b>25</b>      | <b>92.6</b> |
| <b>Protracción Lingual</b>                                     | <b>0</b>     | <b>0</b>    | <b>23</b>      | <b>85.2</b> |

**Fuente: Encuesta**

En la Tabla N° 3 se puede observar cómo fueron reconocidos los hábitos bucales deformantes por las trabajadoras antes y después de aplicada la intervención educativa:

Antes: la succión digital fue reconocida por el 100 % de las integrantes de la muestra antes; el chupeteo del tete por un 51.9 %; la onicofagia por un 29.7 %; la respiración bucal por un 7.4 %; ni los hábitos posturales ni la Protracción lingual fueron reconocidos como hábitos por las trabajadoras.

Después: Las trabajadoras reconocieron los hábitos en un 100 %, excepto la respiración bucal, que fue identificado por un 92.6 % y la protracción lingual por un 85.2% respectivamente.

Coincidiendo con otros autores como el Dr. Furuki Hatta<sup>31</sup>, la Dra. García Peláez<sup>24</sup>, la succión digital fue el hábito deformante más común, el mismo suele abandonarse espontáneamente entre los 3 y los 4 años, pero existen casos en que este período puede extenderse mucho más.

La Dra. Araujo Pila<sup>30</sup> también obtuvo resultados similares en su estudio, donde las tecnólogas reconocen el hábito de succión digital, chupeteo del tete, onicofagia y respiración bucal, en ese orden respectivamente; el hábito de empuje lingual no es conocido por la mayoría de las trabajadoras.

Aplicar programas de promoción de salud bucal en estos niños sería altamente positivo para eliminar la presencia de estos hábitos deformantes y adquirir conductas correctas en el desarrollo de la vida cotidiana.

En estas edades es más fácil moldear a los pequeños y de esta forma adquieren una formación que se arraiga y esto se va reflejar en todas sus manifestaciones y lo van a convertir en una persona más saludable y con mejor calidad de vida.<sup>34-36</sup>

Hay que tener en cuenta que los hábitos bucales deformantes son la causa primaria o secundaria de la aparición de maloclusiones o ADMF. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres o tutores del niño, así como tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.<sup>15, 20, 36, 37</sup>



**Tabla N° 4: Criterio de motivación por el tema.**

| <b>Criterio</b>     | <b>Antes</b> |            | <b>Después</b> |            |
|---------------------|--------------|------------|----------------|------------|
|                     | <b>Nº</b>    | <b>%</b>   | <b>Nº</b>      | <b>%</b>   |
| <b>Motivadas</b>    | <b>27</b>    | <b>100</b> | <b>27</b>      | <b>100</b> |
| <b>No motivadas</b> | <b>27</b>    | <b>100</b> | <b>27</b>      | <b>100</b> |
| <b>Total</b>        | <b>27</b>    | <b>100</b> | <b>27</b>      | <b>100</b> |

**Fuente: Encuesta**

Antes y después de aplicada la estrategia educativa a las trabajadoras del Círculo Infantil se detectó que el 100 % de las trabajadoras se encontraban motivadas por el tema, reconociendo que era algo novedoso para ellas y que luego de aplicada la estrategia habían adquirido conocimientos muy importantes para el manejo y la educación de los niños. Tabla N° 4.

En el estudio realizado por la Dra. García Peláez<sup>24</sup>, un alto porcentaje de la muestra estuvo motivado con el tema, resultado que coincide con el obtenido en el actual estudio.

Los educadores deben contribuir a la educación sanitaria en aras de lograr, no sólo conocimientos teóricos en materia de salud oral, sino que los educandos cooperen por y para la salud, y se produzcan cambios favorables en sus comportamientos, para ello los mismos deben estar motivados y para lograrlo el estomatólogo debe desempeñar un papel fundamental utilizando actividades participativas que los estimulen y puedan adquirir de forma amena los conocimientos.<sup>24, 25, 35, 36</sup>

**Tabla N° 5: Evaluación de la intervención educativa.**

| <b>Evaluación</b>    | <b>N°</b> | <b>%</b>   |
|----------------------|-----------|------------|
| <b>Pertinente</b>    | <b>27</b> | <b>100</b> |
| <b>No pertinente</b> | <b>0</b>  | <b>0</b>   |
| <b>Total</b>         | <b>27</b> | <b>100</b> |

La tabla N° 5 resume la evaluación de la intervención educativa, el 100 % de las trabajadoras encontraron pertinente la aplicación de una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes.

También el desarrollo de esta intervención demuestra que los programas educativos aplicados en grupos pequeños de personas se obtienen resultados más elevados.

Muchos autores coinciden en que el papel del educador es fundamental a la hora de establecer planes preventivos, e incluso colaborando con las actuaciones terapéuticas, por lo que deben ser adiestrados de manera escrupulosa por los profesionales dentales y de esta forma trabajar de conjunto en la formación de los pequeños.<sup>37-40</sup>



Se realizó exitosamente el Grupo Focal. La gran mayoría de las trabajadoras expresaron sus opiniones e ideas: plantearon no haber recibido nunca información sobre el tema, sentirse motivadas por conocer más sobre el mismo y sugirieron su extensión al resto de los círculos infantiles. La gran mayoría estuvo dispuesta a detectar los hábitos bucales deformantes y trabajar en el control y eliminación de los mismos.

## Conclusiones

- Predominaron las educadoras de 40 a 49 años.
- Dentro de la experiencia laboral las experimentadas fueron las más significativas.
- Antes de aplicada la estrategia educativa el nivel de información más destacado era el poco informado.
- Los hábitos más reconocidos fueron la succión digital, el chupeteo del tete y la onicofagia.
- Durante la aplicación y después de la estrategia predominó el criterio de motivadas.
- Todas las trabajadoras encontraron que fue pertinente la aplicación de la estrategia educativa en su evaluación.
- La gran mayoría de las trabajadoras estuvieron dispuestas a detectar los hábitos bucales deformantes y trabajar en el control y eliminación de los mismos.

## **Recomendaciones**

Se recomienda aplicar este estudio al resto de los círculos infantiles de la provincia y diseñar una estrategia educativa para elevar el nivel de información sobre hábitos bucales deformantes en todas las educadoras y auxiliares pedagógicas de estas instituciones. De esta forma es posible controlar y eliminar estos hábitos, previo al establecimiento de la dentición permanente para así disminuir las ADMF.

## Referencias bibliográficas

1. Vitoria Miñana I, Grupo de Prevención Infad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet] 2011 Jul-Set [citado 2 nov 2022];13(51):[aprox. 48 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000300009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300009&lng=es&nrm=iso)
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa nacional atención estomatológica integral a la población. La Habana. Ciencias Médicas. 2012.
3. Rugama López HY, Montiel Rivera DS. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua en el período Septiembre-Octubre 2019 [Tesis]. Managua, Nicaragua: UNAN; 2020.
4. Ruiz F N, Díaz M JE, Rodríguez C EM, Álvarez I E, Vargas M Y, Soberats Z M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. CCM [Internet]. 2019 Dic [citado 17 febrero 2023];18(4):[aprox. 19 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es)
5. Parra Iraola SS, Zambrano Mendoza AG. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revisión sistemática. Int J Odontostomat [Internet]. 2018 [citado 18 nov 2022];12(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2018000200188&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2018000200188&script=sci_arttext&tlng=en)

6. López Martín D, Cubero González R, Estrada Guerra Y, Estrada Guerra Y, Concepción López K, Machado Ramos S. Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal. *Mediciego* [Internet]. 2018[citado 18 nov 2022];23(1):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2017/mdc17m.pdf>
7. Mayoral J, Mayoral G, Mayoral P. Hábitos perniciosos en la infancia. En su: *Ortodoncia: Principios fundamentales y Prácticos*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986. p. 189-96.
8. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Concepción Acosta RB. Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2019 Abr; [citado 28 nov 2022]; 14(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2015000200007&lng=es&nrm=van](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000200007&lng=es&nrm=van)
9. Pérez García LM, Calderón MM. Enfoque desarrollador en la enseñanza del diagnóstico clínico de anomalías dentomaxilofaciales. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2018 [citado 18 Dic 2022];16(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v16n2/gme01214.pdf>
10. Martínez García MC. Evaluación de una intervención educativa en niños de 7 años con hábito de succión digital En: *Congreso de Estomatología 2015* [Internet]. 2015 Nov; La Habana. La Habana: ECIMED; 2015 [citado 2 nov 2022]. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php>
11. Ricardo Reyes M. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa.

MEDISAN [Internet]. 2019 Feb [citado 6 enero 2023];15(2):[aprox. 9 p.].

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200012&lng=es)

12. Chamorro A. F, García C, Mejía E, Viveros E, Soto Llanos L, Triana FE, Valencia C. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev CES Odontol [Internet]. 2018 [citado 25 dic 2022];29(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759180>
13. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN [Internet]. 2018 Mayo [citado 17 febrero 2023];18(5):[aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es)
14. Barrios Vidal L, Oliva Gil D, Reyes Suarez V O, Chema Castañeda J. Anomalías dentomaxilofaciales en niños de 12 a 14 años con respiración bucal. Medimay [Internet]. 2019 [citado 20 enero 2023]; 21(3). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/871/1295>
15. Mesa Rodríguez N, Medrano Montero J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. CCM [Internet]. 2018. [citado 17 nov 2022];(2):[aprox. 19 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560)
16. Méndez de Varona YB, Peña Marrero Y, Lagoa Madeley JG, Batista Sánchez T, Carracedo Rabassa Z. Factores de riesgo asociados a



hábitos bucales deformantes en niños. CCM [Internet] 2019 Set; [citado 28 dic 2022];21(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000300006&lng=es&nrm=van](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300006&lng=es&nrm=van)

17. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez YI, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN [Internet] 2018 Abr; [citado 28 nov 2022];20(4):[aprox. 19 p.]. Disponible en:

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000400002&lng=es&nrm=van](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400002&lng=es&nrm=van)

18. Salamanca Torres R, Murrieta Pruneda JF. Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un jardín de niños del estado de México. Rev Cienc Odontol [Internet]. 2019 Ago - Dic [citado 25 nov 2022];11(2):[aprox. 19 p.]. Disponible en:

<https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/313>

19. Álvarez González M, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 Ago [citado 16 febrero 2023];36(4):[aprox. 19 p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400002&lng=es)

20. Jerez E, Zerpa R, Salas M, Simancas Y, Romero Y. Prevalencia de maloclusiones en niños del jardín de infancia de la Escuela Bolivariana Juan Ruiz Fajardo. Acta Bioclínica [Internet]. 2019 Sep [citado 12 Ene 2023];4(8):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/download/497/2/4794>
21. Corrales León AI, Duque Alberro Y, Serrano Fernández D, González Hernández M, Alonso Herrera AI. La sugestión en una etapa del sueño para el tratamiento de hábitos bucales deformantes. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 Dic [citado 20 nov 2022];18(6):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942014000600007>
22. Núñez Blanco ME, González Areu O, González Núñez Y, Madam Ofarrill M. Determinar los hábitos bucales deformantes en estudiantes de la Escuela Primaria “Raúl Gómez”, municipio Güines. Rev Cienc Méd La Habana [Internet]. 2018 [citado 18 nov 2022];21(2):[aprox. 18 p.]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2018000200188&script=sci\\_arttext&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2018000200188&script=sci_arttext&lng=en)
23. Lima Arteaga OP. Manejo temprano de los problemas frecuentes de la maloclusión en niños [Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Odontología; 2018.
24. García Peláez SY, Espeso Nápoles N, Herrera Naranjo J. Información sobre hábitos bucales deformantes en trabajadoras de círculos infantiles. AMC [Internet]. 2018 Sep-Oct [citado 6 febrero 2023]; 14(5):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000500008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500008&lng=es)

25. Ramos Hurtado I; Toledo Reyes L; De La Mella Quintero SF. Promoción de salud bucal en niños de un círculo infantil y una escuela primaria. Rev Med Electrón [Internet] 2019 Jun [citado 16 nov 2022];19(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432015000200006&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200006&lang=pt)
26. Díaz Méndez H, Ochoa Fernández B, Paz Quiñone L, Casanova Sales K, Coca García Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. Medisur [Internet] 2019 Ago [citado 28 nov 2022];13(4):[aprox. 19 p.]. Disponible en:  
[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2015000400005&lng=es&nrm=vanAlfonso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400005&lng=es&nrm=vanAlfonso)
27. Murrieta Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva L E, Juárez-López L A, Linares Vieyra Celia, Meléndez Ocampo AF, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp. Infant Mex [Internet]. 2011 Feb [citado 6 febrero 2023];68(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462011000100004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004&lng=es)
28. Portales María B, Michaud P, Salas SP, Beca JP. Formas de revisión ética de proyectos de investigación biomédica. Rev Méd Chile [Internet]. 2018 Mar [citado 10 enero 2023];145(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000300014&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000300014&script=sci_arttext)

29. Martínez Abreu J, Laucirica Hernández C, Llanes Llanes E. La ética, la bioética y la investigación científica en salud, complementos de un único proceso. Rev Med Electrón [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado 10 enero 2023]; 37(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242015000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000400001&lng=es)
30. Araujo Pila EJ. Nivel de información que presentan las tecnólogas de desarrollo infantil sobre hábitos bucales deformantes de “Centros Infantiles del Buen Vivir” (CIBC) Zona Quitumbe, Quito 2017 [Tesis]. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología. Carrera de Odontología; 2018 [citado 18 nov 2022]; 21(2). Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15150/1/T-UC-0015-901-2018.pdf>
31. Furuki Hatta K. Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. Rev Med [Internet]. 2010 [citado 25 nov 2022];16(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/100>
32. Milanés Chalet A, Martínez Sánchez N, Trujillo Pacheco S, Díaz Reyes MT, Silvera Rosales O. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en los tutores y trabajadores del círculo infantil Mario Alarcón, Bayamo, 2014-2015. Multimed [Internet]. 2018 [citado 25 dic 2022];20(6):[aprox. 32 p.].

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul166k.pdf>

33. Vinardell Almira LM, Pérez García LA, Leal Rodríguez MI, Patterson Serrano E, Serrano González E. Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de preescolar [Internet]. En: Convención Internacional de Salud "Cuba Salud 2018; 2018, La Habana. La Habana: ECIMED; 2018 [citado 25 nov 2022]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPDFInterstitial/629/896>
34. Ruiz F N, Díaz M JE, Rodríguez C EM, Álvarez I E, Vargas M Y, Soberats Z M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. CCM [Internet]. 2019 Dic [citado 17 enero 2023];18(4):[aprox. 17 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es)
35. 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 [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Feb 27]; 12( 6 ): 843-850. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2014000600005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600005&lng=es)
36. Soto Ugalde A, Sexto Delgado N, Gontán Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Medisu [Internet]. 2019 Feb

[citado 16 nov 2022];12(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2014000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000100004&lng=es)

37. Zapata Dávalos M, Lavado Torres A, Anchelia Ramírez S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. KIRU. 2014 Ene-Jun;11(1):16-24.
38. Silva Contreras AM, Díaz Díaz A, Trujillo Pérez B, Trujillo Otero P, Hernández Izquierdo A. Educación para la Salud en niños con hábitos bucales deformantes. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2009 Jun [citado 6 febero 2023];13(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200004&lng=es)
39. Morera Pérez A, Sexto Delgado N, Yanes Tarancón B, Casanova Lezcano A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Medisur [Internet] 2016 Abr; [citado 28 nov 2022];14(2):[aprox. 17 p.]. Disponible en:  
[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es&nrm=van](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es&nrm=van)
40. Cisneros Domínguez G, Hernández Borges Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 14 dic 2022];15(10):[aprox. 44 p.]. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n10/san131011.pdf>

## **Anexos**

### **Anexo 1**

Aval del Directora municipal de Salud Cruces.

El que suscribe:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en la investigación titulada:

**‘Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en educadoras del Círculo Infantil “Florecitas del 2000”. Cruces’**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

en su condición de institución ejecutora.

Conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, ASS y cuadro clínico de la provincia que tiene como principales resultados científicos, económicos y/o sociales a obtener:

Científicos: Responde al banco de problemas del centro, además constituye una temática de gran importancia ya que las pacientes al adquirir conocimiento sobre los hábitos bucales deformantes en los niños, modifican su entorno de vida en base a disminuir su incidencia.

Social: Contribuye grandemente ya que una sociedad culta se desenvuelve mejor.

Económico: Al realizar ésta investigación, ayudaría de alguna manera a disminuir gastos al país.

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la jefa del proyecto a los días del mes \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

-----

Directora de Salud municipal Cruces

Dra.

-----

Jefe del proyecto

Dra..

## Anexo 2

### Carta de Consentimiento Informado

Yo: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo a participar en la investigación '**Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en educadoras del Círculo Infantil "Florecitas del 2000". Cruces**'. Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio; así como seré seleccionado y que mi incorporación será voluntaria.

Por tanto al firmar este documento autorizo me incluyan es esta investigación.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Firma del Investigador



### **Anexo 3**

#### Formulario

1. Edad\_\_\_\_\_

2. Experiencia Laboral

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 2.1 _____ más de 10 años. | Experimentada              |
| 2.2 _____ 5 a 10 años.    | Medianamente experimentada |
| 2.3 _____ 0 a 5 años.     | Poca experimentada         |

3. Nivel de Información

- |                                  |
|----------------------------------|
| 3.1 _____ Bien informado         |
| 3.2 _____ Medianamente informado |
| 3.3 _____ Poco informado         |

## **Anexo 4**

### **Encuesta.**

**No de Orden** \_\_\_\_\_

Marque con una X según corresponda.

1. Qué usted conoce por hábito bucal deformante

\_\_\_\_ Son aquellos que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario

\_\_\_\_ Son aquellos hábitos que son realizados normalmente por las personas

2. Los hábitos bucales deformantes que usted conoce son:

\_\_\_\_ chuparse el dedo

\_\_\_\_ respirar por la boca

\_\_\_\_ sentarse recto

\_\_\_\_ empuje lingual

\_\_\_\_ comerse las uñas

3. Hasta que edad considera normal.

3.1 El chupeteo del tete.

\_\_\_\_ Hasta los 3 años

\_\_\_\_ Después de los 3 años

\_\_\_\_ Nunca

\_\_\_\_ No sé

3.2 Chuparse el dedo.

\_\_\_\_ Hasta los 3 años

\_\_\_\_ Después de los 3 años

\_\_\_\_ Nunca

\_\_\_\_ No sé

4. Cuál es la posición correcta en la que deben dormir los niños.

4.1\_\_\_\_ boca abajo

4.2\_\_\_\_ de lado

4.3\_\_\_\_ con la cara apoyada en los brazos

4.4 Otra\_\_\_\_\_

5. Eliminar el hábito deformante es importante porque:

\_\_\_\_ Evita la aparición de maloclusiones

\_\_\_\_ Evita la aparición de caries dental

\_\_\_\_ Evita la aparición de enfermedades nasorespiratorias

6. Para tratar de eliminarlos usted debe:

\_\_\_\_ Regañar y castigar al niño

\_\_\_\_ Trabajar en conjunto con los familiares y estomatólogo

\_\_\_\_ Brindar Charlas educativas sobre el tema

7. Cree que el encargado de eliminar el hábito es:

7.1 Los padres\_\_\_\_\_

7.2 El estomatólogo\_\_\_\_\_

7.3 El Círculo\_\_\_\_\_

7.4 Todos en conjunto\_\_\_\_\_

7.5 Nadie\_\_\_\_\_

8. ¿Cómo usted obtuvo esta información?

8.1 Mediante del Estomatólogo\_\_\_\_\_

8.2 Mediante el Médico de Familia\_\_\_\_\_

8.3 Mediante otras personas\_\_\_\_\_

8.4 Mediante los medios de difusión masiva\_\_\_\_\_

8.5 Otra\_\_\_\_\_

9. Para autoevaluarse sobre la información que usted tiene sobre los hábitos bucales, ubíquese en la siguiente escala que oscila entre el 1 y el 10 (de menor a mayor información).

---

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

### **Anexo 5** Clave de respuestas y Calificación

2. Qué usted conoce por hábito bucal deformante

☒ Son aquellos que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario

☐ Son aquellos hábitos que son realizados normalmente por las personas

2. Los hábitos bucales deformantes que usted conoce son:

☒ chuparse el dedo

☒ respirar por la boca

☐ sentarse recto

☒ empuje lingual

☒ comerse las uñas

3. Hasta que edad considera normal.

3.1 El chupeteo del teto.

☐ Hasta los 3 años

☐ Después de los 3 años

☒ Nunca

☐ No sé

3.2 Chuparse el dedo.

☐ Hasta los 3 años

☐ Después de los 3 años

☒ Nunca

\_\_\_\_ No sé

4.Cuál es la posición correcta en la que deben dormir los niños.

4.1\_\_\_\_ boca abajo

4.2\_\_x\_\_de lado

4.3\_\_\_\_con la cara apoyada en los brazos

4.4 Otra\_\_\_\_\_

6. Para tratar de eliminarlos usted debe:

\_\_\_\_ Regañar y castigar al niño

\_\_x\_\_ Trabajar en conjunto con los familiares y estomatólogo

\_\_x\_\_ Brindar Charlas educativas sobre el tema

7. Cree que el encargado de eliminar el hábito es:

7.1 Los padres\_\_\_\_

7.2 El estomatólogo\_\_\_\_

7.3 El Círculo\_\_\_\_

7.4 Todos en conjunto\_\_x\_\_

7.5 Nadie\_\_\_\_

8. ¿Cómo usted obtuvo esta información?

8.1 Mediante del Estomatólogo\_\_x\_\_

8.2 Mediante el Médico de Familia\_\_x\_\_

8.3 Mediante otras personas\_\_\_\_

8.4 Mediante los medios de difusión masiva\_\_\_\_

8.5 Otra\_\_\_\_\_

Se le asignará un punto a cada respuesta correcta. Luego se sumarán todos los puntos para ver el total de posibilidades (32 puntos) y a ese valor se le hallará el 70% que corresponde con la categoría de aprobado.

La evaluación quedará constituida de la siguiente forma:

| Categoría              | Por ciento   | Puntos |
|------------------------|--------------|--------|
| Poco informado         | Menos de 70% | 0-21   |
| Medianamente informado | 70% al 84%   | 22-26  |
| Bien informado         | 85% al 100%  | 27-32  |

| Desaprobado  |     | Aprobado      |      |
|--------------|-----|---------------|------|
| -----22----- |     | 27-----32---- |      |
| 0%           | 70% | 85%           | 100% |

| Poco informado | Medianamente Informado | Bien informado |
|----------------|------------------------|----------------|
|----------------|------------------------|----------------|

**Anexo 6. Programa educativo diseñado para la intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes “Dibujando sonrisas”.**

**Total de horas.5 horas.**

**Objetivo general:** Capacitar a las educadoras sobre hábitos bucales deformantes.

**Encuentro No. 1:** ¡Vamos a presentarnos!

**Tema 1:** Introducción al programa.

Objetivos:

- Crear un ambiente favorable que permita la interrelación con las educadoras.
- Motivar a las participantes relacionándolos con los hábitos bucales. Métodos y procedimientos:
- Dar la bienvenida al grupo.
- Se realizará la técnica de presentación “El amigo secreto”. Donde cada educadora en un papel pequeño pondrá su nombre y apellidos con el objetivo de conocer con exactitud a los presentes. Se recogerán en una caja. Se les explica que la caja es representativa y que viajará por invitación nuestra a todas las actividades que desarrollaremos durante el programa. Luego de

remover los papelitos en la caja se pide que cada una tome uno y vayan pronunciando el nombre del amigo seleccionado. El que se presenta, responderá a los demás:

a) ¿Cómo soy?

b) ¿Cómo me gustaría que los niños tuvieran los dientes?

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

Evaluación:

- ¿Se sintieron bien en este encuentro?
- Se orientará a las educadoras que comenten con los niños y los padres sobre la actividad.

Materiales a utilizar: Hojas blancas, , Plumones, láminas de hábitos bucales deformantes, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable: autora.

## **Encuentro 2. “Encontremos juntos una sonrisa”**

Tema: Hábitos deformantes bucales.

Objetivos:

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

Contenidos:

- Hábitos deformantes bucales. Concepto. Tipos.



Métodos y procedimientos:

- Motivaremos la participación de las educadoras a través de preguntas, por ejemplo:

- ¿Por qué se considera importante que los dientes estén bien alineados? - Escucharemos criterios y se escriben en una cartulina; al final se dará una valoración sobre la importancia de una correcta alineación y el adecuado contacto de sus dientes, su relación con la estética, la masticación y la pronunciación.

- Se les muestra una lámina con los dientes correctamente alineados y otra con dientes en posición incorrecta. Las participantes deben describir lo que observan y exponer las diferencias. Entre todos lograr definir un concepto.

- ¿Cuál creen que sea la principal causa para que se produzcan estas mal posiciones?

- Se escriben las respuestas en el reverso de la cartulina utilizada anteriormente.

2. Materiales a utilizar: Hojas blancas, Tempera, Plumones, imágenes de hábitos bucales deformantes, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable: autora.

### **Encuentro. 3**“Sonrisas sanas, caritas felices.”

. Tema: Consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

#### Objetivos

- Informar nuevamente sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

- Lograr que interioricen a través los debates de los aspectos

Contenido:

- Explicar cuáles son las consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Técnicas y Procedimientos:

- Promover un intercambio sobre el tema impartido.

Materiales a utilizar: Hojas blancas, Plumones, Tarjetas con imágenes de niños con hábitos bucales deformantes, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable: autora.

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

Tema: Medidas de prevención.

Objetivos

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

Contenido

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

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

Técnicas y Procedimientos:

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

Materiales a utilizar: Hojas blancas, Plumones, Tarjetas con imágenes de niños con hábitos bucales deformantes, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable: autora.

### **Encuentro 5:** “Una buena lección para que los niños sonrían felices”

Tema: Integración de los temas tratados.

Objetivos

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

Contenido

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

Técnicas y Procedimientos:

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

Evaluación:

- Se realizará a través de las entrevistas a las educadoras con la ayuda de los Técnicos de Atención Estomatológica.

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

Materiales a utilizar: Hojas blancas, Plumones, Tarjetas con imágenes de niños con hábitos bucales deformantes, Cepillo dental, Typodont.

Tiempo: 1 hora.

Responsable .AUTORA