

Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes

Educative intervention in children aged 5-6 with deforming oral habits

Dra. Zunay de Jesús Cepero Sánchez^I; Dra. Iliana Hidalgo-Gato Fuentes^{II};
Dra. Johany Duque de Estrada Riverón^{III}; Dr José Alberto Pérez Quiñones^{II}

^I Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.

^{II} Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructora.

^{III} Especialista de II Grado de Estomatología General Integral. Asistente.

RESUMEN

Debido a que las maloclusiones constituyen un problema de salud en la población y por la estrecha relación que existe entre estas y la persistencia de hábitos bucales deformantes, nos dimos a la tarea de realizar una intervención educativa en niños de 5 y 6 años afectados por estos. Se efectuó un estudio del tipo longitudinal prospectivo descriptivo en una escuela primaria del área de salud de Santa Martha, Municipio Varadero, provincia de Matanzas, en el período comprendido por el curso escolar 2005-2006. El universo estuvo constituido por 120 niños de preescolar y primer grado de esta escuela, de donde se obtuvo una muestra representativa de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes. Se observó el predominio del uso del biberón en los niños de estas edades (65,6 %) en relación con el reto de los hábitos estudiados, así como el hecho de que al finalizar la intervención disminuyó la presencia de dichos hábitos.

Palabras clave: maloclusiones, hábitos bucales deformantes, prevención.

ABSTRACT

As malocclusions are a health problem in the population and as there is a close relationship between them and the persistence of deforming oral habits, an

educative intervention was carried out in children aged 5-6 affected by them. A longitudinal, prospective and descriptive study was undertaken in a primary school of the health area of Santa Martha, Varadero municipality, province of Matanzas, during the academic course 2005-2006. The study group was composed of 120 children of kindergarten and first grade. A sample of 87 school children with oral deforming habits was obtained. The use of nursing bottle prevailed in children at these ages (65.6 %) compared with the rest of the studied habits. It was observed a reduction of these habits at the end of the intervention.

Key words: Malocclusions, deforming oral habits, prevention.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las afecciones bucales constituyen un problema de salud por la alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública.^{1,2}

Lo más significativo en la Estomatología General Integral (EGI) en Cuba resulta el énfasis en las acciones de educación sanitaria, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades estomatológicas hacia el mantenimiento del individuo sano.³

De todos es conocida que para el logro de la salud bucal resulta el control de hábitos bucales deformantes (HBD) muy común en los niños y que puede considerarse normal hasta los 2 años y medio, después de esta edad debe eliminarse,⁴ por su repercusión en el desarrollo de maloclusiones⁵ que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico por lo costoso de estos tratamientos.⁶

La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, precedido por las caries y las periodontopatías, y es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los denominados problemas de salud.^{7,8}

Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente y los hacen manifestarse tímidos, retraídos, apartados y hasta agresivos.^{8,9}

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 pueden actuar, las que han sido ampliamente estudiadas y manejadas por diferentes autores y que al conocerlos, se puede realizar una correcta prevención, tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial; dentro de estos, se pueden mencionar los hábitos bucales deformantes.¹⁰⁻¹⁴

Ya en 1915 *Ceroy* introdujo las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes. Los hábitos bucales deformantes se consideran como uno de los factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX.¹⁵ Estos son el exponente del resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional;^{16,17} tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.^{13,18} De igual manera, pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.^{19,20}

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. 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 al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.²¹

Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo.²²

Además de estos factores, existen otros que pueden afectar el desarrollo de una buena oclusión, como son: las extracciones prematuras de los dientes temporales, la naturaleza de la alimentación; se ha observado que la falta de alimentos duros que necesita una masticación cuidadosa, es un factor en la producción de insuficiencia en los arcos dentarios y que la falta de fusión adecuada conduce a una contracción de los arcos dentales e insuficiente desgaste oclusal, así como a la falta de ajuste que se observa en la dentición ya desarrollada; los niños alimentados al pecho materno se dice que tienen un menor número de maloclusiones, ya que el estímulo de la succión conduce a un mejor crecimiento y desarrollo de su sistema estomatognático, enfermedades y malformaciones congénitas que pueden afectar el crecimiento y desarrollo del cuerpo y la región facial.²³

Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos: beneficiosos y perjudiciales. Los hábitos beneficiosos o funcionales son aquellos cuya práctica, de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal. La masticación, la deglución y la respiración normal, constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos o funcionales.

Los hábitos perjudiciales o deletéreos son los que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.^{20,24}

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

- Succión del pulgar u otros dedos.

- Empuje o protracción lingual.
- Respiración bucal.

Con menos frecuencia se observan:

- Succión o mordisqueo del labio (queilofagia).
- Mordisqueo de uñas (onicofagia).
- Hábitos posturales, entre otros.²⁰

Hábito de succión digital: algunos autores plantean que se observa en más del 25 % de los niños menores de 4 años, y consideran la práctica del mismo hasta esta edad como normal, sobrepasada la misma ya la considera clínicamente significativa, por las implicaciones que pueden tener.¹³ Consiste en la introducción de uno o más dedos de una de las manos del niño dentro de la boca (generalmente el pulgar), y que se realiza usualmente con la yema o pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores. La colocación del dedo entre las arcadas las mantiene separadas y la lengua se mantiene en contacto presionando durante el acto de succión, reforzando la acción de este.^{20,24,25}

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

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

- Protracción lingual simple: se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas.
- Protracción lingual compleja: presenta una mordida abierta anterior amplia y mal delimitada, no hay contacto entre las arcadas dentarias durante la deglución y la adaptación oclusal de ambas arcadas presenta gran inestabilidad a nivel de incisivo, canino y premolares.
- Protracción lingual complicada: también conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante.^{24,27}

Respiración bucal: se observa en los pacientes que tienen interferencias en la función respiratoria normal en las vías aéreas nasales, como consecuencia de enfermedad local general, ya sea obstrucción nasal por un proceso inflamatorio crónico, adenoiditis, asma u otros. Pueden ser de 3 tipos: temporaria, en el caso de un resfriado o catarro normal; estacional, asociado con alergias nasorespiratorias y crónicas, en pacientes con obstrucciones adenoideas, dando origen a un labio superior corto, con inadecuado cierre bilabial. La respiración bucal constituye un síndrome, cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, el estomatólogo solo puede hacer un diagnóstico presuntivo.

Deberá ser tratada por el médico en primera instancia, que solucionará el problema nasorespiratorio, y una vez suprimidas las causas de la etiología del mismo, podrá el estomatólogo general tratar la corrección de las anomalías producidas, si corresponde a la clase I con vestibuloversión de incisivos superiores. Si se tratara de una clase II división I de Angle, deberá remitirse al ortodoncista.^{20,24,27-29}

Succión o mordisqueo del labio (queilofagia): es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores. La queilofagia está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios.^{20,30}

Onicofagia: según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas es el hábito morboso de roerse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.^{20,30,31}

Hábitos posturales: son aquellas posiciones que adopta el niño durante las actividades diurnas y al dormir, que pueden afectar la posición de la mandíbula en relación con el cráneo, y originar asimetrías faciales, lateromentonismo, así como trastornos de la ATM.^{20,32}

Por lo general estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos antes mencionados. Es importante además la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo,³³ así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos.³⁴

Con la realización de actividades educativas encaminadas a eliminar hábitos perniciosos se lograrán cambios de conducta que ayudarán a reducir las maloclusiones dentarias. Solo así podremos obtener en nuestros niños una sonrisa sana y perfecta para toda la vida.

Objetivos

General:

Desarrollar un proyecto de intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos Bucales deformantes.

Específicos:

- Identificar la presencia de hábitos bucales deformantes.
- Precisar la edad y el sexo en niños con hábitos bucales deformantes.
- Aplicar intervención educativa en estos niños.
- Evaluar el impacto de la intervención educativa.

MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y prospectivo, donde se aplicó una intervención educativa en niños de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes pertenecientes a la escuela primaria « Gabriel Valiente ? del área de salud de Santa Martha, municipio Varadero, provincia de Matanzas, en el período comprendido por el curso escolar 2005-2006.

El universo estuvo constituido por 120 niños de preescolar y primer grado de esta escuela, de donde se obtuvo una muestra de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes.

Para dar respuesta a los objetivos se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo y hábitos bucales deformantes.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los niños de preescolar y primer grado con hábitos bucales deformantes cuyos padres dieron la aprobación de participar en la investigación.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a los niños cuyos padres no mostraron su aprobación para participar en la investigación y aquellos que no presentaban hábitos bucales deformantes.

Metódica

Para dar respuesta a los objetivos específicos se estudiaron las variables que se muestran en el anexo.

Ética

La participación de los niños en la investigación dependió del consentimiento informado dado por los padres o tutores legales. El documento para la obtención del conocimiento se muestra en el anexo.

Técnicas de recogida, procesamiento y análisis de la información

Se realizó interrogatorio y examen bucal a los escolares para detectar la presencia de hábitos bucales deformantes. Se aplicó intervención educativa en los mismos utilizando algunas técnicas afectivo participativas recogidas en el Manual de Técnica Afectivo Participativas perteneciente al CIE "Graciela Bustillo". Estas fueron: "la muelita feliz" y "sonriendo a la vida". Posteriormente se aplicó nuevamente encuesta a los niños a los cuales se les realizó la intervención educativa.

Se tabularon las encuestas, utilizándose el programa EPI INFO versión 06 para crear la base de datos y el análisis de los mismos.

Análisis estadístico

Para resumir la información, esta se presentó en tablas de contingencia de 2 x 2 y la comparación de los resultados obtenidos se realizó a partir de tabulaciones y cálculos de indicadores y porcentuales, a fin de corroborar la relación estadística entre las variables, con un nivel de significación del 95 %.

Procedimientos

Para la ejecución del estudio se realizaron coordinaciones con las administraciones de las escuelas seleccionadas, lo cual permitió la recogida de la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

RESULTADOS

La [tabla 1](#) muestra la distribución de niños examinados según presencia de hábitos bucales deformantes. El 72,5 % de los niños estudiados se encontraba afectado, mientras que el 27,5 % no presentó ningún hábito perjudicial.

En la [tabla 2](#) se expone la distribución de los escolares según la edad y el sexo. No se presentaron grandes diferencias entre los niños de 5 y 6 años (52,9 % y 47,1 %, respectivamente). En relación con el sexo, este mostró un comportamiento equitativo entre ambos, con un ligero predominio de las féminas (47,9 %) en relación con los varones (46,3 %) de mayor edad.

Con respecto al comportamiento de los hábitos bucales deformantes ([tabla 3](#)) según la edad de los niños, se observó un predominio del uso del biberón en ambas edades (69,5 % en los de 5 años y 60,9 % en los de 6 años). En orden decreciente le siguió el hábito de protracción lingual, en el que los niños de menor edad fueron los más afectados (60,8 %) en relación con los mayores (51,2 %).

El comportamiento de los hábitos bucales deformantes según el sexo, se muestra en la [tabla 4](#). El uso del biberón es el que más se destacó, con el 72,9 % en el sexo femenino y el 56,4 % en el masculino, seguido de la protracción lingual (52,0 % y 40,5 %, respectivamente).

En la [tabla 5](#) se observa el comportamiento de los hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención educativa. Al finalizar la misma, el 62,1 % de los niños no presentó el hábito, mientras que el 37,9 % lo mantuvo.

DISCUSIÓN

A pesar de los ingentes esfuerzos que ha realizado el MINSAP en cuanto a la prevención para la reducción de los problemas estomatológicos y dentro de ellos, a la eliminación de los hábitos bucales deformantes como factor principal de riesgo de maloclusiones, resulta evidente que aún se observa un incremento marcado en la práctica de estos por nuestros niños,⁹ como lo demuestran nuestros resultados ([tabla 1](#)), así como otros estudios realizados por diferentes autores, donde se puede apreciar la alta prevalencia de estos hábitos perjudiciales en grupos de escolares de primaria,^{4,21} Tal es el caso de un trabajo realizado en el municipio Habana Vieja en niños de igual escolaridad a la de nuestra investigación,³⁵ el cual coincide también con trabajos similares efectuados en España³⁶ y Chile,³⁷ en los cuales predominan los hábitos bucales deformantes en los niños de menor edad.

A medida que el niño crece debe desprenderse de la práctica de estos hábitos perjudiciales.¹³ *Fernández y Acosta*⁴ involucran niños de primaria de diferentes edades en su estudio y plantean que el grupo más afectado por estos hábitos resulta ser el de 5 a 7 años de edad. Igual lo muestra una investigación realizada en la provincia de Pinar del Río donde el grupo de mayor predominio es el de menor edad,³⁸ resultado similar al nuestro ([tabla 2](#)). Otras investigaciones demuestran lo contrario, al plantear que es en los escolares de 6 años donde predominan los hábitos perjudiciales.¹⁸ Estos hábitos aparecen de igual manera

independientemente del sexo.³⁶ En nuestro estudio, las niñas tuvieron cifras algo superiores que los niños, pero no fueron significativas; similares resultados muestran otros autores.^{29,39,40}

La persistencia de hábitos como la succión (digital, biberón, lengua, labio, mejilla, objetos, deglución atípica) y la aparición de hábitos de morder (onicofagia, bruxismo, objetos, etc.), se han asociado con la fijación en la evolución de la etapa oral psicossocial según *Freíd*, que repercutirá a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia, alterarán o dejarán indemnes las estructuras estomatognáticas.⁴¹

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.³⁷ Estos resultados son similares a los nuestros, donde hubo un predominio de este hábito en ambos grupos de edad; en orden decreciente le siguió la protracción lingual, donde se observó que los niños de menor edad eran los más afectados (tabla 3). Estudios realizados en nuestro país demuestran estos mismos resultados.^{4,42}

En otras investigaciones realizadas con niños mexicanos se observa que hay un predominio del hábito de onicofagia en el sexo femenino, resultado que no se corresponde con el nuestro, donde es el uso del biberón el que más se destacó en las féminas y en menor porcentaje en los varones (tabla 4). Resultados diferentes obtiene *Suárez*,³⁹ donde es la succión digital el que más prevalece en ambos sexos seguido de la onicofagia.

Es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprano y por ello se impone valorar previamente la edad, comprensión y cooperación del niño al respecto.⁴³

Estudios realizados demuestran que hay motivos suficientes para lanzarse de inmediato a un régimen riguroso para dominar un hábito,⁴⁴ para ello debe tomarse el tiempo necesario para ayudar a eliminarlos y siempre de una forma agradable al niño.

En estudios realizados por *Maya*¹⁸ y *Conde*⁴² se logra una elevada reducción de la práctica de estos hábitos con el empleo de diferentes métodos educativos; de igual forma con nuestro trabajo (tabla 5) se lograron disminuir de forma efectiva los mismos, mediante la aplicación de técnicas afectivo participativas.

Conclusiones

- Los niños en sus etapas tempranas de vida se encuentran afectados por hábitos bucales deformantes. En nuestra investigación pudimos identificar la presencia de estos en escolares de 5 y 6 años.
- En nuestro trabajo no existieron grandes diferencias entre los niños con hábitos perjudiciales con respecto a las variables demográficas edad y sexo.
- Dentro de los hábitos bucales deformantes, el uso del biberón es el hábito perjudicial más frecuente en los escolares en edades tempranas, que afectó más al sexo femenino en nuestra investigación.

- Al finalizar la intervención educativa, se disminuyó la presencia de hábitos bucales deformantes en los escolares que participaron en nuestro estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piédrola G, et al. Medicina preventiva y salud pública. 8 ed. Barcelona; 1988. pp. 762-82.
2. Limonta Vidal ER, Araújo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2000;4(3):9-15.
3. Mayoral J, Mayoral I. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. 2 ed. Barcelona: Editora Laboral; 1970. p.189.
4. Fernández Torres CM, Acosta Coutin. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997;79-83.
5. Tripaldi DA. Prevención: ¿por qué y para qué? Rev Odontol 1996;1(3):9-10.
6. Ortega Valdés G, Rosa Rodríguez R, Negrín Ramos V. Hábitos bucales incorrectos de succión al año de edad. Rev Cubana Ortod 1993;81(1):47-9.
7. Soto Cantero L, García González B, González Fernández M. La fuerza labial superior y sus variaciones con la bioterapia. Rev Cubana Estomatol 2003;40(3).
8. Mora Pérez C, López Fernández R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. Rev Cubana Ortodoncia 2001;16(1):38-46.
9. Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol 2004;(1).
10. Graber TM, Swain BF. Ortodoncia. Conceptos y técnicas. T. 1. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984. pp. 11-16.
11. Díaz Pizan ME. Diastema medio interincisal y su relación con el frenillo labial superior: una revisión. Rev Estomatología Herediana 2004;14(1-2).
12. Mayoral J, Mayoral G. Ortodoncia: principios fundamentales y práctica. 4 ed. Barcelona: Labor; 1983.
13. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. pp. 252-62.
14. Borroto Abal O, Mora Pérez C, Araújo Liviano M, López Fernández R. Nivel de conocimiento de educación para la salud en Ortodoncia de trabajadores de Círculos Infantiles. Rev Cubana Ortod 2001;16(2):83-9.
15. Mora C, López R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. Rev Cubana Ortod 2001;16(1):38-46.

16. Rodríguez Almeida R de, Almeida P. Etiología das más oclusões: causas hereditárias e congénitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais) Rev Dent Press Odont Ortop Facial 2000;5(6): 107-29.
17. Enmerich A, Fonseca L, Elías AM, Vieira de Medeiros U. Relación entre hábitos bucales, alteraciones oronasofaríngeas y maloclusión en niños de pre-escolar en Victoria, Espírito Santo, Brasil. Cad Saude Publica 2004;20(3).
18. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod 2000;15(2):66-70.
19. González Jiménez E. La cura sugestiva nocturna de los hábitos bucales perniciosos. Rev Cubana Estomatol 2000;14(1):19-20.
20. Colectivo de Autores. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 248-89.
21. Águila RJ, Roselló J, Enríquez E. Prevalencia de las maloclusiones en dentición. Rev Cubana Estomatol 1980;17(2):79-83.
22. Van Normar RA. Digitsucking, a review of the literatura, clinical observation and treatment recommendation. Int J Orofacial Myology 2000;23:14-24.
23. Rodríguez NV, Norma R, Correa B, Suárez R. Anomalías de la oclusión y trastornos de la articulación de la palabra. Rev Cubana Ortod 2000;15(2):86-93.
24. Cabaña Lores C, et al. Temas de Ortodoncia. Estomatología Infantil. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996. pp. 130-8.
25. Medina EC, Rosado Casanova AJ. Malos hábitos orales en infantes de guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Instituto Mexicano de Seguro Social 2001;39(5):435-40.
26. Leyt S. Succión digital. El niño con el hábito. Rev Ascoc Odont Argentina 1995;83(2):125-8.
27. Padrós Serrat E. Cómo cuantificar las funciones y la postura en la consulta de Ortodoncia. Ortod Clín 2004;7(4):174-204.
28. Zambrana Toledo N. Logopedia y Ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Sao Paulo: Edit. Masson; 1999. pp. 64-6.
29. Barrios Felipe L, Puente Benítez M, Castillo Coto A, Rodríguez Caspio MA, Duque Hernández M. Hábitos de respiración bucal en niños. Rev Cubana Ortod 2001;16(1):47-53.
30. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. T II. 11 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984. pp. 722-840.
31. Fariñas Cordón M, Díaz Morell, JE. Algunos criterios sobre mordida cruzada en nuestra área de salud. Correo Científico Médico de Holguín 2001;4(2).
32. Aznar Martín T, Galán González AF, Martín Castro IM, Domínguez Reyes A. Dental Arch Diameters and relationship to oral habits. Angle Orthodontist 2005;76(3).

33. Pierce RB. Program to eliminate thumb sucking. *Int J Orofacial Myology* 1996;20-52.
34. Medina Quiñones GB. Hábitos orales: Requieren tan solo un tratamiento. Asunción. *Rev Facultad Odontológica* 2001;13(10):60-3.
35. Vergara DN, Blanco CA, Perce VH. Aplicación de un método de Ortodoncia preventiva en escolares de primaria del municipio Habana Vieja: resultados preliminares. *Rev Cubana Ortod* 1994;9(1-2):37-41.
36. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Centro de Salud Serrenio. Hospital Clínico Universitario. Facultad Médica y Odontológica de Valencia, España 2005;62(03):261-5.
37. Pamela Agunti U, Rodríguez Díaz M, Cádiz O, Bobenmethk F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Rev Chilena Pediatr* 2000;70(6).
38. Podadera Valdés Z, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos bucales y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad. Clínica Docente "Osmani Arenado", Pinar del Río. *Rev Cubana Estomatol* 2004;41(2).
39. Suárez Portelles AL, Bidepia Ríos D. Cura sugestiva nocturna en el tratamiento de hábitos bucales deformantes. *Correo Científico Médico Holguín* 1998;2(4).
40. Cuan M. Problemas psicopedagógicos en niños respiradores bucales con maloclusión. *Rev Cubana Ortod* 1990;2(1):60-9.
41. Popovich F, Thompson FG. Thumb and fingensucking: its relation to malocclusion. *Am J Ortho* 1999;63(5):148-55.
42. Conde Suárez HF, de León de la Fe I, Riviera Lacorra D. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentaria en niños de primaria. Municipio de Cárdenas, 2002. *Rev Cubana Estomatol* 2004;(2).
43. Proffit WR. Ortodoncia, Teórica y práctica. 2 ed. Madrid: Mosby Dagma; 1996. pp. 125.
44. Bayardo RE, Mejía JJ, Orozco S, Montry K. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. *Revista ADM* 1995;52 (1):22-6.

Recibido: 2 de noviembre de 2007.
Aprobado: 5 de diciembre de 2007.

Dra. *Zunay de Jesús Cepero Sánchez*. Carretera La Conchita no. 81, Santa Martha Varadero, Matanzas. CUBA.
 Teléf: 662577. e-mail: dmsvar.mtz@infomed.sld.cu

TABLA 1. Distribución de niños examinados según presencia de hábitos bucales deformantes

Hábitos bucales deformantes				Total	
Sí		No			
No.	%	No.	%	No.	%
87	72,5	33	27,5	120	100

TABLA 2. Distribución de escolares según edad y sexo

Sexo	Edad				Total	
	5 años		6 años			
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	25	52,1	23	47,9	48	100
Masculino	21	53,7	18	46,3	39	100
Total	46	52,9	41	47,1	87	100

TABLA 3. Comportamiento de hábitos bucales deformantes según edad

Hábitos bucales deformantes	Edad				Total	
	5 años		6 años			
	No.	%	No.	%	No.	%
Succión digital	16	34,7	12	29,2	28	32,1
Respiración bucal	10	21,7	12	29,2	22	25,2
Protracción lingual	28	60,8	21	51,2	49	56,3
Uso de chupetes	2	4,3	-	-	2	2,2
Uso de biberón	32	69,5	25	60,9	57	65,6
Onicofagia	13	28,2	15	36,5	28	32,1
Queilofagia	1	2,1	1	2,4	2	2,2

TABLA 4. Comportamiento de hábitos bucales deformantes según sexo

Hábitos bucales deformantes	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Succión digital	17	35,4	11	28,2	28	32,1
Respiración bucal	9	18,7	13	33,3	22	25,2
Protracción lingual	25	52,0	24	40,5	49	56,3
Uso de chupetes	2	4,1	0	0	2	2,2
Uso de biberón	35	72,9	22	56,4	57	65,6
Onicofagia	12	25,0	16	41,2	28	32,1
Queilofagia	1	2,0	1	2,5	2	2,2

TABLA 5. Comportamiento de hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención educativa

Edad	Antes				Después				Total	
	Hábitos bucales deformantes				Hábitos bucales deformantes					
	Sí		No		Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
5 años	46	52,9	-	-	18	39,1	28	60,9	46	100
6 años	41	47,1	-	-	15	36,6	26	63,4	41	100
Total	87	100	-	-	33	37,9	54	62,1	87	100