



## **Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Gibara.**

*Educational intervention on buccal deforming habits in children of 5 to 11 years old.*

Dra. Bárbara Caridad Hidalgo Sanchez<sup>1</sup>, Dr. Vladimir Morales Corella<sup>2</sup>, Dra. Bárbara Asunción Toledo Aguilera<sup>3</sup>, Dra. Elvia Elena Ruiz Campaña<sup>4</sup>, Dra. Tatiana Ginesta Tamayo<sup>5</sup>, Dr. Thalwir Lázaro Velazquez Leyva<sup>6</sup>.

1. Clínica Estomatológica de Gibara, Cuba, Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.
2. Clínica Estomatológica de Gibara, Cuba, Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral y Especialista de Primer Grado en Prótesis , Profesor Asistente, Master en Salud Bucal Comunitaria. Investigador agregado.
3. Clínica Estomatológica de Gibara, Cuba, Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral, Master en Urgencias Estomatológicas, Profesor Asistente, Investigador Agregado.
4. Clínica Estomatológica de Gibara. Cuba, Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral, Profesor Asistente.
5. Hospital General Gustavo Aldereguia Lima de Gibara, Cuba, Especialista de Primer Grado en Anestesiología y reanimación, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Profesor Instructor. Email [nanda82@nauta.cu](mailto:nanda82@nauta.cu)
6. Clínica Estomatológica de Gibara. Cuba, Estomatólogo General Básico. Email [thal@nauta.cu](mailto:thal@nauta.cu)

Correspondencia: [nanda82@nauta.cu](mailto:nanda82@nauta.cu)

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención de salud con la finalidad de evaluar la efectividad de las actividades educativas en la modificación del nivel de conocimientos sobre la prevención de los hábitos bucales deformantes y sus consecuencias en los niños portadores de dichas patologías de la escuela primaria Ricardo Sartorio Leal de Gibara, en el período comprendido desde Octubre de 2018 hasta Junio de 2020. El universo estuvo compuesto por 40 niños en edades comprendidas de 5 y 12 años con hábitos bucales deformantes , lo cual coincidió con la muestra y cumplieron con los criterios de inclusión. El sexo femenino prevaleció con 22 pacientes (55,0%). Siendo el grupo de edades más frecuente el de 9 a 10 años con 16 casos para un 40%, se evidenció un predominio de la respiración bucal en el 35,0%. Existió desconocimiento en el 85,0% antes de la intervención, lo cual se logró modificar una vez implementada, el 95,00% logró adecuados conocimientos. Sobre la respiración bucal, se comprobó desconocimiento sobre el tema en el 95,00% antes de la intervención, lo cual se logró modificar a un 95,0% de adecuados conocimientos. La succión digital evidenció un desconocimiento sobre el tema en el 87,5% antes de la intervención y 97,50% de conocimientos adecuados después de aplicado. Las consecuencias

de los hábitos bucales deformantes se comprobó un inadecuado conocimiento en el 95,0% antes de la intervención, lo cual se logró modificar una vez implementada a un 97,5% de adecuados conocimientos. Con la implementación del programa se elevó el nivel de conocimiento de los escolares sobre los hábitos bucales deformantes y sus consecuencias. El programa fue efectivo, obteniendo resultados significativos.

Palabras claves: intervención educativa, hábitos bucales deformantes, escolares

## **ABSTRACT**

Came true a quasi-experimental study of intervention of health with the purpose to evaluate the effectiveness of the educational activities in the modification of the level of knowledge on the prevention of the buccal deforming habits and his consequences in the children bearers of the aforementioned pathologies of the elementary school Ricardo Sartorio Leal of Gibara, in the period understood from October 2018 to June 2020. The universe was compound for 40 children in ages understood of 5 and 12 years with buccal deforming habits, which agreed with the sign and they fulfilled the criteria of inclusion. The female sex prevailed with 22 patients (55.0 %). Being the most frequent age group the one belonging to 9 to 10 years with 16 cases for a 40 %, a predominance of the buccal respiration in the 35.0 % became evident. Ignorance in the 85.0 % before intervention existed, which managed to get modified once implemented, the 95.00 % achieved adequate knowledge. On the buccal respiration, ignorance on the theme in the 95.00 % before intervention was checked, which managed to modify 95.0 % of adequate knowledge itself? The digital suction evidenced ignorance on the theme in the 87.5 % before intervention and 97, 50 % of adequate knowledge after of applied. The consequences of the buccal deforming habits an inadequate knowledge in the 95.0 % before intervention was checked, which managed to get modified once 97.5 % of adequate knowledge was implemented. The students' level of knowledge rose above the buccal deforming habits with the implementation of the program and his consequences. The program was effective, obtaining significant results.

Keys words: Educational intervention, buccal deforming habits and students.

## **INTRODUCCIÓN**

En el mundo actual, las exigencias estéticas son motivo de preocupación de las personas; y entre estas, la sonrisa es la puerta de entrada a las relaciones humanas, razón por la cual se está confiriendo tanta importancia al cuidado de los dientes, sobre todo a su alineación en el arco dentario. A tales efectos, el odontólogo debe desempeñar funciones de educador para poder motivar y lograr cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades.<sup>1</sup> El individuo y sus familiares han de ser capacitados para que cumplan cabalmente lo que el profesional les enseñe y sean consecuentes con su propia salud. El desarrollo del componente educativo se

promueve mediante técnicas educativas encaminadas a elevar los conocimientos sobre determinados temas y reflexionar acerca de asuntos relacionados con la higiene bucal y la responsabilidad del autocuidado como factores claves para preservar la salud individual, familiar y colectiva; sin embargo, para lograr resultados concretos a través de la promoción sanitaria hay que hacerlo en personas cuyas edades favorezcan asimilar o introducir los cambios positivos.<sup>2,3</sup>

Los hábitos bucales deformantes son aquellos que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario. Su práctica puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia anomalías tanto morfológicas como funcionales.<sup>3</sup>

La mayoría de las afecciones bucales, y en particular las maloclusiones no son riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los denominados "problemas de salud". El estudio de los hábitos y sus efectos asume una posición relevante puesto que estos se presentan entre el 56% y el 75% de la población y causan infinidad de anomalías en los músculos maxilares y dientes, siendo el problema principal la falta de conocimiento de los padres y sus hijos sobre los hábitos bucales deformantes y su repercusión. En Cuba estudios realizados, las maloclusiones oscilan entre 27% y 66%. Según una encuesta nacional realizada en 1998, de 1197 encuestados entre las edades de 5, 12 y 15 años el porcentaje de afectados fue de 29%, 45% y 35% respectivamente para un total de 36,6% y el sexo más afectado el femenino.<sup>4</sup>

Según investigaciones realizadas en niños del norte de la India y otras poblaciones de Suramérica en edades de 5 a 10 años son empuje lingual en 18.1%, respiración oral en 6.6%, y succión digital en un 0.7%.<sup>5</sup>

El programa de educación sanitaria en la escuela es el más eficaz y rentable de todos los programas. El niño es un individuo en periodo de formación física, mental y social con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual lo hace más receptivo que otros individuos. Además la escuela tiene una acción extensa en todo el país y todos los niños acuden a ella. Ningún otro programa de educación sanitaria puede ni siquiera soñar ser tan extenso como el escolar.<sup>7, 8</sup>

Los hábitos son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja, que se aprenden. Pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por la repetición frecuente del mismo. El hábito crea y se fija por el entrenamiento y la práctica de un acto voluntario o consciente, que se convierte en voluntario o inconsciente cuando se arraiga.

Los hábitos se pueden clasificar:

A. Hábitos beneficiosos o funcionales: Son aquellos de la función normal que al realizarse correctamente estimulan el desarrollo normal, por ejemplo: succión, masticación, la deglución y la respiración normales.

B. Hábitos perjudiciales o nocivos: Resultan ser los resultantes de la perversión de los anteriores, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

La protracción o empuje lingual, la succión digital, la queilofagia o mordisqueo de la lengua y la respiración bucal son ejemplos de estos hábitos.

La práctica de los hábitos deletéreos pueden producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático y como consecuencia de ello, anomalías del aparato masticatorio tanto morfológico como funcionales. Los hábitos deformantes que con más frecuencia encontramos y que son causantes de maloclusión dentaria tenemos: Succión digital, empuje lingual y respiración bucal. Con menos frecuencia se observan: Succión o mordisqueo del labio, onicofagia, hábitos posturales.<sup>10</sup>

Algunos autores opinan que también intervienen factores psicológicos pues muchos niños, frente a las perturbaciones emocionales, toman el hábito como medio de liberación de tensiones y llega a convertirse en una clara defensa contra los sentimientos de inseguridad, falta de amor y angustias. La introducción en el programa escolar de la Educación para la Salud buco-dental es de una importancia trascendental. Temas como caries y sus técnicas de prevención, enfermedad periodontal, técnicas de cepillado, el uso de seda dental, las maloclusiones dentarias y las revisiones periódicas por el Odontólogo, son de obligado tratamiento en el ámbito escolar, hasta conseguir la adquisición de hábitos saludables que trasciendan al entorno familiar de los escolares y que perduren en el tiempo. La odontología para niños se basa generalmente en la prevención.<sup>13</sup>

Experiencias han demostrado que programas integrales de educación en salud dirigidos a escolares ejercen gran influencia en los conocimientos, actitudes y prácticas. Los centros educativos pueden enseñar sobre buenos hábitos en salud, estimular a los niños para que conserven y repliquen estos hábitos en sus hogares, advertir acerca de los riesgos de imitar hábitos no saludables de adultos y brindar al estudiante modelos alternativos de comportamiento saludable, los cuales puede imitar y valorar.<sup>11</sup> La prevención en la atención primaria es uno de los principios fundamentales de la Estomatología en Cuba y ésta se realiza a niños y niñas de instituciones infantiles, escuelas primarias y secundarias para prevenir los factores de riesgo que afectan el desarrollo normal del complejo dentomaxilofacial. La interrelación padre-hijo-educadores es fundamental en el desarrollo del tratamiento, ya que todos deben estar motivados para lograr resultados satisfactorios, por lo que se hace imprescindible realizar prácticas encaminadas al fortalecimiento y desarrollo de las familias y escuelas.<sup>18-20</sup>

A la consulta estomatológica del municipio Gibara acuden infantes que están afectados por caries, sin embargo al realizarles las Historias Clínicas se han detectados anomalías y al interrogar a los padres o tutores se ha evidenciado la presencia de hábitos bucales deformantes sobre los cuáles los pacientes no poseen conocimientos de sus consecuencias.

Los Estomatólogos en el 1er nivel de atención aplican acciones educativas, de promoción y prevención en niños de edad escolar donde participen de forma activa los profesores como

protagonistas de la formación integral de la educación y los padres como componente fundamental de la sociedad, actuando de forma coordinada lograremos controlar los hábitos bucales deformantes y con ello las anomalías provocadas por los mismos, mejorando así el cuadro de salud en esta población. Por todo lo anterior expuesto nos planteamos el siguiente problema científico.

Problema científico. ¿Será efectiva la intervención educativa para aumentar el nivel de conocimientos sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes en los niños de primero a sexto grado del centro escolar Ricardo Sartorio Leal?

Hipótesis: Si aplicamos la Intervención Educativa "Para un Príncipe Enano", se aumentará el nivel de conocimiento sobre los hábitos bucales deformantes de los niños de 5 a 11 años del centro escolar Ricardo Sartorio Leal de Gibara.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la Intervención Educativa en la modificación del nivel de conocimientos de los hábitos bucales deformantes de los niños de 5-11años del centro escolar Ricardo Sartorio Leal de Gibara.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención de salud con la finalidad de evaluar la efectividad de las actividades educativas en la modificación del nivel de conocimientos sobre la prevención de los hábitos bucales deformantes y sus consecuencias en los niños portadores de dichas patologías de la escuela primaria Ricardo Sartorio Leal de Gibara, en el período comprendido desde Octubre de 2018 hasta Junio de 2020.

El universo estuvo compuesto por 40 niños en edades comprendidas de 5 y 12 años con hábitos bucales deformantes pertenecientes a la escuela primaria Ricardo Sartorio Leal de Gibara lo cual coincidió con la muestra y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Niños portadores de hábitos bucales deformantes cuyos padres o tutores dieron su consentimiento para participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Niños que fueron trasladados de escuela en el tiempo del estudio.

Criterios de salida: Los que no quisieron continuar en la investigación y los que se ausentaron a 2 o más encuentros.

Operacionalización de las variables				
Variables	Clasificación	OPERACIONALIZACION		
		Escala	Definición	Indicador
Hábito bucales deformantes	Cualitativa nominal politómica	Respiración bucal Empuje lingual Onicofagia Succión digital	Tipo de hábitos bucales deformantes presentes en los	Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas y N° %

		Queilofagia Masticación de objetos	escolares.	
Nivel de conocimiento sobre hábitos bucales	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Cuando las respuestas correctas equivalen a 70 puntos o más	Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Y N° %
		Inadecuado	Cuando las respuestas correctas equivalen a menos de 70 puntos o más	
Nivel de conocimiento sobre respiración bucal	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Cuando las respuestas correctas equivalen a 70 puntos o más	Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. y No %
		Inadecuado	Cuando las respuestas correctas equivalen a menos de 70 puntos o más	
Nivel de conocimiento sobre empuje lingual	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Cuando las respuestas correctas equivalen a 70 puntos o más	Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. y No %
		Inadecuado	Cuando las respuestas correctas equivalen a menos de 70 puntos o más	

Nivel de conocimiento sobre consecuencias de los hábitos bucales deformantes	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Cuando las respuestas correctas equivalen a 70 puntos o más	Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. y No %
		Inadecuado	Cuando las respuestas correctas equivalen a menos de 70 puntos o más	

Recolección de los datos:

Los datos se obtuvieron por medio de la aplicación de la encuesta a cada paciente (Anexo I).

Métodos empíricos empleados

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

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

Métodos teóricos empleados:

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

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

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

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

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

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

Obtención de la información: La investigación se dividirá en tres etapas: Etapa diagnóstica, etapa de intervención propiamente dicha y etapa de evaluación.

Etapa diagnóstica: A todos los niños se les aplicará una encuesta inicial (Anexo I) relacionadas con el tema a tratar en la intervención, el cual servirá para valorar el nivel de sus conocimientos sobre hábitos bucales deformantes antes del estudio.

Etapa de intervención propiamente dicha: Se desarrollaran 5 sesiones en las cuales se impartirán temas educativos sobre el problema a tratar. Las sesiones abordaran los siguientes temas:

Tema 1: Vamos a conocernos.

Tema 2; Sonreímos con esperanza.

Tema 3: ¿Cómo tener una sonrisa feliz?

Tema 4: Una buena lección.

Tema 5: Mi Sonrisa

Las reuniones se efectuarán con una frecuencia semanal y un tiempo de duración de una hora. En las mismas se utilizarán técnicas participativas de animación y de instrucción combinadas en algunas sesiones con juegos didácticos.

Recursos que se utilizarán en el aprendizaje:

1. Exposición oral: es el empleo del lenguaje para explicar un tema o actividad a desarrollar. Estará a cargo del coordinador y será utilizada en la introducción, una parte del desarrollo y al final para integrar el conocimiento.
2. Interrogatorio: es el uso de preguntas para obtener información, valorar puntos de vistas o verificar lo aprendido. Se utilizará para despertar el interés central, la atención y la reflexión sobre aspectos importantes.
3. Técnicas afectivo-participativas: se fundamenta en la realización de tareas concretas por parte de los asistentes, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar la cohesión, la reflexión o el análisis sobre un tema determinado.
4. Juegos didácticos: persiguen consolidar los conocimientos que reciben en las reuniones, elevar el nivel de educación para la salud bucal y garantizar la retroalimentación de los temas impartidos.

Etapas evaluativas: Se aplicará nuevamente la encuesta a los niños, en la reunión para las conclusiones, lo que permitirá evaluar y comparar los resultados con los obtenidos al inicio del estudio.

Criterios:

2 preguntas bien: Nivel de conocimiento alto

1 pregunta bien: Nivel de conocimiento medio

Ninguna pregunta bien: Nivel de conocimiento bajo

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

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

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

Técnicas de procesamiento de la información: La información recopilada en la encuesta fue procesada en forma computarizada, para lo cual se creó una base de datos en una computadora marca HP y para dar cumplimiento a los objetivos se utilizaron medidas de resumen



para datos cualitativos como son las frecuencias absolutas y los porcentajes.

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

## RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la muestra según Edad y Sexo.

Grupos de Edades.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
5 – 6	4	10,00	4	10,00	8	20,00
7 - 8	6	15,00	4	10,00	10	25,00
9 – 10	9	22,50	7	17,50	16	40,00
11 – 12	3	7,50	3	7,50	6	15,00
Total	22	55,00	18	45,00	40	100,00

Fuente: encuesta.

El sexo femenino prevaleció con 22 pacientes para un 55,0% del total. Siendo el grupo de edades más frecuente el de 9 a 10 años con 16 casos para un 40% del total.

Tabla 2. Distribución de pacientes según hábitos bucales deformantes presentes.

Tipo de hábito	No	%
Respiración bucal	14	35,00
Succión digital	10	25,00
Onicofagia	6	15,00
Empuje lingual	5	12,50
Queilofagia	3	7,50
Masticación de objetos	2	5,00
Total	40	100,00

Al determinar los hábitos bucales presentes en los niños, se evidenció un predominio de la respiración bucal en el 35,00%.

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes más frecuentes.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	6	15,00	38	95,00
Inadecuados	34	85,00	2	5,00
Total	40	100	40	100

Fuente: encuesta.

La tabla muestra el nivel de conocimiento sobre los hábitos bucales que tenían los escolares. Se evidenció un desconocimiento en el 85,00% de los escolares antes de la intervención, lo cual se logró modificar una vez implementada, el 95,00% logró adecuados conocimientos.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre la respiración bucal.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	2	5,00	38	95,00
Inadecuados	38	95,00	2	5,00
Total	40	100	40	100

Al determinar el nivel de conocimiento sobre la respiración bucal, se comprobó un desconocimiento sobre el tema en el 95,00% de los escolares antes de implementarse la intervención, lo cual se logró modificar una vez implementada el 95,00% logró adecuados conocimientos.

Tabla 5. Nivel de conocimientos sobre succión digital.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	5	12,50	39	97,50
Inadecuados	35	87,50	1	2,50
Total	40	100	40	100

La tabla 5 muestra el conocimiento de los participantes sobre la succión digital donde se evidenció un desconocimiento sobre el tema en el 87,50% de los escolares antes de implementarse la intervención, lo cual se logró modificar una vez implementada el 97.50% logró adecuados conocimientos.

Tabla 6. Nivel de conocimientos sobre consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	2	5,00	39	97,50
Inadecuados	38	95,00	1	2,50
Total	40	100	40	100

Al analizar el conocimiento que tenían los escolares sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes se comprobó un inadecuado conocimiento en el 95,00% de los escolares antes de la intervención, lo cual se logró modificar una vez implementada, el 97,50% logró adecuados conocimientos.

## DISCUSIÓN

Núñez Blanco en el Municipio Güines en su estudio el sexo femenino resultó en supremacía (54,88%). Resaltando además la mayor cantidad de escolares con 9 años para un 67.66% del total.<sup>23</sup>

De acuerdo con la muestra estudiada por Mesa Rodríguez la presente difiere en cuanto al sexo predominante pues en su estudio predominó el sexo masculino representando el 51,2%.<sup>24</sup>

En un estudio realizado por Méndez de Varona y colaboradores existió un predominio de igual forma del sexo femenino representando un 57,2%.<sup>25</sup> Consideramos que los hábitos bucales deformantes resultaron más comunes en el sexo femenino debido a que generalmente la prevalencia de maloclusiones y anomalías de la oclusión afectan en mayor número a este sexo.

Diferentes resultados reportó González-Ramo donde el hábito dental deformante con más frecuencia fue de los hábitos de mordedura (onicofagia), en segundo plano el hábito de succión, el tercer plano fue la respiración bucal y por ultimo hábitos de lengua.<sup>43</sup>

Laborde-Ramos determinó que de 76 niños el 33% presentan hábitos bucales deformantes, siendo más frecuentes la onicofagia, el refirió que es un hábito asociado a un elevado nivel de ansiedad y que más que el acto en sí, es una alerta de que algo está pasando en la edad.<sup>40</sup>

Alfonso y colaboradores en su estudio al realizar la distribución de niños con hábitos bucales deformantes según edad. La mayor frecuencia se encontró en el grupo de 4 años con el 11,5%, seguido por el de 3 años con 8, 5% y en el grupo de 5 años la menor frecuencia con el 4,6%. Es criterio de ellos es, que los efectos de los hábitos, como es el caso de la succión digital, van a estar en función de la duración del hábito, ya que si se elimina antes de los tres años los efectos son mínimos y desaparecen espontáneamente. También dependen de la frecuencia con la que el niño se chupa el dedo, de la intensidad del hábito y de la posición del dedo.<sup>40</sup>

Cuando la respiración tiende a realizarse a través de la cavidad bucal se producen una serie de efectos secundarios que van desde la recepción de un aire cargado de impurezas, frío, seco, deficientemente preparado hasta los efectos más complejos capaces de producir afectaciones sobre los maxilares, músculos y el individuo de forma general. Las características del cuadro clínico varían en dependencia de la parte de la vía aérea que esté alterada, de la salud y el biotipo del paciente, además del tiempo en que esté actuando este hábito, es por ello que la prevención se considera la piedra angular de la atención médica por la cual la estomatología debe ir dirigida muy especialmente a la población infantil, desarrollando con ello además del trabajo clínico y educativo, con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud.

Álvarez realizó una intervención educativa en un grupo de escolares con hábito de succión digital con la finalidad de incrementar los conocimientos y modificar comportamientos con la generalización del instructivo educativo, de 20 niños participantes, 10 (50 %) antes de realizada la intervención, tuvieron conocimiento inadecuado; una vez realizada la intervención se logra que el 90 % pasara a tener conocimiento adecuado.<sup>31</sup>

Alfonso expone en cuanto al nivel de conocimientos obtenidos antes de la intervención educativa era deficiente, después de la aplicación de la intervención educativa mejoró considerablemente, sin embargo persisten valores bajos en relación al nivel de conocimientos de salud bucal preventiva en el paciente.<sup>41</sup>

Espinosa Fonseca demuestra que la correcta implementación de la intervención en las escuelas son más eficaces y menos costosas, ya que el niño es un individuo en periodo de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual lo hace el más receptivo de los educandos.<sup>33</sup>

Lo ideal sería lograr que el mayor número de niños llegase a la edad de cinco años con la práctica de hábitos perjudiciales ya erradicada. En ello juega un importante papel todas las acciones de promoción y divulgación, desde las emitidas por los medios de difusión masiva, hasta las que desarrolla el estomatólogo de manera individual con cada paciente.

Mora-Pérez y colaboradores en su estudio titulado "Efectividad de la Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes", después de aplicar la estrategia, se observaron diferencias significativas, ya que este se elevó de un 8,8 % a casi un 50 %.<sup>42</sup>

Laborde Ramos exponen que antes de aplicar el programa educativo tenían conocimientos inadecuados 74 escolares (82,22%). Posteriormente de realizar se incrementaron los niños con conocimientos adecuados 69(76,67%) y se mantuvo inadecuado 21 para el 23,33 %.<sup>44</sup>

Similares resultados a los de esta investigación también reportan Álvarez Mora y colaboradores donde indican los beneficios de la labor educativa, donde el 76,67 % de los participantes en la intervención tenían un conocimiento inadecuado. Luego de la intervención el 67,78 % pasaron a tener un conocimiento adecuado y el 32,22 % se mantuvo inadecuado.<sup>12</sup>

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

En un estudio realizado por Mora-Pérez arrojó que la vestibuloversión se relaciona con los hábitos de protracción lingual y succión digital que resultaron ser los dos más comunes en los niños estudiados, lo cual infiere el vínculo estrecho entre los hábitos y las anomalías dentomaxilofaciales. Por ende, el trabajo del estomatólogo debe ir encaminado a la promoción de salud y de no llegar a estos resultados.<sup>43</sup>

Laborde Ramos en su Programa Educativo muestra el nivel de conocimiento en relación a los hábitos que afectan los dientes y los tejidos bucales, resultaron de malo 58.0% del total 44 de los encuestado, seguido del regular con 34.6%, donde solo el 35.3% de la población reconoció que tanto la respiración bucal como la succión digital eran los principales hábitos que afectan los dientes y los tejidos bucales. Esto fue debido a la escasa educación para la salud que tiene esta población donde se realizó el estudio.<sup>44</sup>

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, la eliminación de los hábitos bucales deformantes como factor principal de riesgo de las maloclusiones, resulta evidente que aún se observa un incremento marcado en la práctica de estos hábitos por nuestros niños.

Similares resultados reportan Álvarez Mora donde expone que 28 escolares presentaban conocimientos inadecuados sobre las consecuencias de los hábitos bucales deformantes, 63,6%. Después de la intervención 34 pasaron a la clasificación de adecuados (77,3%); observándose cambios estadísticamente significativos.<sup>12</sup>

Lee Garcés quien logró, en su investigación, modificar los conocimientos sobre hábitos bucales deformantes y sus consecuencias en 62% de los escolares<sup>14</sup>. Frías Figueredo y colaboradores, en un programa educacional de salud bucal para escolares concluyó que el 94,3% de los niños poseían un bajo nivel de conocimientos sobre salud estomatológica antes de recibir la labor educativa y luego éste resultó bueno en 87,9%. Los resultados que se obtuvieron en el estudio son atribuibles a la atención e interés que mostraron los escolares ya que se aplicó un proceso que garantizó la comunicación, motivación y el cambio positivo en el nivel de conocimiento.<sup>21</sup>

Consideramos que el sistema escolar constituye un escenario donde, por excelencia, La Educación para la Salud juega un importante papel. En este campo, los países avanzan en la implantación de convenios y pactos sociales entre el sector educativo y el de la salud. La motivación de realizar los programas de Educación para la Salud parte del reconocimiento de que los niños son los actores

sociales del mañana, y de que el sistema escolar es una instancia donde todos los niños tienen acceso a la información y al conocimiento que necesitan para construir hábitos de vida saludables.

## **CONCLUSIONES**

Se observó un predominio de la respiración bucal. Antes de la intervención se evidenció un desconocimiento sobre el tema. Con la implementación del programa se elevó el nivel de conocimiento de los escolares sobre los hábitos bucales deformantes y sus consecuencias. El programa fue efectivo, obteniendo resultados significativos.

## **Recomendaciones**

Incrementar las actividades de Promoción de Salud para elevar el nivel de conocimiento sobre los hábitos bucales deformantes y sus efectos perjudiciales, así como diagnosticar y tratar precozmente la presencia de los hábitos bucales deformantes para prevenir y tratar las alteraciones de la oclusión dentaria desde edades tempranas.

## **Referencias bibliográficas**

1. Ricardo Reyes, Manuela. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital. Santiago de Cuba, Cuba 2010 <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n2/san12211.pdf>
2. Definición y tipos de traumatismos. 2017. Artículo disponible en: <https://odontologia.do/definicionytiposdetraumatismosdentales/>
3. Fernández Martínez, Jenny; Mora Pérez, Clotilde; Lic. López Fernández, Raúl. Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2009; 7(1) Especial <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/506/6673>
4. Tipos de traumatismos Dentales. Estudi Denti Barcelona. 2017. Artículo disponible en: <http://estudidentalbarcelona.com/tiposdetraumatismosdentales/>
5. Díaz H, Ochoa B, Paz L, Casanova K, Coca Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. Medisur [Internet]. 2015 [citado 11 Ene 2017]; 13 (4): [aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2848/1834>
6. Moya Rivera P, Caro Cassali JC, Fuentes Y, Gálvez F. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en preescolares. Comuna de Ñuñoa. Revista Dental de Chile. 2016; 107 (1) 34-37.
7. Estrada Raudez MC, Lagos Ochomogo AL, López Saavedra JY. Prevalencia de factores predisponentes de maloclusión dental en niños de 6 a 9 años de edad, del colegio guardabarranco de Managua en el periodo octubre-noviembre del año 2015. [Tesis]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016.

8. Moreira Cañizares MA. Prevalencia de maloclusión en niños. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2016.
9. García Miguel, Ana. Traumatismo dental. Hospital Fransesc de Borja. Gandía. Abril 2015.
10. Álvarez González, María; Pérez Lauzurique, Aleida; Martínez Brito, Isabel. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400002)
11. Vieira, Darío Viera. Traumatismos dentales. Febrero 2015. Artículo disponible en:  
<https://www.propdental.es/blog/odontologia/traumatismosdentales/>
12. Álvarez-Mora I, Lescaille-Castillo Y, Mora-Pérez C, Pieri-Silva K, González-Arocha B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [revista en Internet]. 2013; 11(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en:  
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>
13. Cabaña Lores C, Massón Barceló R, Valverde Martín R, Valdés Álvarez R, Cubero Menéndez W, Soto Cantero L, et. al. Temas de la asignatura Ortodoncia Estomatología Infantil: Primera parte. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.
14. Traumatismos dentales. Clínica dental Pico Blanco. 2015. Artículo disponible en:  
<http://clinicapicoblanco.com/traumatismosdentales/>
15. Acevedo Sierra, Odalis; Dra. Mora Pérez, Clotilde; Dr. Luís Capote Femenías, José. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2011.  
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574/7302>
16. Díaz Navarro, Belkis; Rodríguez Delgado, Aida; López González, Leticia .Programa educativo sobre salud bucal en infantes de quinto año de vida de círculo infantil Policlínico Docente "Juan B. Contreras Fowler". Ranchuelo, Villa Clara.2008.Disponible en :<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=849cc01e-8316-47e8-990f-c996ad2180bb%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4212>
17. Dávila, ME; Mujica de G, M .Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad oral y medidas preventivas. Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 46 Nº 3 / 2008  
[Shttp://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/programa\\_educativo\\_escolares.pdf](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/programa_educativo_escolares.pdf)
18. Crespín Ponce AC. Incidencias de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión en los pacientes de la Clínica de Odontopediatría. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015.
19. Reyes Romagosa DE, Rosales K, Roselló Salcedo O, García Arias DM. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 – 2005. Acta Odontológica Venezolana. [Revista en internet] 2007;

47(3): [aprox10p].

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos\\_bucales\\_deformantes.asp#top](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucales_deformantes.asp#top)

20. Bryt F, Botella L, Escoda JJ. Programa Convivir. Promoción de salud mental en la comunidad educativa [Tesis]. La Habana: Universidad Médica de la habana; 2016.
21. Lee Garcés Y, Lee Garcés Y, Ballart Ramos A, Frómeta Díaz L. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de seis a doce años, Manuel Tames, Guantánamo. II Simposio Internacional Tecnología Y Salud Bucal; 2015.
22. Mesa Rodríguez Nerina Yadira, Medrano Montero Jacqueline. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. ccm [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Ene 12]; 21(2): 458-467. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011&lng=es)
23. Núñez Blanco, M. Determinar los hábitos bucales deformantes en estudiantes de la Escuela Primaria "Raúl Gómez García" del Municipio Güines. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [Internet]. 2015 [Citado 21 ene 2020]; 21(2). Disponible en: <http://revcm.habana.sld.cu>
24. Mesa Rodríguez, NY. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. Ccm [Internet]. 2017 [Citado 2020 Enero 20]; 21(2): 458-467. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
25. Méndez de Varona, Y. Factores de riesgo asociado a Hábitos Bucles Deformantes en niños. Ccm [Internet]. 2017 [Citado 2020 Enero 20]; (3). Disponible en: <http://www.mediagrphic.com>
26. Valdés Álvarez R, Montero del Castillo ME, Cabañas Lores C, González Noya G, Legón Padilla N. Manual de Odontopediatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 31-33.
27. Frías Figueredo L, Triana Martínez K, Nerey Arango D, Castell León C. Intervención educativa para mejorar comportamientos sobre el hábito de succión digital. Convención Internacional de Estomatología. Ciudad de la Habana: Palacio de las Convenciones; 2014.
28. Figueroa Cervantes C. Prevención de maloclusiones en odontopediatría desde el nacimiento. [Tesis]. Perú: Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2016.
29. Hernández Fernández Y, Imbert Fuentes Y, LegráSilot EB, Martínez Pérez L, Ortiz Reyes W. Prevalencia de micrognatismo transversal de maxilares en niños con 5 años de edad. Revista de Información Científica [Internet]. 2014 [citado 11 mar 2018]; 88(6): 61028-9933. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6145477>
30. Correa Astudillo GT. Prevalencia de características bucodentales en pacientes pediátricos con síndrome de Down, FASAN 2017. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017.
31. Sosa Sánchez Nelya, Reyes Suárez Olga Vicia, Pérez Navarro Norailys, Mato González Amarilis. Diámetro transversal del maxilar y hábitos bucales perjudiciales en lactancia materna. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Ene 12]; 21(2): 107-115. Disponible



en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942017000200015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200015&lng=es)

32. FuguetBouillon JR, Betancourt García AI, Ochoa Jiménez L, González Pérez M, Crespo García A, Viera Rodríguez D. Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. RevMéd Electrón [Internet]. 2014 Sept-Oct [citado 2016 dic 6]; 36(5): [Aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema04.htm>
33. Espinosa Fonseca RM, Matos Vítores HC. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo transversal de los maxilares. Multimed [Internet] 2016 [citado 2016 dic 2]; 20(3): [Aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/201/246>
34. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Medisan [internet]. 2014May [citado 13 ene 2018]. 18(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
35. González Valdés D, Alemán Sánchez PC, Delgado Díaz Y, Díaz Ortega L, León López E. Presencia de mordida invertida en un grupo de niños y adolescentes. San Antonio de los Baños. 2014. Revhabanciencméd [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Dic 05]; 14(3): [Aprox. 20p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2015000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000300004&lng=es)
36. Requena Mendoza A. Influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal. [Tesis]. Toluca: Universidad Autónoma de México. Facultad de Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
37. Gaeta ML, Cavazos JL, Cabrera MR. Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. [Internet]. 2017 [citado 11 mar 2018]; 15(2): 965-978. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77352074012.pdf>
38. Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. RevMéd Electrón [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado 2016 dic 2]; 36(4). [Aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema02.htm>
39. Pinto Pazos HL. Estrategia de intervención educativa en odontología dirigida escolares con deficiencia auditiva. [Tesis]. Perú: Centro de Educación Básica especial, La Sagrada Familia del distrito de Magdalena; 2009.
40. Haces Yanes MS, Mora Pérez C, Cruz Pérez N, Álvarez Mora I. Intervención educativa aplicada a niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. Convención Internacional de Estomatología. Ciudad de La Habana: Palacio de las Convenciones; 2010.

41. Álvarez I, Lescaille Y, Mora C, Pieri K, González B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [Internet]. 2013 [citado 11 mar 2017]; 11 (4): [aprox. 11p]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543/1279>
42. Mora C, Gil M, Álvarez I, Cardoso M, Álvarez P, Oliva C. Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2014 [citado 11 Ene 2017]; 12 (6): [aprox. 14p]. 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)
43. González-Ramo RM, Ochoa-González DA, Silva-Fors C. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. Rev Habanera CiencMéd. [Internet]. 2012 [citado 11 mar 2018]; 11(4):464-473. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu>
44. Laborde Ramos R, Valdez Acosta I, Quintana Giralt M, Quintana Díaz JC. Programa Educativo en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital Acta Odont Col [Internet] 2016[Citada 20 ene 2018]; (6)1: 21-31. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

## **ANEXOS**

### **Anexo I: Cuestionario dirigido a los niños:**

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

1-¿Conoces hábitos que deformen los dientes?

Sí-----No-----Cuáles?-----  
-----

2-¿Cuáles de estos hábitos pudieran perjudicar tus dientes?

-----Chupar dedo.

-----Chupar Tete.

-----Tomar leche en pomo.

-----Comerse las uñas.

-----Respirar por La boca.

-----Colocar la lengua entre los dientes cuando tragas.

-----Colocar el lápiz u otro objeto entre tus dientes.

-----Morderse el labio o el carrillo.

### **Anexo II:**

**Programa educativo diseñado para la intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes. "Para un príncipe enano".**

**Encuentro 1.** Introducción. "Vamos Conocernos".

**Tema:** Introducción al programa.

**Duración:** 1 hora.

**Métodos-Técnicas y Medios:** Presentación, animación, exposición.

**Objetivo:** Crear un ambiente favorable que permita la interrelación de los niños. Motivar a los niños relacionándolos con la salud bucodental.

#### **Desarrollo:**

1- Se dará la bienvenida al grupo.

2- Se presentaran los niños mediante la técnica "Vamos a conocernos". Se pide a los niños que se coloquen en forma de un círculo. El coordinador se presentará y responderá las siguientes preguntas: ¿Cómo te llamas? ¿Cómo eres? ¿Cómo te gustaría tener tus dientes?

Luego se presentará cada niño.

**Encuentro2:** Sonreímos con esperanza.

**Tema 2:** Hábitos bucales deformantes más frecuentes.

**Métodos-Técnicas y Medios:** Explicativo, Interrogativo, Lluvia de ideas, Técnicas de animación, Cartel confeccionado por la autora.

**Objetivo:** Definir que es un hábito. Brindar información acerca de los hábitos bucales deformantes.

**Métodos y procedimientos:** Motivaremos la participación de los niños por medio de preguntas tales como: ¿Cuáles hábitos bucales perjudiciales conocen? ¿Cómo prevenir los hábitos bucales deformantes?

Evaluación: Se realizara por medio de adivinanzas.

**Encuentro 3.** ¿Cómo tener una sonrisa feliz?

**Tema 3:** Respiración bucal y empuje lingual.

**Métodos-Técnicas y Medios:** Explicativo, Interrogativo, Lluvia de ideas, Técnicas de animación, Cartel confeccionado por la autora.

**Objetivo:** Explicar cada hábito, brindar información sobre como modificarlos.

**Métodos y procedimientos:** Se les enseñará a los estudiantes que es la caries dental, se les explicará en que consiste la respiración bucal y el empuje lingual, se les detallará cada hábito por separado, poniendo ejemplo de la vida cotidiana, brindándoles las herramientas necesarias para su erradicación. Se motivará al escolar para la próxima actividad.

Evaluación: Se realizara por medio de adivinanzas.

**Encuentro 4.** Una buena Lección.

**Tema 4:** Consecuencias de los hábitos bucales deformantes.

**Métodos-Técnicas y Medios:** Explicativo, Interrogativo, Lluvia de ideas, Técnicas de animación, Cartel confeccionado por la autora.

**Objetivo:** Definir las consecuencias que de los hábitos bucales deformantes.

Contenidos: Principales consecuencias

Métodos y procedimientos: Motivaremos la participación de los niños por medio de preguntas tales como: ¿Cuáles consecuencias traen consigo los hábitos bucales deformantes?

**Evaluación:** Se les mostrara una lámina. Se les pedirá que digan todo lo que observan en las mismas.

**Encuentro 5.** "Mi sonrisa"

Métodos-Técnicas y Medios: Cuestionario, Lluvias de ideas.

Duración: 1 hora.

Objetivo: Realizar la entrevista. Recoger las impresiones sobre el programa educativo. Motivar para la aplicación de los conocimientos adquiridos.

Se establecerá un intercambio de ideas entre los participantes y sus padres sobre impresiones del programa educativo.

**Etapas de evaluación:** A las 5 semanas de realizada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario inicial. Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención.

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