

Programa Educativo en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital*

Educational program in first and second level students with digital suction-habit

Rafael Laborde Ramos 1

Iris Valdez Acosta 2

Mayrim Quintana Giralte 3

Juan Carlos Quintana Díaz 4

RESUMEN

Dentro de los hábitos bucales deformantes encontramos la succión digital que consiste en la introducción de dedos, fundamentalmente el pulgar, en la cavidad bucal. La práctica de este hábito puede producir alteraciones en el crecimiento y desarrollo del Sistema Estomatognático y, como consecuencia, anomalías dentomaxilofaciales por lo que la prevención a edad temprana es de vital importancia. Con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención educativa sobre la modificación del hábito de succión digital se determinó realizar un estudio experimental de tipo intervención comunitaria en un universo constituido por 174 niños de 1ro y 2do grado de la escuela primaria "Camilo Cienfuegos" del municipio Artemisa; la muestra es no probabilística, dirigida a sujetos tipos, compuesta por 44 escolares que presentaron hábito de succión digital en el período comprendido de septiembre del 2013 a marzo del 2014. Para la obtención de la información se utilizó la observación, como método tradicional, y la entrevista; para el análisis e interpretación de los resultados se emplearon el análisis porcentual y se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas de McNemar y prueba de rango con signos de Wilcoxon. Entre los principales resultados se destacan que después de la intervención el 81.8% adquirieron un conocimiento adecuado respecto al hábito, las anomalías dentomaxilofaciales que más incidieron fueron la disfunción labial, la mordida abierta anterior y el resalte aumentado. Se concluye que fue efectiva la intervención al mostrar cambios en el comportamiento de los escolares estudiados, eliminando el hábito en más de la mitad de la muestra.

PALABRAS CLAVE:

Hábitos, succión digital, maloclusión, mordida abierta, anomalías dentales, factores de riesgo.

ABSTRACT

Finger sucking is a deforming buccal habit, mainly to introduce the thumb in the buccal cavity. The practice of this habit can affect the dentomaxillofacial growing and its development; therefore, the prevention at early age is of great importance. Main objective was to evaluate the effectiveness educational intervention for decreasing the finger sucking -habit effects. We performed an experimental study, specifically a communal intervention. The universe was made up by 174 children from the first and second level of the primary school "Camilo Cienfuegos" in Artemisa municipality. On the other hand, it was used a non probabilistic sample oriented to specific subjects, which included 44 students having digital suction habits during the period from september 2013 to march 2014. An observational method and the interview were used for obtaining the data. Percentage analyses, the McNemar and Wilcoxon signed-rank tests were applied to the data for achieving the relevant results. 81.8% of patients acquired an adequate knowledge about finger sucking habit, the most relevant dentomaxillofacial anomalies were the labial dysfunction, anterior open bite and increased protuberance. We conclude that the educational intervention was effective to change the children behavior associated to the finger sucking habit, reducing to more than the half those affected in the studied students.

KEY WORDS:

Habits, finger sucking, malocclusion, open bite, dental deformities, risk factors.

* Artículo de investigación e innovación resultado de proceso de investigación realizado en la Clínica Estomatológica Docente de Artemisa " Severino Rosell González ", Cuba.

1 Especialista de primer grado de EGI y de Ortodoncia. Profesor instructor. Dirección: Calle 602 entre 6 y 10 Las Cañas, Artemisa. E-mail: raflab@infomed.sld.cu

2 Especialista primer grado de EGI. Dirección: Calle 602 entre 6 y 10 Las Cañas, Artemisa. E-mail: ivalcosta@infomed.sld.cu

3 Especialista primer grado de EGI y de Ortodoncia. Especialista primer grado en EGI y Ortodoncia. Dirección: Calle 23 No 804 entre 8 y 10 Artemisa Cuba. E-mail: mayrimgg@infomed.sld.cu

4 Especialista de segundo grado en cirugía maxilofacial. Máster en Ciencias. Profesor Auxiliar. Jefe de servicio Maxilofacial Artemisa. Dirección: Calle 21 No 1015 entre 10 y 10 Artemisa, Cuba. Email: juanc.quintana@infomed.sld.cu

Citación sugerida

Laborde-Ramos R, Valdez-Acosta I, Quintana-Giralte M, et al. Programa Educativo en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital. Acta Odontol [En línea] 2016; (6)1: 21-31 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>.

Recibido	Febrero 8 2016
Aprobado	Abril 13 2016
Publicado	Junio 30 2016

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza compleja. Este comportamiento mental o corporal se adquiere por la práctica o repetición frecuente de los mismos. Por lo tanto, en sus inicios esta costumbre es voluntaria y consciente y, al arraigarse, se convierte en inconsciente (1,2). La succión digital generalmente se realiza con la yema del dedo apoyada sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual de los incisivos superiores (3).

Las anomalías dentomaxilofaciales (ADMF) son consideradas un problema epidemiológico de gran importancia al encontrarse entre las tres enfermedades que constituyen un riesgo de salud bucal. Representan una desviación del patrón de desarrollo esperado y deseado de la dentición y del maxilo facial (4). Aunque la etiología de las anomalías dentomaxilofaciales es variada, el estudio de los hábitos y sus efectos asume una posición relevante y las enfermedades como la caries dental ocupan otro lugar importante; los traumatismos, los agentes físicos, la desnutrición, la herencia y los factores congénitos son causas que no pueden dejar de mencionarse (5,6). En Cuba estudios realizados plantean que la cifra de afectados por anomalías dentomaxilofaciales oscila entre el 27% y el 66% de 1197 encuestados, en 2008; en las edades de 5, 12 y 15 años el porcentaje de afectados fue de 29.45%, 65% y 56%, respectivamente. Por todo lo anterior, se puede plantear que es importante eliminar el hábito de succión digital de forma eficaz y temprana y para ello se impone valorar previamente la edad, comprensión y cooperación del niño al respecto.

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 (7). 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 (8). 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 (9,10).

La experiencia y la investigación han demostrado que los niños captan favorablemente lo suficiente en el proceso de aprendizaje teniendo la oportunidad de reflexionar al respecto, discutiendo con otros y encontrando aplicaciones prácticas para sus conocimientos. Los alumnos aprenden y comprenden más rápido y eficazmente si la enseñanza se les torna interesante y amena. Cuanto mayor sea la variedad de métodos didácticos y medios auxiliares que se puedan emplear, más pronto se podrá atraer y retener la atención de los educandos (11,12). Debido a que el hábito de succión digital es susceptible de ser modificado por métodos educativos y teniendo en cuenta las limitaciones de recursos existentes en Cuba para el tratamiento de hábitos y maloclusiones con aparatología ortodóncica, nos motivamos a realizar esta investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre el hábito de succión digital antes y después de la intervención educativa; así como, para identificar las anomalías dentomaxilofaciales relacionadas con el hábito de succión digital y determinar la efectividad de la intervención educativa a través de los cambios en el comportamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental de tipo intervención comunitaria para modificar el hábito de succión digital en un grupo de escolares de primero y segundo grado de la escuela primaria "Camilo Cienfuegos", quienes recibieron atención en la Clínica Estomatológica del municipio Artemisa, en el período comprendido de septiembre del 2013 a marzo del 2014. El universo estuvo constituido por 174 escolares de primero y segundo grado de la escuela "Camilo Cienfuegos" de Artemisa y la muestra es no probabilística, dirigida a sujetos tipos, compuesta por 44 niños con hábito de succión digital.

Variables importantes y su operacionalización:

Nivel de conocimiento sobre el hábito de succión digital: cuando los individuos presenten más del 60% de los conocimientos básicos de promoción de salud y prevención del hábito de succión digital.

Hábito de succión digital: si el niño, padres o tutores refieren la introducción de uno o más dedos en la cavidad bucal.

Resalte aumentado: si excede más de 4mm la distancia, en sentido horizontal, entre la cara vestibular de los incisivos inferiores y la palatina de los superiores.

Mordida abierta: si existe más de 1mm de distancia, en el plano vertical, entre las caras incisales de los dientes anteriores en posición de oclusión.

Disfunción lingual: si el niño coloca la lengua en posición de descanso sobre los incisivos inferiores.

Disfunción labial: cuando se expone más de 3 mm del borde incisal de los incisivos superiores o el cierre bilabial es incompetente.

Abandono del hábito: si al concluir la intervención educativa el niño abandona la práctica del hábito.

Criterios de inclusión:

- Que practiquen el hábito de succión digital.
- Que tengan menos de 7 años de edad.
- Que previamente se haya obtenido consentimiento informado de forma escrita de padres o tutores y director de la escuela.

Criterios de exclusión:

- Niños con presencia de anomalías congénitas.
- Niños que incumplan con uno de los requisitos anteriormente establecidos.

Criterios de salida:

- Niños que sean trasladados a otras escuelas.
- Niños que no estén de acuerdo en seguir cooperando con la investigación por voluntad propia o por la de sus padres.

Consideraciones Éticas. Dada la necesaria participación directa de los sujetos de investigación en el desarrollo de la misma y teniendo en cuenta el cumplimiento de los principios estipulados en el

Código de Nuremberg (1947) y la Declaración de Helsinki (1964, 1975, 1983, 1989) que contiene las Recomendaciones a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos y cumpliendo con los principios de la ética médica, solicitamos el consentimiento informado explícito de los familiares de los niños y niñas para ser tomados como miembros de una investigación; luego de haberlos informado correctamente sobre qué, por qué y para qué se hizo el estudio y haberles aclarado que están en libertad de elegir su participación en la misma.

Contamos con el consentimiento informado de los padres de los niños y niñas que formaron parte de la investigación que se realizó al ofrecerles información sobre todo lo concerniente a la misma (objetivos, importancia, situación actual en Cuba y en el mundo y el accionar de las organizaciones) y aclararles su disposición a colaborar mediante la firma del documento. De igual manera, participó la dirección de la Clínica Estomatológica Docente "Severino Rosell Gonzalez". Este procedimiento se basa en el principio bioético de la autonomía que acepta al otro como agente moral, responsable y libre para tomar decisiones y que comprende brindar la información y conceder el consentimiento.

Técnicas y procedimientos

De obtención de la información:

Para dar salida a los objetivos la información se obtuvo, en primer lugar, por la observación como método tradicional; además, por el registro de matrícula en la Institución de los estudiantes de primero y segundo grado. A los padres, o tutores, y a los niños y niñas se les realizó un interrogatorio; se practicó un examen clínico a los niños y niñas con el hábito de succión digital para detectar su presencia y las anomalías dentomaxilofaciales asociadas. La encuesta diseñada para la investigación fue sometida a prueba de pilotaje para corroborar la comprensión. En ella se recogieron los datos correspondientes al examen bucal y a la intervención educativa. Las actividades se desarrollaron en horas de la tarde, en el local facilitado por la escuela o por la clínica, para no interferir con las actividades escolares de los niños y niñas. El examen bucal se realizó con luz natural, en la escuela y con el auxilio de depresores linguales desechables.

Para la realización de la intervención propuesta se dividió en tres etapas:

Etapa I de diagnóstico.

Se realizó una reunión con los padres en la que se solicitó su autorización por escrito y se aplicó una entrevista para precisar si el niño o la niña tiene o no el hábito. Con las respuestas de los padres profundizamos en las características del niño, sus conflictos y determinamos, en algunos casos, la remisión al psicólogo. Posteriormente, en la misma reunión, impartimos una conferencia a los padres con el contenido de los temas que serían explicados a sus hijos e hijas, con el objetivo de sensibilizarlos y motivarlos a cooperar en la investigación; todo fue hecho con un lenguaje apropiado para su comprensión y con el apoyo de un profesor de la Institución. Se realizó una entrevista a los niños sobre el hábito de succión digital para precisar el grado de información que tenían de él y sus consecuencias.

Etapa II de Intervención.

Constituyó la etapa de intervención que se llevó a cabo durante un año en dos fases. La primera de instrucción, donde se trataron los temas asociados al hábito y sus consecuencias y la segunda de consolidación de los conocimientos impartidos y la motivación generada por los mismos. Se aplicó un programa de actividades educativas que garantizó que todos los escolares recibieran los conocimientos de los cinco temas escogidos:

- **1er Tema.** *¿Para qué sirven tus dientes?* Contenido. Importancia de los dientes para el desarrollo de los niños y las niñas. Funciones de los mismos.
- **2do Tema** *¿Qué es un hábito?* Contenido. Definición de Hábito. Hábitos beneficiosos y perjudiciales. Ejemplos.
- **3er Tema.** *¿Qué es el hábito de succión digital?* Contenido. Concepto de succión digital. Características principales y algunas causas que lo provocan.
- **4to Tema.** *¿Qué alteraciones provoca la succión del dedo en los niños y las niñas?* Contenido. Efectos del hábito de succión digital en los dientes y los tejidos blandos.
- **5to Tema.** *Promotor por una sonrisa sana.* Contenido. Importancia de la eliminación del hábito y auto responsabilidad del niño y la niña en este sentido.

Los temas se impartieron en un tiempo de 40 minutos. Las reuniones se efectuaron en semanas alternas y, en cada una de ellas, se aplicó una técnica participativa para ejercitar y reafirmar los conocimientos impartidos. Durante la fase de consolidación de los conocimientos, se continuó la labor educativa realizando actividades mensuales con los equipos en los que se aplicaron técnicas participativas, juegos didácticos y dramatizaciones para consolidar los conocimientos impartidos y motivar un cambio de actitud en los niños y niñas.

Etapa III de Evaluación.

Al finalizar la etapa de intervención se realizó nuevamente la entrevista cuyos resultados se dieron a conocer en la actividad final. De esta forma, la evaluación que se realizó antes y después de la etapa de la intervención y permitió valorar los cambios producidos en los conocimientos, considerados como el efecto o resultado de las labores educativas realizadas con los escolares. Al impartir cada tema se evaluó a cada niño y niña los conocimientos adquiridos. Se evaluó, además, el cambio de comportamiento en los niños y niñas en relación con el abandono o mantenimiento del hábito; para ello, se utilizó la observación estructurada directa en horario de descanso de la escuela, la entrevista a los padres, a los auxiliares y a los maestros que debieron coincidir en todos los casos. La observación estructurada se realizó en tres sesiones, o visitas, a la escuela y se consideró abandono cuando no se observó la práctica del hábito y cuando padres, maestros y auxiliares lo confirmaron. Si, por el contrario, no coincidieron la observación negativa y la opinión de los padres, maestros y auxiliares, se consideró que el hábito se mantenía.

El resultado de la evaluación se dio a conocer en la reunión final, en forma de fiesta, donde fueron estimulados con un diploma de "Promotor por una Sonrisa Sana" los niños y niñas que lograron eliminar el hábito. También se entregó un regalo especial, por parte de los padres, a los escolares

que lograron erradicar la succión. Estos niños fueron felicitados de forma especial y recibieron además el aplauso de todos los participantes en la actividad.

Del procesamiento de la información:

La información fue recogida en una base de datos, creada en Excel; procesada de manera automatizada, utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 11.0; y presentada por medio de cuadros estadísticos. Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis porcentual y se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas de McNemar y prueba de rango con signos de Wilcoxon con un nivel de significación del 0.05.

De elaboración y síntesis de los resultados:

Se realizó la descripción de cada cuadro y los resultados se compararon con los hallazgos de otros autores sobre la base de un análisis inductivo y deductivo con lo que se dio salida a los objetivos propuestos, llegar a conclusiones y emitir recomendaciones pertinentes.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los resultados del nivel de conocimiento general sobre el hábito de succión digital antes y después de la intervención. De 44 escolares, 37 tienen un nivel de conocimiento inadecuado antes de la intervención, lo que representa el 84,1%; solo 7 escolares tienen nivel de conocimiento adecuado (15,9%). Después de la intervención educativa el 81,8% (36 educandos) adquirieron un conocimiento adecuado en cuanto al hábito, mostrando cambios estadísticamente significativos ($p < 0,051$).

Tabla 1. Nivel de conocimiento general sobre el hábito de de succión digital en escolares de 1er y 2do grado. Escuela primaria Camilo Cienfuegos. Artemisa 2014

CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL											
ANTES						DESPUÉS					
Adecuado		Inadecuado		Total		Adecuado		Inadecuado		Total	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
7	15,9	37	84,1	44	100	36	81,8	8	18,2	44	100

($p < 0.05$) | Fuente: Encuesta

El nivel de conocimiento sobre el tema I, II, III, IV y V se describe en la Tabla 2, donde se reporta que 28 escolares presentaban conocimientos inadecuados, 63.6%. Después de la intervención 34 pasaron a la clasificación de adecuados (77.3%); observándose cambios estadísticamente significativos.

Tabla 2. Nivel de conocimientos sobre el tema I, II, III, IV y V antes y después de la intervención educativa en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital. Escuela primaria Camilo Cienfuegos. Artemisa 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS TEMAS I, II, III, IV, V											
ANTES						DESPUÉS					
Adecuado		Inadecuado		Total		Adecuado		Inadecuado		Total	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
16	36,4	28	63,6	44	100	34	77,3	10	22,7	44	100

(p<0.05) Fuente: Encuesta

Las anomalías dentomaxilofaciales se aprecian en la Tabla 3, donde 12 escolares (27.3%) presentaron resalte aumentado, 15 alumnos (34.1%) con mordida abierta anterior, el 18.8% (8 escolares) con disfunción lingual y el 70.5% (31 escolares) con disfunción labial.

Tabla 3. Presencia de anomalías dentomaxilofaciales en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital. Escuela primaria Camilo Cienfuegos. Artemisa 2014.

ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES	No	%
Resalte aumentado	12	27.3
Mordida abierta anterior	15	34.1
Disfunción lingual	8	18.8
Disfunción labial	31	70.5

Fuente: Encuesta

En la tabla 4 se observa la relación que se establece entre el conocimiento general y el comportamiento del hábito de succión al finalizar la intervención; mostrándose que 36 escolares (81.8%) mostraron conocimiento adecuado, sin embargo solo 26 (59%) lograron eliminar la práctica del hábito, por lo que el hábito no se modificó en la misma medida que el conocimiento, a pesar de estos resultados, los mismos fueron significativos. La práctica del hábito se mantuvo en 11 (25%) con conocimientos adecuados, encontrándose una ausencia de asociación entre ambas variables.

Tabla 4. Efectividad de la intervención educativa a través de los cambios en el comportamiento en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital. Escuela primaria Camilo Cienfuegos. Artemisa 2014.

Conocimiento General	COMPORTAMIENTO DEL HÁBITO					
	Eliminación		Mantenimiento		Total	
	No	%	No	%	No	%
Adecuado	26	59	11	25	36	81.8
Inadecuado	-	-	7	15.9	8	18.2
Total	26	59	18	41	44	100

(p<0.05) Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

La educación para la salud como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, con el objetivo de lograr un mejoramiento de sus condiciones de salud. El incremento de los conocimientos influye en el cambio de actitudes y prácticas por lo que los resultados de este estudio coinciden con el de Ricardo Reyes (13) quien logró, en su investigación, modificar hábitos bucales deformantes en 62% de los escolares. García Álvarez y colaboradores (14), 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. Se pudo apreciar que después de la intervención se logró elevar el nivel de conocimiento sobre los temas I, II, III, IV y V. Resultados similares se lograron en la investigación de Álvarez Mora y colaboradores (15), donde se confeccionaron diversos medios de enseñanza para la educación y promoción de salud en los niños, niñas, sus padres y educadores, obteniendo en 70% de los niños y niñas la calificación de Bien después de realizar su estudio.

Haces Yanes (16) reflejó en su estudio, utilizando diferentes técnicas afectivas participativas, que más de la mitad de la muestra, después de aplicada un programa educativo, adquirió conocimiento adecuado sobre la prevención de maloclusiones. 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 la etapa escolar temprana del desarrollo psíquico, que va desde 6-7 años hasta aproximadamente los 11 años de edad, se produce un cambio radical en toda la vida del niño; el escolar aprende a cumplir una actividad socialmente importante, desarrollándose con gran intensidad la voluntariedad de la conducta. El escolar temprano no solo se guía por lo que orienta el adulto, sino que comienza a plantearse objetivos y, en correspondencia con estos, a controlar su conducta (17, 18). Cuando se le brinda la información al niño de forma atractiva y se emplea una comunicación persuasiva, sistemática y con la influencia de un colectivo, resulta factible modificar conductas y actitudes que atentan contra su salud (19). Si el hábito de succión digital persiste al comenzar el brote o erupción de los dientes permanentes, el dedo ejerce una presencia negativa sobre la cara palatina de los incisivos superiores y sobre la cara vestibular de los inferiores propiciando una vestibuloversión de los primeros y una linguoversión de los segundos, dando como resultado aumento del resalte. Al mantenerse las arcadas separadas por el dedo se produjo la presencia de la mordida abierta. Estos resultados coinciden con investigaciones de otros autores (13,20).

González (21), en su investigación encontró que la anomalía más frecuente fue el apiñamiento anteroinferior (46%) y la mordida abierta anterior (23%); no coincidiendo con nuestro estudio. Ricardo Reyes (13) reveló en su investigación que el 65% de los niños y niñas succionadores presentaron disfunción labial, resalte aumentado y mordida abierta anterior, en ese orden; coincidiendo con nuestra investigación. La alta frecuencia de estas anomalías es un indicador de que estos niños y niñas necesitan un tratamiento preventivo e interceptivo prontamente pues se establecen patrones de oclusión para toda la vida. La efectividad de la intervención educativa, a través de los cambios en el comportamiento, coincide con lo propuesto por García Álvarez y colaboradores (14)

quienes relacionan el conocimiento general de los estudiantes con la práctica de hábitos bucales y concluyen que existían escolares con conocimientos adecuados que practican hábitos deformantes, por lo que plantean que la presencia de hábitos ocurre con independencia del conocimiento general del escolar. Sin embargo Haces Yanes (16) y Medina (22) lograron igualdad en sus variables ya que el 80% de los escolares encuestados obtuvieron conocimientos adecuados y lograron la eliminación del hábito. El cambio de uno de los componentes básicos de la actitud no implica necesariamente modificación en los otros, de tal manera que la estructuración, o reestructuración, cognitiva se produce más rápidamente que en los otros elementos dados la implicación que los mismos tienen en la subjetividad del individuo (23, 24).

CONCLUSIONES

1. La aplicación de la intervención educativa en la escuela primaria Camilo Cienfuegos permitió un cambio de actitud y contribuyó al aprendizaje y desarrollo de acciones de autocuidado.
2. Se logró elevar en los escolares sus conocimientos e incluir cambios de conductas favorables, elevando sus conocimientos relacionados con la salud bucal. Los alumnos sintieron suya la actividad, aspecto que logramos mediante las técnicas afectivas participativas basándonos en el principio de que es mucho más fácil prevenir que curar.
3. El nivel de conocimiento sobre el hábito antes de la intervención resultó inadecuado en la mayoría de la muestra y, después de la intervención, casi la totalidad de los educandos pasó a la categoría de adecuado
4. Las principales anomalías dentomaxilofaciales detectadas en los niños succionadores fueron: disfunción labial y mordida abierta anterior y se logró la efectividad de la intervención a través de los cambios en el comportamiento en los escolares estudiados, eliminando el hábito en más de la mitad de la muestra.

BIBLIOGRAFÍA:

1. **Canut JA.** *Ortodoncia clínica*. 1ra. ed. Barcelona, España: Editorial Masson Salvat; 1991.
2. **Proffit WR, Fields HW Jr.** *Ortodoncia contemporánea. Teoría y práctica*. 3ra. ed. Madrid, España: Mosby Ediciones Harcourt; SA; 1995.
3. **Cahuana A, Moncunill J, Roca J, Valero C.** Hábitos de succión no nutritiva en edad preescolar y la relación las maloclusiones. Estudio prospectivo de 200 niños. *Pediatr Catalana* 2011; 58:332-327.
4. **Buño-Arostegui AG.** Tratamiento temprano en Ortopedia Dento-maxilo-facial. Ed. Montevideo (Uruguay): Impresoras DALI; 2010.

5. **García V, Ustrell J, Sentís J.** Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av Odontoestomatol* [en línea] 2011 [Fecha de consulta: 21 de diciembre 2013]; 27(2): 75-84 Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>.
6. **Barbosa V, Garibl D, Scavone H.** Association between nonnutritive sucking habits and anterior open bite in the deciduous dentition of Japanese-Brazilians. *Dental Press J Orthod* [en línea] 2012 [Fecha de consulta: 21 de diciembre 2013]; 17(1) 108-114. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512012000100014>.
7. **Marín-Manso G, Masson-Barceló RM, Permuy-Fernández S.** El examen funcional en ortodoncia. *Rev Cubana Ortod* 2001; 13(1):37-41.
8. **Neto T, Oliveira A, Barbosa R.** The influence of sucking habits on occlusion development in the first 36 months. *Dental Press J Orthod* [en línea] 2012 [Fecha de consulta: 15 de noviembre 2013]; 17(4):96-104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-94512012000400019>.
9. **Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, et al.** Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J Appl Oral Sci* 2011; 19(2): 161-168.
10. **Murrieta JF, Allendelagua RI, Pérez LE.** Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. *Bol Med Hosp Infant Mex* [en línea] 2011 [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014]; 68(1):26-33. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>.
11. **Melink S, Vagner MV, Hocevar-Boltezar I, et al.** Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2011; 138(1):32-40.
12. **Castelo PM, Gavião MB, Pereira LJ, et al.** Maximal bite force, facial morphology and sucking habits in young children with functional posterior crossbite. *J Appl Oral Sci* 2010; 18(2):143-148.
13. **Ricardo-Reyes M.** Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa. *Medisan* [En línea] 2011 [Fecha de consulta :21 de febrero de 2014]; 15(2):22-27. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu>.
14. **García-Álvarez OL, Sexto-Delgado N, Moya-Padilla N, et al.** Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. *Medisur* [En línea] 2008 [Fecha de consulta:16 de mayo 2014]; 6(2):109-113. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/rt/printerfriendly/449/0>.
15. **Álvarez-Mora I, Lescaille-Castillo Y, Mora-Pérez C.** Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. *MediSur* [En línea] 2013 [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014];11(4):410-421. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/rt/printerfriendly/2543/1279>.

16. **Haces-Yanes M, Mora-Pérez C, Cruz-Pérez NR, et al.** Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. *Medisur* [En línea] 2009 [Fecha de consulta: 30 de marzo 2014]; 7(1):73-82. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu>.
17. **Ferreira PP, Ferraz C, Machado AW, et al.** Early treatment of sucking digital habit: two cases report. *Rev ABO Nac* 2011; 19(2):114-119.
18. **Muzulan CF, Gonçalves MIR.** Recreational strategies for the elimination of pacifier and finger sucking habits. *J Soc Bras Fonoaudiol* 2011; 23(1):66-70.
19. **Cozza P, Baccetti T, Franchi L, et al.** Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005; 128(4):517-519.
20. **Furuki K.** Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. *Medicina* 2010; 16(1):25-30.
21. **González-Ramo RM, Ochoa-González DA, Silva-Fors C.** Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. *Rev Habanera Cienc Méd* [En línea] 2012 [Fecha de consulta: 13 de enero 2014]; 11(4):464-473. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu>.
22. **Medina AC, Crespo O, Da Silva L.** Factores de riesgo asociados a maloclusión en pacientes pediátricos. *Acta Odontol Venezolana* [En línea] 2010 [Fecha de consulta: 26 de mayo 2014]; 48(2):1-13. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art16.asp>
23. **Morales CH, Mariana C.** Mioterapia funcional, una alternativa en el tratamiento de desbalances musculares y hábitos nocivos. *Acta Odontol Venezolana* [En línea] 2009 [Fecha de consulta: 13 de enero 2014];48(4):143-148. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art16.asp>
24. **Fuziy A, Ishikawa E, Ferreira R, et al.** Características faciales y oclusales en niños con hábitos bucales. *Acta Odontol Venezolana* [En línea] 2012 [Fecha de consulta: 18 de abril 2014]; 50 (2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art16.asp>.