

ARTÍCULO ORIGINAL

Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña**Education Program on Deforming Oral Habits in Students of Juan José Fornet Piña School**

**Noraydi Ruiz Feria¹, José Eduardo Díaz Morell², Elizabeta Migdalia Rodríguez Carracedo³,
Elisa Álvarez Infante⁴, Yaneet Vargas Morales⁵, Michel Soberats Zaldívar⁶**

1. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Instructor. Clínica Estomatológica Docente Manuel Angulo Farrán. Holguín. Cuba.
2. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Profesor Auxiliar. Clínica Estomatológica Docente Manuel Angulo Farrán. Holguín. Cuba.
3. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Asistente. Clínica Estomatológica Docente Manuel Angulo Farrán. Holguín. Cuba.
4. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Bioestadística. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
5. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Instructor. Clínica Estomatológica Docente Manuel Angulo Farrán. Holguín. Cuba.
6. Ingeniero en Telecomunicaciones y Electrónica. Especialista General Técnico de Movitel SA. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Introducción: para el logro de la salud bucal es importante el control de los hábitos bucales deformantes, comunes en los niños por su repercusión en el desarrollo, como indudable causa

primaria o secundaria, de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, como social y económico.

Objetivo: evaluar la efectividad de un programa educativo sobre hábitos bucales deformantes.

Método: se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención antes y después en escolares de tercer y cuarto grado del seminternado Juan José Fornet Piña durante el período de enero de 2011 a enero 2012. El universo estuvo constituido por 320 escolares y la muestra quedó conformada por 90 escolares, de ellos, 44 hembras y 46 varones que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó un cuestionario, antes y después de la intervención, para medir el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes encontrándose al inicio que 82 escolares (91,11 %) poseían conocimiento inadecuado, por lo que se realizó un programa de actividades mediante técnicas educativas y afectivo-participativas, juegos didácticos y un software educativo (Softdent versión 1.0), que permitieron proporcionarles un grado de información factible para elevar su nivel de conocimiento.

Resultados: se logró que 78 escolares (86,67 %) adquirieran un nivel de conocimiento adecuado con predominio en el sexo femenino. Solo 12 (13,33 %) lo mantuvieron inadecuado. Las diferencias observadas antes y después fueron altamente significativas ($p<0,05$) en todos los temas.

Conclusiones: la intervención educativa fue efectiva al obtener con participación consciente, resultados satisfactorios en el nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes, por lo que se recomienda generalizar este programa educativo en las diferentes áreas de salud.

Palabras clave: hábitos bucales deformantes, intervención educativa, maloclusiones, programa educativo.

ABSTRACT

Introduction: to achieve oral health it is important to control deforming oral habits, which is common in children because of its effect on their development, and undoubtedly it is the primary or secondary cause of malocclusions which cause deformations in the biological, psychological social and economic aspects.

Objective: to evaluate the effectiveness of an education program on deforming oral habits.

Method: a quasi-experimental study was performed before and after the intervention in third and fourth grade children of Juan José Fornet Piña School from January 2011 to January 2012. The universe consisted of 320 children and the sample was composed of 90, of which 44 were females and 46 males, who met the inclusion criteria. A questionnaire was applied before and after the intervention to measure the level of knowledge on deforming oral habits. At the beginning 82 students (91.11 %) had inadequate knowledge, a program on activities through affective

educational and participatory techniques, learning games and educational software (Softdent version 1.0) was developed, which allowed a degree of providing feasible to improve the children's level of awareness.

Results: 78 students (86.67 %) acquired an adequate knowledge predominantly in females. Only 12 (13.33%) remained inadequate knowledge. The differences observed before and after were highly significant ($p < 0.05$) in all subjects.

Conclusions: the educational intervention was effective to obtain conscious, satisfactory level of knowledge about deforming oral habits. To generalize this educational program in different health areas was recommended

Keywords: deforming oral habits, educational intervention, malocclusions, education program.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal¹. Estudios epidemiológicos en relación con su prevalencia indican que más del 60 % de la población infantil está afectada por dicha entidad².

Dentro de la etiología de la maloclusión, los hábitos bucales deletéreos de la musculatura orofacial son puntos clave, por lo que se considera necesaria la prevención, interrupción y tratamiento interceptivo precoz mediante su modificación³⁻⁵.

En 1996, encuestas realizadas en Cuba revelaron que el 68,15% de los niños presentaron hábitos deformantes, en el 2001 en el centro escolar 26 de julio en Santiago de Cuba en niños de 6 años de edad aportó datos alarmantes de maloclusión (71,3%) y el 28,5% de estos escolares eran succionadores digitales⁶.

La promoción de salud infantil a través de la escuela ha sido una importante meta de la OMS, de la Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura (UNESCO), del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de los organismos internacionales desde los decenios de 1950^{7,8}.

Los escolares viven una etapa caracterizada por intensos procesos de aprendizaje, búsqueda de identidad propia y cambios cognoscitivos, emocionales y sociales. En esta etapa se forjan valores, actitudes y conductas frente a la vida y se construyen la base de los estilos de vida, por tanto la educación para la salud encuentra grandes desafíos y enormes posibilidades en las escuelas^{9, 10}.

Se ha evidenciado, en estudios realizados, la modificación del conocimiento y actitudes sobre la salud bucal y hábitos bucales deformantes mediante las técnicas afectivo-participativas, la creatividad y los juegos didácticos como herramientas fundamentales en el trabajo educativo ^{11, 12}.

A la consulta de Ortodoncia acuden diariamente padres, niños, adolescentes, jóvenes y adultos preocupados por la presencia de diferentes anomalías dentomaxilofaciales, y la causa fundamental de muchas de estas es la presencia de hábitos bucales deformantes desde edades tempranas, los cuales, de ser eliminados a tiempo, no provocarían tales deformidades. La gran mayoría muestran un bajo nivel de conocimiento sobre el efecto dañino y la repercusión que estos producen a largo plazo. Esto, sumado a que no existan estudios precedentes de intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en el área de salud de la Clínica Estomatológica Docente Manuel Angulo Farrán, motivó la realización de la intervención con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria y determinar su nivel de conocimiento al respecto, antes y después de aplicado el programa.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención antes y después en escolares de primaria de tercero y cuarto grado del seminternado Juan José Fornet Piña del área de salud de Pueblo Nuevo, municipio Holguín, en el período comprendido de enero de 2011 a enero de 2012 con la finalidad de evaluar la efectividad de un programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. El universo estuvo constituido por 320 escolares que se correspondían con la matrícula total y la muestra quedó conformada por 90 escolares pertenecientes a tercer y cuarto grado; de ellos, 44 hembras y 46 varones que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación y asistieron el día de realizada, previo consentimiento informado de padres o tutores y maestros. Se excluyeron aquellos que por alguna razón cambiaron de escuela durante el tiempo de realizada la investigación y los que no cumplieron con los criterios antes expuestos.

Operacionalización de las variables

- Nivel de conocimiento general y por temas: adecuado (≥ 70 puntos); inadecuado (< 70 puntos)
- Sexo: femenino o masculino

Procedimientos para alcanzar los objetivos:

La aplicación del programa educativo constó de tres fases:

1. Fase de análisis

A la muestra seleccionada se le aplicó un cuestionario, diseñado para la investigación y sometido a juicio de especialistas en el tema para comprobar su validez, previo convenio de trabajo con la Dirección Municipal de Educación de Holguín y la dirección del seminternado así como la aprobación de cada niño, padre o tutor y maestro de cada grupo. Cada pregunta otorgó cinco puntos, por lo que cada tema proporcionó el 25 % de los puntos totales.

2. Fase de Intervención

Se aplicó un programa de actividades educativas sobre hábitos bucales deformantes confeccionado por la autora que garantizó que los niños participaran en las técnicas y juegos didácticos diseñados. Se emplearon diversas técnicas para la comunicación: vivenciales (animación, análisis y reflexión grupal, de evaluación de conocimientos) y visuales (fotografías, láminas y modelos). Se utilizaron juegos didácticos para consolidar conocimientos en cada uno de los temas y se aplicó un software educativo para reafirmar los conocimientos. Recibieron los conocimientos de los cuatro temas escogidos que trataron sobre:

- Tema 1. ¿Qué son los hábitos bucales deformantes?

Contenido. Hábitos bucales deformantes. Concepto. Tipos. Hábitos más frecuentes y menos frecuentes que ocasionan maloclusiones.

- Tema 2. Si te chupas el dedo ¿Qué pasa?

Contenido. Succión digital. Etiología. Diagnóstico y tratamiento.

- Tema 3. ¿Conoces que le ocurre a tus dientes cuando los empujas con la lengua o respiras por la boca?

Contenido. Empuje o protracción lingual. Tipos, características clínicas y etiológicas. Diagnóstico y tratamiento. Respiración bucal. Etiología, características clínicas, diagnóstico y tratamiento.

- Tema 4. ¿Sabes que existen otros hábitos bucales deformantes que pueden dañar tus dientes?

Contenido. Succión y mordisqueo del labio y lápiz, onicofagia (mordisqueo de las uñas), hábitos posturales. Etiología. Diagnóstico y tratamiento.

Las reuniones se efectuaron con intervalos de un mes, duración de 45 minutos y en cada una de ellas se utilizaron uno o varios juegos didácticos confeccionados con el fin de introducir y consolidar los conocimientos y servir de retroalimentación del tema impartido.

Se utilizaron los siguientes:

Tema 1. Numeletras ([fig. 1](#)) y la caja china ([fig. 2](#))

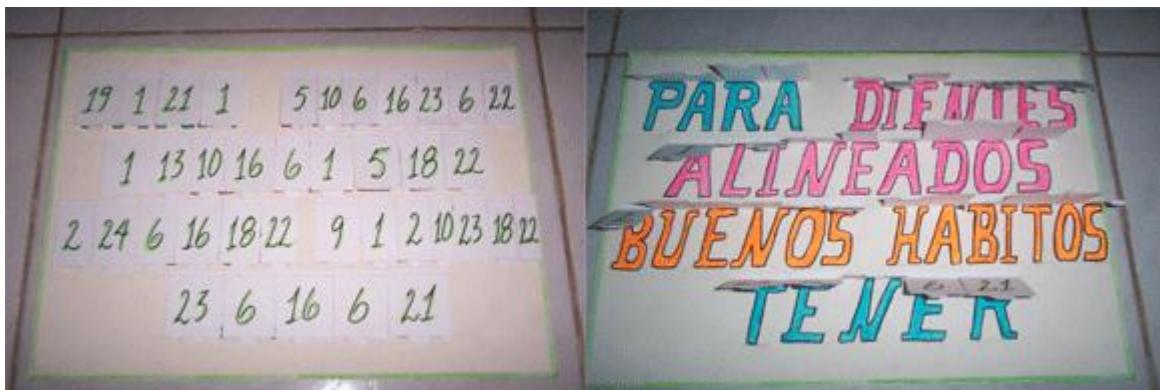


Fig. 1. Numeletras



Fig. 2. La caja china

Tema 2: Sabe más quien pesca más ([fig. 3](#)).



Fig. 3. Sabe más quien pesca más

Tema 3. Proyectando el futuro ([fig. 4](#)) y el árbol del saber ([fig. 5](#)).



Fig. 4. Proyectando el futuro



Fig. 5. El árbol del saber

Integrador. SoftDent versión 1.0 ([fig. 6](#))**Fig. 6.** SoftDent versión 1.0

Se consolidaron las materias aprendidas a través de un software educativo (SoftDent versión 1.0) creado al efecto con la estrategia TIC TAC TOE (juego de las cruces y los ceros). Las reuniones y consolidaciones de conocimiento tuvieron una duración de 6 meses.

3. Fase de evaluación

Al finalizar los seis meses se les aplicó el cuestionario. Por lo que se obtuvieron dos evaluaciones de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes: antes y después de la intervención, de ahí que los cambios producidos en esta última se consideraron como el efecto o consecuencia de las labores educativas.

Luego de aplicada la técnica (una palabra), se obtuvieron impresiones de sus experiencias durante la intervención. Los niños destacados se identificaron con logotipos como Promotores de Salud y fueron responsables de la extensión de los conocimientos a otros grupos.

Una vez obtenido el dato primario se creó una base de datos y se confeccionaron tablas de contingencia. Se utilizó como medida resumen para la variable cualitativa, el porcentaje y la prueba de Mc Nemar para la comparación de los resultados antes y después de la intervención, con un nivel de significación de 0.05.

RESULTADOS

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 % ([tabla I](#)).

Tabla I. Nivel de conocimiento de los escolares de la primaria Juan José Fornet Piña sobre generalidades de los hábitos bucales deformantes (Tema 1)

Conocimiento del Tema 1	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	16	17,78	69	76,67
Inadecuado	74	82,22	21	23,33
Total	90	100	90	100,0

Fuente: cuestionario

Mc Nemar= 54,15

p=0,0001

En el tema 2 previo a la labor educativa, 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 ([tabla II](#)).

Tabla II. Nivel de conocimiento de los escolares de primaria sobre succión digital (Tema 2).

Conocimiento del Tema 2	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	21	23,33	61	67,78
Inadecuado	69	76,67	29	32,22
Total	90	100	90	100,0

Fuente: cuestionario

Mc Nemar=39,20

p=0,0001

En el tema 3 tenían conocimientos inadecuados antes de la acción educativa 77 escolares (85,56 %), lográndose que 70 estudiantes luego de realizada la intervención alcanzaran conocimientos adecuados (77,78 %) y sólo el 20 (22,22 %) mantuvieron un nivel inadecuado ([tabla III](#)).

Tabla III. Nivel de conocimiento de los escolares de primaria sobre empuje lingual y respiración bucal (Tema 3)

Conocimiento del Tema 3	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	13	14,44	70	77,78
Inadecuado	77	85,56	20	22,22
Total	90	100	90	100,0

Fuente: cuestionario

Mc Nemar=58,14

p=0,0001

Antes de las actividades desarrolladas en el tema 4 el 80 % de los niños se manifestaron con conocimiento inadecuado, lográndose luego de la labor educativa que el 78 (75,56 %) cambiaran hacia adecuado y no lo lograron 22 niños (24,44 %) manteniéndose con conocimiento inadecuado ([tabla IV](#)).

Tabla IV. Nivel de conocimiento de los escolares de primaria sobre otros hábitos bucales deformantes (Tema 4)

Conocimiento del Tema 4	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	18	20	68	75,56
Inadecuado	72	80	22	24,44
Total	90	100	90	100,0

Fuente: cuestionario

Mc Nemar=51,15

p=0,0001

De un total de 44 niñas participantes antes de la intervención, 39 (88,64 %) tenían un conocimiento inadecuado. Una vez realizada la intervención alcanzaron conocimientos adecuados 40 (90,91%), se mantuvieron con conocimientos inadecuados 4 (9,09 %). De 46 niños poseían conocimientos sobre hábitos bucales deformantes inadecuados antes de realizada la intervención 43 (93,48 %), alcanzaron la condición de adecuado 38 (82,61 %) y se mantuvieron con conocimientos inadecuados 8 para el 17,39 % ([tabla V](#)).

Tabla V. Nivel de conocimiento general de los escolares de primaria según sexo

Nivel de conocimiento	Sexo							
	Femenino				Masculino			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	5	11,36	40	90,91	3	6,52	38	82,61
Inadecuado	39	88,64	4	9,09	43	93,48	8	17,39
Total	44	100	44	100,0	46	100	46	100,0

Fuente: cuestionario

Mc Nemar=75,11

Mc Nemar=71,11

p=0,0001

p=0,0001

De 90 escolares que formaron parte de esta intervención, antes de realizada la misma, 82 niños (91,11 %) tenían conocimiento inadecuado y 8 (8,89 %) fueron calificados con conocimiento adecuado. Una vez realizada la intervención se logró que 78 escolares (86,67 %) adquirieran conocimiento adecuado, 12 escolares (13,33 %) obtuvieron la calificación de inadecuado ([tabla VI](#)).

Tabla VI. Nivel de conocimiento general de los escolares de primaria

Conocimiento General	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	8	8,89	78	86,67
Inadecuado	82	91,11	12	13,33
Total	90	100	90	100,0

Fuente: cuestionario

Mc Nemar=75,11

p=0,0001

DISCUSIÓN

Antes de aplicado el programa educativo se encontró un bajo nivel de conocimiento sobre los diferentes temas, los cuales fueron cuidadosamente seleccionados por su gran importancia en la prevención y corrección precoz de estos hábitos como factores desencadenantes de maloclusiones. Con la intervención se lograron resultados muy satisfactorios en los 4 temas aplicados, pues en más del 75 % el nivel de conocimiento alcanzado fue adecuado, excepto en el tema 2 que quedó en el 67 % motivado por la complejidad del tema y la poca atención prestada por los niños, no obstante se logró un incremento de los valores.

La Dra. L Frías Figueredo⁷ realiza una intervención educativa en un grupo de escolares con hábito de succión digital en Ciudad de La Habana con la finalidad de incrementar los conocimientos y modificar comportamientos con la generalización del instructivo educativo Mi sonrisa, la mejor. De 20 niños participantes, 10 (50 %) antes de realizada la intervención, tienen conocimiento inadecuado; una vez realizada la intervención se logra que el 90 % pasara a tener conocimiento adecuado, cifra que supera nuestros resultados, aunque se trabaja en ese estudio, con una muestra menor de niños.

Se apreció predominio de conocimientos inadecuados en ambos sexos antes de la intervención y la consiguiente modificación de conocimiento después de realizada la misma en mayor medida en el sexo femenino en contraste con el masculino, lo que coincide con otras investigaciones

realizadas. Esto es atribuible a que las niñas muestran mayor preocupación por la estética y la higiene en su mayoría.

Las diferencias observadas antes y después de la presente intervención fueron altamente significativas ($p<0.05$), donde se realizó un proceder que ayudó a la unión del grupo, la motivación y la comunicación, lográndose cambios positivos en el nivel de conocimiento. Los resultados alcanzados demostraron que las técnicas educativas y afectivo-participativas, así como el software educativo y en general el programa educativo empleado proporcionaron un grado de información asequible, que elevó favorablemente el nivel de conocimiento sobre los diferentes temas y de este modo contribuir a prevenir los hábitos y sus secuelas y por tanto que el estado tenga que erogar mas recursos por concepto de tratamientos.

Lo investigado coincide con la opinión de otros autores, al plantear que la educación sanitaria debe ser un proceso sistemático y continuo que debe iniciarse desde la niñez, donde se crean los hábitos y conductas del individuo para que puedan ser consolidadas y lleguen a la adolescencia con prácticas saludables^{13, 14}. Estudios de intervención en otras áreas de salud demuestran resultados similares^{15, 16}.

Helens Lucinda Pinto Pazos¹⁷, en Lima, Perú realizó una intervención educativa en niños con dificultades auditivas donde aplicó un pre-test antes de aplicar un programa educativo donde predominó un nivel de conocimiento de regular a malo; una vez aplicado, luego de realizado el Odonto test, se obtuvo un nivel de conocimiento de salud bucal de regular a bueno.

María de los Santos Haces Yanes¹³ y colaboradores realizaron una intervención educativa en niños de 5 a 11 años con hábitos bucales deformantes donde se aplicó el programa Para sonreír feliz a 253 niños y se logró elevar el nivel de conocimiento de niños, padres y educadores de forma significativa donde se eliminaron factores de riesgo presentes en más del 50 % de la muestra.

Existen otras investigaciones que han reflejado resultados semejantes, pero que han sido aplicadas a otros grupos de edades, como adolescentes y adultos, lográndose cambios significativos en cuanto al nivel de conocimiento y la higiene bucal, reafirmándose la efectividad de las intervenciones empleadas^{17,18}. Las principales limitaciones de nuestra investigación se relacionan con el diseño del estudio al no existir un grupo control que sirviera de referencia.

CONCLUSIONES

Después de aplicado el programa educativo se logró mayor modificación de conocimientos en el sexo femenino. La modificación de conocimientos en el tema 1 fue altamente significativa similar al tema 4. El tema 2 fue el que mantuvo mayor cantidad de escolares con conocimiento inadecuado. El tema 3 tuvo mayor porcentaje de escolares con conocimiento inadecuado antes de la intervención y mayor cantidad de escolares con conocimiento adecuado después de aplicado el programa educativo, lo que demostró la efectividad el programa implementado al incrementar conocimientos sobre hábitos bucales deformantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laboren M, Medina C, Viloria C, Quirós O, D' Jurisic A, Alcedo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Rev Latinoamericana Ortodonc Odontopediatr. 2010 [citado 14 ene 2012]. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>
2. Matos Campos MR, Troya Borges E, Padilla Suárez E. Estrategia de Intervención para la prevención de maloclusión dentaria de niños de 6 a 11 años. Convención Internacional de Estomatología. Ciudad de La Habana: Palacio de las Convenciones; 2010.
3. Sosa Rosales M, Salas Adam MR. Promoción de salud bucal y prevención de enfermedades. En: Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
4. Acevedo Sierra O, Rosell Silva CR, Capote Femenías JL, Mora Pérez C, Hernández Núñez Y. Estudio de intervención en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Convención Internacional de Estomatología. Ciudad de La Habana: Palacio de las Convenciones; 2010.
5. Bravo Lorenzo D, León de la Fe I, Llorach Duch JLL. Intervención educativa en hábitos bucales deformantes en el círculo infantil "Amores de la patria". Rev Med Electron. 2004 [citado 14 ene 2012]; 26(6). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol6%202004/tema03.htm>
6. Miranda Cruz J, Villanueva Nandayapa E, Sánchez Aldama M. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala. Diplomado de ortopedia

maxilar. UNAM. 2003 [citado 14 ene 2012]. Disponible en:

<http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>

7. 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; 2010.

8. Ruiz Feria N, González Heredia E, Soberats Zaldívar M, Mouríño Feria T. Software educativo para modificar conocimiento sobre salud bucal en escolares de primaria. Rev Medisan 2004 [Citado 20 abr 2011]; 8(3):24-26Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.htm

9. Morgado Marrero DE, González Fortes B. Influencia del Programa Educativo de salud Bucodental Cuida tu sonrisa y la de los tuyos. Escuela Bernardo Arias C. Congreso Internacional de Estomatología. 19-22 noviembre. Ciudad de La Habana: Palacio de las Convenciones; 2010.

10. Pausa Carmenate M, Suárez Hernández M. Evaluación del nivel de actitud y comportamiento de salud bucal de los escolares de nivel primario. Convención Internacional de Estomatología. Ciudad de la Habana: Palacio de las Convenciones; 2010.

11. Burth MR. Marco conceptual para la comprensión de las iniciativas orientadas hacia el adolescente. En: ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Washington: OPS. 2001 [Citado 4 ago 2009]. Disponible en: <http://www.adlec.org/E/textocompleto/invertir.htm>

12. Legrá Matos SM. Impacto de la intervención educativa para adolescentes en Secundaria Básica Urbana Orlando Fernández Badell. (Tesis). Santiago de Cuba: Hospital General Clínico Quirúrgico; 2006.

13. 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.

14. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgos asociados con maloclusiones. Rev Cubana Estomatol. 2004 [Citado 14 abr 2010]; 4(1). Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielophp?script=sciarttex&pid=s003475072004000100002&ing=es&nrm=iso&tIngr=es>.

15. Aguilar M, Villaizá C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. Rev Latinoamericana Ortodonc Odontopediatr. 2009 [Citado 1 abr 2011].

Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>

16. Ruiz Feria N, González Heredia E, Soberats Zaldivar M, Guerra A. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. MEDISAN. 2004 [Citado 1 abr 2011]; 8(3):24-26. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.htm

17. 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 [Citado 20 abr 2011]. Disponible en:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2218>

18. Ocaris Roca Y. Instrucción “Sonría al futuro” en el instituto preuniversitario Doris M Martínez Mejías. (Tesis). Santiago de Cuba: Clínica estomatológica Tamara Bunke Vider; 2006.

Recibido: 13 de marzo de 2014

Aprobado: 13 de marzo de 2014

Dra. *Noraydi Ruiz Feria*. Clínica Estomatológica Docente Manuel Angulo Farrán. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: noraydi@cristal.hlg.sld.cu