

Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de preescolar.

Vinardell Almira, Lisandra María¹
Pérez García, Leandros Alberto²
Leal Rodríguez, María Isabel³
Patterson Serrano, Eliany⁴
Serrano González, Elaida⁵

¹ Policlínico Universitario 26 de Julio, Mayarí, Cuba, lvinardell@infomed.sld.cu

² Hospital General Docente Mártires de Mayarí, Mayarí, Cuba, leandros@infomed.sld.cu

³ Clínica Estomatológica, Mayarí, Cuba, marialeal@infomed.sld.cu

⁴ Filial de Ciencias Médicas, Mayarí, Cuba, elianypshlg@infomed.sld.cu

⁵ Sectorial Municipal de Salud Pública, Mayarí, Cuba, elaidaserrano@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: Para el logro de la salud bucal resulta de gran importancia la detección, prevención y control de hábitos bucales deformantes muy comunes en los niños, los que repercuten en el desarrollo de maloclusiones que provocan deformaciones en el orden biológico, psíquico y social. Objetivo: Evaluar la efectividad de la intervención educativa “Yo quiero sonreír” sobre hábitos bucales deformantes en los niños y niñas de preescolar del Círculo Infantil “Soldaditos de la Revolución”, Mayarí, de junio de 2016 a junio de 2017. Método: Se realizó un estudio de intervención educativa donde el universo de estudio y la muestra coincidieron con 49 niños. Resultados: Se logró disminuir la presencia de hábitos bucales deformantes. Se elevó considerablemente el nivel de conocimientos sobre esta temática. El hábito de succión digital disminuyó en un elevado porcentaje y se erradicó el hábito de queilofagia. Conclusiones: Con la aplicación de la intervención educativa se logró disminuir la presencia de hábitos bucales deformantes y se elevó el nivel de conocimientos sobre esta temática, por lo que se demostró que la implementación de esta intervención en este grupo de edad resultó efectiva.

Palabras clave: hábitos bucales deformantes, preescolar

I. INTRODUCCIÓN

Para el logro de la salud bucal resulta de gran importancia la detección, la prevención y el control de hábitos bucales deformantes muy comunes en los niños y que pueden considerarse como normal hasta los 2 años y medio, después de esta edad deben eliminarse, por su repercusión en el desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico por lo costoso de estos tratamientos.⁽¹⁾

Los hábitos bucales son fenómenos psicodinámicos capaces de producir modificaciones conductuales en los niños. Diferentes autores plantean que son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Pueden definirse como la costumbre o la práctica que se adquiere de un acto. Inicialmente es un acto voluntario (consciente) que se convierte en involuntario (inconsciente).⁽²⁾

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, donde el problema principal es la falta de conocimiento de los padres y sus hijos sobre los hábitos bucales deformantes y su repercusión.⁽³⁾

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución, respiración normal, fonación, imprescindibles para el desarrollo de la vida y que sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares; otros como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos, la succión digital y uso de chupetes y biberones son los considerados incorrectos o deformantes,⁽⁴⁾ cuya práctica puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia anomalías morfológicas y/o funcionales, pueden aparecer trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.⁽⁵⁾ La corrección temprana de estos hábitos puede impedir, amortiguar o remitir su efecto nocivo sobre la oclusión y su función, por lo que un número de maloclusiones podrán ser evitadas. El efecto de estos hábitos sobre la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que ejercen sobre estos, sino de su tiempo de actuación.⁽³⁾

La prevención de estos hábitos ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal, que contribuye a la función y el crecimiento sin distorsionar la estructura esquelética en desarrollo. Los programas de promoción y prevención son importantes para controlar los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y de las funciones como la masticación, deglución, fonación y respiración.⁽⁶⁾ En la edad preescolar, en el círculo infantil o en el hogar, el trabajo educativo y de educación para la salud debe tener una estrecha interrelación de la institución, la familia y el medio social del entorno comunitario del niño; solo con el esfuerzo mancomunado de todos se lograrán los objetivos deseados.⁽⁷⁾

Existen publicaciones cubanas con resultados positivos en intervenciones educativas con niños de diferentes edades de todo el país. En la provincia de Holguín se destaca el Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña.⁽⁸⁾ En el municipio Mayarí es necesario realizar más estudios en este campo. A partir de esta base y de la bibliografía consultada como un sólido fundamento, surge la motivación para la realización de este estudio, con el ánimo de que los resultados permitan profundizar los conocimientos de los educandos y sirvan para perfeccionar el trabajo educativo en la comunidad, y así responder al siguiente Problema Científico: ¿Será efectiva la implementación de una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en los niños y niñas de preescolar del Círculo Infantil “Soldaditos de la Revolución”?

Objetivo General: Evaluar la efectividad de la intervención educativa “Yo quiero sonreír” sobre hábitos bucales deformantes en los niños y niñas de preescolar del Círculo Infantil “Soldaditos de la Revolución”, de abril a junio de 2017.

II. MÉTODO

A. Contexto y clasificación de la investigación

Se realizó un estudio de intervención educativa con los niños de preescolar del Círculo Infantil “Soldaditos de la Revolución” del municipio Mayarí, Holguín, durante el período comprendido de abril a junio de 2017.

B. Universo y muestra

El universo de estudio coincidió con la muestra intencional conformada por los 49 niños de preescolar del Círculo Infantil.

C. Criterios de inclusión y de salida

Criterios de inclusión: Niños de ambos sexos matriculados en preescolar en el Círculo Infantil y aquellos cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

Criterios de salida: Niños que se ausentaron a varias sesiones.

D. Operacionalización de las variables

- Conocimientos sobre hábitos bucales deformantes (Bien, regular, mal. Cualitativa ordinal. Según puntuación obtenida en la encuesta. Bien: 80 – 100 puntos, regular: 60 – 70, mal: menos de 60 puntos)
- Presencia de hábitos bucales deformantes (Sí, no. Cualitativa nominal. Según el interrogatorio al paciente y sus manifestaciones bucales)
- Hábitos bucales deformantes (Succión digital, succión del biberón, uso del chupete, onicofagia, queilofagia. Según el interrogatorio al paciente y las manifestaciones bucales.)

E. Métodos de procesamiento y análisis de la información

Análisis-Síntesis para procesar informaciones, determinar características, buscar relaciones entre conceptos y elaborar conclusiones parciales y finales, además de establecer los nexos internos, el orden lógico y las principales características derivadas del análisis de los fenómenos relacionados.

Inducción-Deducción que permitió realizar generalizaciones con respecto a las posiciones teóricas, llegar a nuevas conclusiones acerca del objeto de investigación y la formulación de la hipótesis.

Como método científico del nivel empírico se utilizó la Observación Directa para la aplicación del programa desde sus inicios y hasta su culminación.

F. Procedimientos para alcanzar los objetivos. Etapas de la investigación.

Etapa diagnóstica: Se realizaron preguntas a los niños en correspondencia con su edad y con los intereses de la investigación, así como a padres y maestros para determinar la presencia de los hábitos.

Etapa de intervención: La intervención educativa “Yo quiero sonreír” se desarrolló en seis sesiones realizadas cada 15 días con una duración de 30 minutos cada una. Los recursos utilizados para el aprendizaje fueron: exposición oral, interrogatorio, demostración, dinámica de grupo, técnicas afectivo-participativas, juegos didácticos y medios de observación (pósters, videos musicales infantiles, etc.)

Etapa de evaluación: Se realizaron nuevamente las preguntas para comprobar la adquisición de conocimientos sobre los temas impartidos.

G. Aspectos éticos

La investigación se efectuó según las normas éticas internacionales para la investigación biomédica. Se solicitó el permiso al director de Educación y a los dirigentes de la Institución Escolar donde se desarrolló el estudio y se les explicó a los niños y a sus padres cómo se realizaría la intervención educativa a partir de lo cual se logró su consentimiento así como la garantía de confidencialidad en el manejo de la información con la que se trabajó, según los requisitos éticos estipulados por la Declaración de Helsinki.

III. RESULTADOS

La distribución de los niños según la presencia de hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención educativa se muestra en la Tabla 1, donde se expresa que antes de realizar la intervención 57,1 % de los niños presentaba hábitos bucales deformantes. Luego de realizar la intervención se observaron resultados satisfactorios teniendo en cuenta que solo 9 niños (18,4 %) mantuvieron el hábito.

Tabla 1. Distribución de los niños según presencia de hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención. Círculo Infantil Soldaditos de la Revolución. Abril – Junio 2017.

Presencia de Hábitos bucales deformantes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Sí	28	57,1	9	18,4
No	21	42,9	40	81,6

A continuación se muestra la presencia de hábitos antes y después de la intervención educativa. Inicialmente el hábito más frecuente fue la succión digital con el 57,1 %. La queilofagia se observó solo en el 7,1 % de los niños. Luego de aplicada la intervención educativa solo el 25 % de los niños practicaban succión digital, el 10,7 % continuaba usando el biberón; y se eliminó el hábito de queilofagia. En total solo 9 niños continuaron practicando hábitos deformantes, considerando que un mismo niño podía presentar más de un hábito.

Tabla 2. Distribución de los niños según el tipo de hábito deformante antes y después de la intervención.

Hábitos bucales deformantes	Antes		Después	
	No	%	No	%
Succión digital	16	57,1	7	25
Succión del biberón	11	39,3	3	10,7
Onicofagia	8	28,6	2	7,1
Uso del chupete	4	14,3	1	3,6
Queilofagia	2	7,1	0	0
Total de niños con hábitos	28	100	9	32,1

En la Tabla 3 se refleja el nivel de conocimientos tenían los niños antes y después de realizar la intervención educativa. Antes de realizarla, el 77,6 % obtuvo resultados de mal luego de aplicar el cuestionario, y solo el 8,1 % tenía nociones sobre hábitos bucales deformantes. Al terminar la intervención educativa el 81,6 % demostró tener conocimientos sobre hábitos bucales deformantes, y solo 3 mantuvieron un bajo nivel de conocimientos calificándose de mal.

Tabla 3. Conocimientos sobre hábitos bucales deformantes antes y después de la intervención.

Conocimientos sobre hábitos bucales deformantes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	4	8,1	40	81,6
Regular	7	14,3	6	12,2
Mal	38	77,6	3	6,1
Total	49	100	49	100

La presencia de hábitos orales en los niños puede ser causada por el cambio de dentición, cambios emocionales que producen situaciones estresantes y otros. A pesar de los esfuerzos que ha realizado el MINSAP en cuanto a la eliminación de los hábitos bucales deformantes como factor principal de riesgo de maloclusiones, resulta evidente que se incrementa la práctica de estos por los niños.

En Colombia Chamorro⁽⁹⁾ demostró que el 67 % de los niños presentó al menos un hábito y Narváez Sierra obtuvo resultados inferiores en su estudio donde solo el 36% (186) tuvo hábitos orales. En España Pipa Vallejo y col.⁽¹⁰⁾ obtuvieron 28,5 % y Franco Varas⁽¹¹⁾ determinó que la práctica de hábitos orales nocivos en el conjunto de niños estudiados en la fase de dentición temporal resultó ser muy alta, ya que el 90,7% presentaba al menos uno de los hábitos considerados. En Matanzas Álvarez y col.⁽¹²⁾ identificaron con hábitos bucales deformantes al 58,7 % de los niños estudiados, del mismo modo este valor se acerca al 66,4 % reportado por Rodríguez y col.,⁽¹³⁾ y Cepero y col.,⁽¹⁴⁾ en su estudio en Varadero encontraron hábitos bucales deformantes en el 72,5 % de los niños examinados.

En la literatura consultada la frecuencia de los hábitos bucales deformantes varía en dependencia de los grupos etarios analizados, ya que existen evidencias donde se plantea que los mismos tienden a disminuir con el aumento de la edad. En estudios reportados donde se analizan la frecuencia de estos hábitos en la dentición temporal entre 3 y 5 ó 6 años, se halló que la mayor prevalencia fue la succión del tete con el 49 %, ⁽¹⁵⁾ esto difiere de lo planteado por Narváez Sierra y col.⁽¹⁶⁾ de Colombia, ya que encontraron como hábito más frecuente la onicofagia, que afectaba al 40 % de los niños, seguido de la succión digital con un 11 %. En Chile Leonard⁽¹⁷⁾ determinó a partir de varias revisiones que la práctica de onicofagia puede oscilar entre el 27,7 % y más del 55 %.

Alfonso y colaboradores que al realizar la distribución de niños con hábitos bucales deformantes según tipo de hábito obtuvieron como resultado que el hábito de succión digital fue el más frecuente con el 11,5 %. Reyes Romagosa y col.,⁽¹⁸⁾ en Manzanillo, encontraron que la succión digital, con un 37,2 % fue el hábito más frecuente, seguido de la onicofagia y el uso del biberón y del tete, ambos con un 16,3 %. Difiere de estos resultados la investigación realizada en el Policlínico Máximo Gómez del municipio Holguín, donde predominó el uso del biberón y del tete con 69,69%, seguido del empuje lingual y de la succión del pulgar u otros dedos (62,87% y 45,45%) respectivamente. Se debe destacar que puede coincidir más de un hábito bucal deformante en un mismo niño.⁽¹⁹⁾

Cepero y col.⁽¹⁴⁾ en Matanzas encontraron que el 65,5 % de los niños usaba el biberón, siendo este el hábito más común, mientras que la succión digital y la onicofagia afectaban al 32,1 % de los niños. Arocha y col.⁽²⁰⁾ en Santiago de Cuba encontraron también que el uso del biberón fue el hábito practicado con mayor frecuencia, con el 41,1 %, seguido de la onicofagia con el 28,2 % de afectados.

En cuanto a los resultados obtenidos luego de aplicadas las intervenciones educativas, Álvarez y col.⁽⁴⁾ en Cienfuegos evaluaron la efectividad de su programa educativo, donde lograron eliminar el 54,4 % de los hábitos y solo el 45,6 % de los niños continuaron practicando algún hábito; estos resultados se aproximan a los de esta investigación donde solo el 32,1 % de los niños continuó con hábitos bucales, por lo que el restante 67,9 % eliminó los hábitos presentes. En Santiago de Cuba Arocha y col.⁽²¹⁾ encontraron en su estudio que el 41,1 % de los hábitos correspondía al uso del biberón, el 28,2 % a la onicofagia y solo el 19,3 % a la succión digital.

El nivel de conocimientos fue evaluado por Álvarez y col.⁽⁴⁾ en Cienfuegos, antes de aplicar la intervención el nivel adecuado osciló entre el 7,1 % mientras que el 79,9 % desconocía sobre esta temática. Al aplicar las actividades educativas el nivel de conocimiento de estos niños se elevó en todos los hábitos, donde 92 % concluyó con el nivel de conocimientos evaluado de bien, y solo el 2,1 % continuó con conocimientos insuficientes sobre el tema abordado. Resultados semejantes obtuvieron Mora y col.⁽²¹⁾, pues antes de iniciar la intervención encontraron que el 65,4 % de los niños tenía un bajo nivel de conocimientos; luego de la intervención el 61,5 % de los niños se evaluó de bien con respecto a este tema.

Soto y col.⁽²²⁾ en Cienfuegos realizaron una intervención educativa y analizaron que antes de aplicado el programa educativo solo el 7,5 % de los niños conocía las causas que provocan las maloclusiones, teniendo en cuenta los hábitos deformantes, y luego de aplicado este, el 88,7 % las identificó correctamente. Ruiz y col.⁽⁸⁾ implementaron un programa educativo en el seminternado Juan José Fonet Piña de Holguín, y sus resultados fueron 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 %.

IV. CONCLUSIONES

El trabajo de prevención está comprometido a conducir al niño hasta la edad adulta desprovisto de todo tipo de enfermedad dental, adiestrándolo en técnicas de cepillado, higiene bucal, educación nutricional y corrección de hábitos. Con la aplicación de la intervención educativa “Yo quiero sonreír” se logró disminuir considerablemente la presencia de hábitos bucales deformantes, con una notable reducción del hábito de succión digital y la erradicación de la queilofagia. Se elevó el nivel de conocimientos sobre esta temática, logrando que fuera adecuado en la mayoría de los niños, por lo que se demostró que la implementación de esta intervención en este grupo de edad resultó efectiva.

REFERENCIAS

1. Gispert Abreu E; Bécquer Águila J. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. Rev Cubana Estomatol, [Internet] mayo 2015, [citado 2017 Feb 27] v. 52, n. 3, p. 1-3,. ISSN 1561-297X. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/943/186>.
2. Corrales León A, Duque Alberro Y, Serrano Fernández D, Crespo González J. Tratamiento de hábitos bucales deformantes con técnica de auriculoterapia. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Dic

- [citado 2016 Nov 12]; 18(6): 1027-1035. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600010&lng=es.
3. Silva M, Manton D. Oral habits--part 2: beyond nutritive and non-nutritive sucking. *J Dent Child (Chic)*. [Internet] 2014 Sep-Dec [cited 2017 Apr 24];81(3):140-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25514258>
 4. 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* [Internet]. 2013 Ago [citado 2017 Feb 27] ; 11(4): 410-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000400005&lng=es
 5. Lopes-Freire GM, Cárdenas AB, Suarez de Deza JE, Ustrell-Torrent JM, Oliveira LB, Boj Quesada JR. Exploring the association between feeding habits, non-nutritive sucking habits, and malocclusions in the deciduous dentition. *Prog Orthod*. [Internet] 2015 [cited 2017 Jan 14];16:43. doi: 10.1186/s40510-015-0113-x. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26683318>
 6. González Naya G, Montero del Castillo ME. *Estomatología General Integral*. La Habana, Editorial de Ciencias Médicas. 2013. 476 p.
 7. Ramos Hurtado I; Toledo Reyes L; De La Mella Quintero SF. Promoción de salud bucal en niños de un círculo infantil y una escuela primaria. *Rev. Med. Electrón*. [Internet] 2015 Jun [citado 2016 Oct 23] ; 19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200006&lang=pt
 8. Ruiz F N, Díaz M JE, Rodríguez C EM, Álvarez I E, Vargas M Y, Soberats Z M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. *CCM* [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Abr 12] ; 18(4): 649-663. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es
 9. Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L, Triana FE, Valencia C. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. *Rev. CES Odont* 2016;[citado 10 de mayo 2016]; 29(2). Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=662a75a7-d031-447a-9484-ffafe2bcddd1%40sessionmgr104&hid=128>
 10. Pipa Vallejo A., Cuerpo García de los Reyes P., López-Arranz Monje E., González García M, Pipa Muñoz I, Acevedo Prado A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Ago 5] ; 27(3): 137-145. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000300004&lng=es
 11. Franco Varas V., Gorritxo Gil B., García Izquierdo F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 Mar [citado 2017 Feb 27] ; 14(53): 13-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000100002>
 12. Álvarez González M, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. *Rev. Med. Electrón*. [Internet]. 2014 Ago [citado 2016 Dic 19] ; 36(4): 396-407. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400002&lng=es

13. Rodríguez G A, Martínez B I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 [citado 16 Oct 2016];33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100007
14. Cepero Sánchez Z, Hidalgo-Gato Fuentes I, Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñones JA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2007 Dic. [Citado 2017 Abr. 12] ; 44(4) . Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S071>
15. León Alfonso J, Carvajal Roque Y, Pérez Hermida N, Rodríguez Martín O). Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. Medico 2014; Vol. 20 No.2. [Citado 2017 Abr. 12]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=b84ac9ac-e8df-4fe8-a54d-3778262c4a3c%40sessionmgr102&hid=115>.
16. Acevedo Sierra O, Mora Pérez C, Capote Femenías J, Rosell Silva C, Hernández Núñez Ya. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Medisur [Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Sep 16] ; 9(2) : 117-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000200006&lng=es
17. Ojeda Leonard C, Espinoza Rojo A, Biotti Picand J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2014 Abr. [citado 2017 Abr. 12]; 7(1): 37-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071901072014000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072014000100009>.
18. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN [Internet]. 2014 Mayo [citado 2017 Feb 27] ; 18(5) : 606-612. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es
19. Mesa Rodríguez N, Medrano Montero J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. CCM [Internet] 2017. [citado May 31 2017] (2): 456-467. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560
20. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez M, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó A. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. Medisan [Internet] 2016; 20(4):426. [Citado 2017 Abr. 12]. Disponible en:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=660ddb57-bf05-4983-8b33-d50cce1fc538%40sessionmgr120&hid=115>.
21. Mora Pérez C, Gil Rodríguez M, Álvarez Mora I, Cardoso Santiago M, Álvarez Rodríguez P, Oliva Romero C. Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Feb 27]; 12(6) : 843-850. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600005&lng=es
22. Soto Ugalde A, Sexto Delgado N, Gontán Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Medisur [Internet]. 2014 Feb [citado 2016 Sept 15] ; 12(1) : 24-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000100004&lng=es