

**Título: La vinculación escuela- familia – estomatólogo general integral (EGI) en la corrección de hábitos deletéreos: succión digital, onicofagia y bruxismo, en escolares primarios, a través de la musicoterapia.**

**Autora: Dr. Susana Barrios Piñera. Especialista de primer grado en Estomatología general integral.**

**Centro de trabajo: Clínica estomatológica *Guamá*, Pinar del Río**

**Resumen:**

El presente trabajo explica una estrategia para la corrección de hábitos deletéreos que afectan el aprendizaje de los escolares, tales como succión digital, onicofagia y bruxismo, apoyada en la musicoterapia y en la acción coordinada de la escuela, la familia y la comunidad, con atención directa del estomatólogo general integral.

**Abstract:**

This investigation treat about an strategy for the correction of habits deforms that have an effect on the apprenticeship school, as soon as digital suction, eat up the nails and creak the teeth, resting on the musictherapy and the association action of the school, the family and the community, with direct attention by the General Integral Estomatology.

**Falta subtítulo inicial**

Al tomar como teoría filosófica vertebral al marxismo leninismo, y en consecuencia el papel determinante del medio social en los modos de actuación del sujeto, los profesionales que ejercen la Estomatología en nuestra sociedad conciben la atención al paciente dentro del medio en que este se desenvuelve, en la familia, la escuela y la comunidad, para poder influir de forma integral tanto en la gestión curativa como preventiva, desde una intervención multidisciplinaria.

**Tratamiento integral tanto en la gestión curativa como preventiva, desde el punto de vista estomatológico**

Con esta visión intersectorial se orienta el tratamiento de hábitos deformantes como succión digital, onicofagia, y bruxismo. La succión digital es el hábito de chuparse el dedo, que en edades tempranas no es alarmante pero sí de mantenerse en edades superiores pues interfiere en el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dento-maxilofaciales. Otro hábito deletéreo a tener en cuenta por parte del estomatólogo, la escuela y la familia, es la onicofagia, cuyo término proviene del griego onyx (uña) y phagein (comer), se define como el hábito de comerse o roerse las uñas, así como morder lápices u otros objetos, todo lo cual provoca también alteraciones dentarias, así como heridas en las mucosas orales que favorecen lesiones como las aftas, infecciones con herpes, entre otras alteraciones de la mucosa oral.

El bruxismo en niños es relativamente frecuente, sobre todo en niños de ocho y nueve años. Para los padres la preocupación es el desgaste dentario y el ruido incómodo nocturno, para el odontólogo el problema es cómo ayudar a neutralizar el desgaste sin frenar el crecimiento de los maxilares. (1)

En el tratamiento de estos hábitos deformantes se han utilizado diversas técnicas y procedimientos, que involucran a agencias diversas de la sociedad como son los medios de difusión masiva, la familia, la escuela y la comunidad, y dentro de esta, la clínica estomatológica con la acción del estomatólogo general integral.

Las técnicas pueden ser las que utilizan la vía de acción psíquica y que son mucho más útiles para los profesionales de la estomatología. Entre ellas se encuentran las siguientes: hipnosis y sugestión, aromaterapia, cromoterapia y la musicoterapia.

**Papel de la musicoterapia en la labor estomatológica**

En Cuba, la musicoterapia tuvo un auge significativo desde el siglo XX, específicamente después de 1959, en que la educación musical se incluye en todos los niveles de enseñanza. Esta inclusión pedagógica permite una interacción científica con el Sistema Nacional de Salud, pasándose entonces a hablar ya de la musicoterapia interrelacionada con la educación musical, con valor terapéutico, vinculándose entonces la educación musical y la musicoterapia.

La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento. El bienestar emocional, la salud física, la interacción social, las habilidades comunicacionales y la capacidad cognitiva son evaluados y considerados a través de procedimientos específicos, como la improvisación musical clínica, la imaginación musical receptiva, la creación clínica de canciones y la técnica vocal terapéutica, entre otros. (2)

Lo anterior permite concluir que la musicoterapia, como técnica básica de atención, desinhibición, concentración, imaginación, creatividad, control motriz, eliminación del estrés y la ansiedad, puede ayudar terapéuticamente a eliminar o reducir patologías diversas, de fuerte componente psicológico, como son los hábitos deletéreos y beneficiar el aprendizaje escolar.

### **Incidencia de los hábitos deletéreos desde el punto de vista pedagógico**

Desde el punto de vista pedagógico, está demostrado científicamente que los escolares que practican estos hábitos, presentan afectaciones en su aprendizaje, se desconcentran con facilidad, no desarrollan habilidades manuales y para la escritura, se muestran aislados y presentan serios complejos pues muchas veces son objeto de mofa por parte de su colectivo. Por otra parte, los tres hábitos citados tienen entre sus causas de surgimiento y desarrollo problemas de carácter psicológico tales como el estrés, el miedo, la ansiedad, los déficit afectivos en el seno familiar, la inmadurez del niño, entre otros. Esto significa, que en la medida en que se corrige el hábito, se mejora el aprendizaje escolar, a la vez que se presta ayuda psicológica al niño para enfrentar las situaciones adversas de su medio familiar y social que provocan modos de actuación desajustados.

Todo maestro en el diagnóstico escolar debe tener en cuenta el indicador de la práctica o no de hábitos deletéreos, precisamente para poder incidir tanto en el alumno como en la familia y en el resto de los factores de la escuela, con la orientación directa del especialista, en este caso, el estomatólogo, en la corrección o eliminación de los mismos. El trabajo cooperado entre escuela- familia- comunidad y estomatólogo debe ser planificado y ejecutado con sistematicidad y rigor científico, mediante una estrategia. A continuación se expone la elaborada por la autora para dar tratamiento intersectorial a los hábitos deformantes.

### **Estrategia para el trabajo cooperado entre escuela- familia- comunidad y estomatólogo**

El objetivo general de la estrategia es elaborar una estrategia basada en la musicoterapia para la corrección de hábitos deletéreos: succión digital, bruxismo, onicofagia, en niños de 6 a 9 años de la escuela primaria, con la intervención de la escuela la familia y la comunidad y la acción dirigente del EGI.

Para dar cumplimiento a este objetivo, y dentro de la etapa de planificación e instrumentación se estructuran las siguientes acciones:

Acción 1 y 2: Se desarrolla en una sesión de trabajo de aproximadamente una hora y media. Deben participar los pacientes, (niños entre 6 y 9 años de edad con los hábitos señalados), la familia, los maestros e instructores arte de 1ro a 4to grado, (grados de los pacientes) y otros factores importantes como las técnicas en atención estomatológica (TAE), directivos de la escuela y el médico general integral (MGI) del Consultorio Médico. Se explican los objetivos de la estrategia, mediante un intercambio con los niños y sus familiares, tratando de crear un clima favorable, amistoso y profesional, de compromiso con las acciones a desarrollar. También se dialoga con los familiares y maestros para precisar el nivel de disposición y condiciones reales de someterse al tratamiento musicoterapéutico, y se determinará la cantidad de niños que asistirán a las sesiones musicoterapéuticas.

Acción 3: Se desarrolla en una sesión de trabajo con la presencia de los familiares y el maestro, a través de una entrevista oral individual al niño y al familiar y el examen bucal del paciente. Así la EGI podrá valorar el comportamiento del hábito y sus consecuencias ya manifiestas, y explicar a la familia y a los niños la necesidad de corregir el mismo.

De manera general la entrevista individual puntualizará en: hábito que tiene el niño, frecuencia del hábito, durabilidad de la práctica del hábito, intervenciones especializadas para la corrección del hábito, y causas que lo originan: miedo, estrés, problemas familiares, problemas económicos, desajuste en el hogar, ansiedad y otros.

Con estos datos y los arrojados en la entrevista individual, la EGI hará anotaciones de cada paciente, las cuales servirán de base informacional para el estudio comparativo con el diagnóstico final una vez aplicada la estrategia con la musicoterapia.

Acción 4, 5 y 6: Se desarrolla en una sesión de trabajo de 3 horas aproximadamente. La primera parte se dedica a reforzar la motivación necesaria para la realización del trabajo con la estrategia. Para ello se utilizan los resultados de la situación actual arrojados en el diagnóstico anterior. A continuación se realiza un cuestionario (oral) basado en la entrevista grupal sobre el dominio del contenido, tanto teórico como metodológico, así como de niveles de satisfacción, que servirá de punto de partida para el trabajo posterior.

En esta misma sesión la EGI expone elementos teóricos importantes sobre la detección y tratamiento de los hábitos deletéreos, así como de la musicoterapia como técnica correctiva. Se hace, además, un pesquisaje sobre las condiciones objetivas para realizar la estrategia: espacio y recursos técnicos existentes y la preparación del personal para elaborar y poner en práctica la estrategia.

Acción 7: Se elabora el diseño metodológico y científico de las sesiones de tratamiento del hábito deletéreo desde la musicoterapia. Se planifican las sesiones de tratamiento, y se analizan las fortalezas y debilidades para su posterior desarrollo en la práctica.

Las sesiones de tratamiento con musicoterapia se planifican sobre la base de dos directrices fundamentales: la musicoterapia como relajación y como medio de aprendizaje de formas de corrección del hábito deletéreo.

Para lograr lo anterior, se siguen las consideraciones que a continuación se explican.

Primero: El EGI ha de ser un profesional multidisciplinar. Se desdobra en varias funciones: estomatólogo, maestro, promotor de salud y promotor cultural; de lo contrario, realiza el trabajo en equipo, en el que queden representadas las funciones mencionadas. Esta premisa es muy importante para poder aplicar una técnica como la musicoterapia con niños, dentro del contexto escolar. Por tanto, el EGI debe tener o adquirir una preparación psicopedagógica y artística, además, de poseer, por supuesto, los conocimientos de la ciencia odontológica, pues es necesario realizar una selección y uso adecuado de la música, los juegos, los medios paratextuales y verbales, los recursos técnicos necesarios (grabadoras, utensilios de juegos tradicionales, videos, y otros) en función de lograr un objetivo estomatológico.

Segundo: Atendiendo a lo anterior, el trabajo con la musicoterapia es integrador. Se recomienda crear un equipo de trabajo integrado por el instructor de arte, el maestro, las TAE y los familiares, el cual estará monitoreado por el EGI. Este equipo debe participar en la mayoría de las sesiones de musicoterapia, cada uno con la responsabilidad que le corresponde bien delimitada.

Tercero: El EGI debe aplicar métodos generales de la investigación científica, tales como la observación directa y la descripción. La observación sistemática del niño por parte del EGI debe ser un método insustituible en cada sesión, pues es una forma efectiva de valorar la disminución, eliminación o mantenimiento del hábito. Al mismo tiempo, en un registro o relatoría, debe reflejar y describir las incidencias significativas en cuanto al desarrollo del tratamiento musicoterapéutico que realiza. También se utilizan técnicas de recogida de información como la entrevista individual o el autorreporte.

Cuarto: Se utilizarán métodos propios de las ciencias estomatológicas, que sirven de diagnóstico, fundamentalmente el examen bucal del paciente, la recogida de información en la historia clínica y el dentigrama.

Quinto: Se utilizarán otros métodos propios para el trabajo en grupo. La conversación heurística, la explicación, el trabajo independiente, el trabajo en equipos, las técnicas participativas, son métodos importantes en la aplicación de la musicoterapia.

Sexto: El EGI debe atender a la unidad y a la diversidad. A cada sesión asisten niños con hábitos diferentes, de ambos sexos y de varias edades, con preferencias musicales disímiles, que provienen de familias distintas, por tanto, las propuestas de actividades deben ser diversas, propicias para todos sin perder de vista el proceso de la individualización y la unidad en cuanto al objetivo previsto, que es la corrección de los hábitos deletéreos, desde una sesión única, estructurada.

Séptimo: La motivación hacia el aprendizaje de la corrección de hábitos deletéreos debe ser permanente, desde un clima de alegría y diversión, de confort espiritual para el niño. Las actividades que se planifiquen deben ser motivantes, que permitan la espontaneidad del niño, la acción libre, vinculando la música, el gesto, la mímica y el juego. Como estos hábitos generalmente son de origen psicológico, las sesiones deben ser agradables, de iguales oportunidades para todos, dinámicas, optimistas, que realcen la autoestima infantil. Sin redundar cruelmente en lo pernicioso del hábito, se debe alertar y alentar al niño para que no lo practique, y llamarle la atención en el momento en que lo esté practicando, con afecto y tacto profesional, destacando con fuerza los progresos que ya se hayan comprobado.

Octavo: El lugar donde se realiza la sesión debe estar condicionado globalmente para la corrección del hábito. Desde el momento en que el niño llega debe haber un ambiente que lo instruya y eduque en cuanto a la corrección del hábito, que le enseñe sus consecuencias sin agresiones psicológicas, pero sí con firmeza. El lugar debe ser iluminado, amplio, y sin exceso de objetos decorativos que constituyan estímulos que lleven al niño a concentrarse en algo más importante y atrayente que la musicoterapia. La decoración debe incluir instrumentos musicales, grabadoras y otros elementos relacionados con lo ortodóntico que remitan siempre al objetivo central de las sesiones. (3) Pueden utilizarse en las paredes y puertas carteles, afiches, poesías escritas, frases, alertas, lemas, fotografías. El lugar de la sesión debe estar alejado de ruidos externos, y si esto fuera imposible, deben aprovecharse los mismos en función de la sesión.

Noveno: Las sesiones pueden tener una multiplicidad temática y ejecutora, pero siempre al servicio de la corrección del hábito deletéreo. La música, los ejercicios de relajación, los juegos, y otros medios, deben tributar al objetivo de la corrección de los hábitos deformantes, aunque el punto de partida sea un cuento, una anécdota, una canción cuyo tema no sea estrictamente estomatológico.

Décimo: Las sesiones tienen una estructura general única, de manera que el niño tenga una orientación unívoca de la actividad. Cada sesión debe seguir pasos fijos, de manera que el niño se sienta en todo momento ante una situación previsible, conocida, segura.

La autora propone una forma de proceder en las sesiones que incluye los siguientes pasos estables: saludo, autorreporte individual, ejercicios de relajación, trabajo para la corrección del hábito, orientación final y despedida. Cada paso tiene sus propios objetivos y función psicopedagógica y estomatológica.

El saludo se produce a la llegada de los niños y familiares a la sesión, es un momento de intercambio afectuoso, que el EGI y los demás factores (el instructor de arte, TAE, maestros) aprovechan para establecer el clima de camaradería y relajación, debe estar marcado por una canción de bienvenida ya habitual, conocida, con una letra que exprese un mensaje educativo a favor de la erradicación del hábito deletéreo. Las canciones pueden personalizarse, con los nombres de los niños o de algunos de ellos, tal vez de aquellos que presenten mayor incidencia en los hábitos, o de otros que hayan demostrado mayor avance en su corrección. Las letras de las canciones tienen que ser adecuadas al desarrollo lingüístico e intelectual de los niños, para que no haya barreras de comprensión y comunicación. Puede haber también una consigna grupal estable, un lema fijo que identifique al colectivo, por ejemplo: "*Lo que hice no lo haré ni ahora ni después*".

Seguidamente, se procede al autorreporte individual, instrumento de diagnóstico en el cual de manera inteligente y sencilla, con preguntas dirigidas, el EGI pide al niño que hable sobre sus progresos en la corrección del hábito, también pueden intervenir los familiares y el maestro, para dar fe de lo expresado por el niño, o para estimularlo, o para comentar los esfuerzos infantiles, pero sin agredir al que no haya logrado avanzar en la erradicación de hábitos deformantes. Es un momento crucial, donde lo afectivo y lo cognitivo tienen gran peso, así como la orientación correcta de modos conductuales diferentes por parte del EGI.

A continuación se realizan ejercicios para la relajación, de manera individual, por dúos, por equipos, los niños solos o con sus familiares y maestros, y con la dirección del estomatólogo y el instructor de arte fundamentalmente. Se realizan ejercicios corporales de relajación inicial, que permitan crear un estado de calma, tranquilidad, la eliminación o atenuación de los estados de nerviosismo, estrés y ansiedad. Pueden ser ejercicios de desplazamiento lento, de concentración, acompañados por la música y el gesto.

Se recomienda el uso de ejercicios de imaginación, variados, pero siempre en función de la relajación necesaria para dar comienzo al trabajo de corrección.

Se recomienda igualmente la utilización de ejercicios de respiración. Estos ejercicios siguen una rutina generalmente, es decir, se le pide al niño que cierre los ojos, haga una pausa de un tiempo determinado (un minuto, dos...), luego que respire profundamente, pausa nuevamente, que respire lentamente por la nariz y saque el aire por la boca, que sienta cómo todo lo feo dice adiós a su cuerpo., que abra los ojos. La música acompañante ha de ser suave, sin estridencias, adecuada a la edad infantil. Aunque todas las acciones de cada sesión están encaminadas a la atenuación o erradicación de los hábitos deformantes, hay una parte que constituye el núcleo central, que se ha denominado trabajo para la corrección del hábito.

En estas sesiones se puede cantar; audicionar canciones, sonidos onomatopéyicos; realizar juegos musicales y dramáticos en los que se parta de una acción musical y teatral, regida por normas que se deben cumplir, como puede ser no llevarse nada a la boca ni chasquear los dientes; improvisar y componer gestos, poemas, refranes que refuercen la conducta positiva con respecto a los hábitos deletéreos; juegos de roles, en los que el niño es estomatólogo, es maestro, es una mamá o un papá que corrige hábitos a su hijo, es otro niño con hábitos deletéreos; realizar viajes musicales a partir de la letra de una canción en los cuales se guía al niño hacia un lugar, una conducta, como si fuera el personaje de un cuento; tocar instrumentos musicales que los mantengan concentrados y entretenidos.

El EGI con un lenguaje comprensible para todos, sin un uso excesivo del vocabulario de la ciencia estomatológica, debe explicar, describir, orientar sobre la corrección de los hábitos aprovechando todos los espacios posibles, debe dar consejos oportunos, dialogar con los niños, pedir sus criterios así como a maestros, familiares, en fin, debe crearse un ambiente de participación y aprendizaje colectivo. (4)

La orientación final es la parte antepenúltima de la sesión, tiene como objetivo dar una evaluación colectiva de los logros y dificultades de los niños; sugerencias y orientaciones a la familia y al maestro para continuar la corrección en la casa y en la escuela, y en otros espacios, pues la sesión por sí sola no puede lograr la corrección de estos hábitos, debe ser un trabajo sistemático, multisectorial, de aprendizaje cooperado, controlado, supervisado por la familia y el maestro. En esta orientación también hay una parte dirigida especialmente a los niños para la autorrelajación, la cual consiste en que el niño realice ejercicios de relajamiento solo, en aquellos momentos en que se sienta estresado, con miedo, preocupado. Sustituir la práctica del hábito por la autorrelajación es complejo de lograr en el niño, pero siempre es importante que el EGI intente que el niño aprenda a autocontrolarse mediante la autorrelajación, pues de esta forma propicia que el hábito, cuya causa sea psicológica, se corrija con mayor facilidad y el niño aprenda alternativas para autorregularse.

Como paso final se realiza la despedida. Debe planificarse como algo fijo, previsible igualmente para el niño, puede ser con un lema o una canción de despedida, cantada a coro por todos los presentes. Su letra ha de reforzar modos conductuales que tributen a la corrección de los hábitos desde el compromiso de los niños. Puede ser también una actividad escrita, personal, individualizada. En cada sesión, el EGI ha de ser muy metódico evaluando a los niños en cuanto a la evolución o involución que han tenido en la corrección de los hábitos, puede llevar un registro detallado de los progresos de los niños a partir de

indicadores establecidos tales como la frecuencia y durabilidad del hábito, la autorregulación del niño, momentos en que lo practica y otros que se consideren pertinentes. Puede auxiliarse del maestro, de un familiar adiestrado, de la TAE, para este proceso de evaluación y control sistemático.

Puede resultar complicado y extraño para un odontólogo la realización de procedimientos que no son parte del trabajo habitual y convencional de la profesión que practica, sin embargo, cada vez más el reducido ofrecimiento en alternativas de solución multidisciplinar para los diferentes problemas de hábitos por parte de la profesión odontológica en general, sigue dando como resultado un fracaso total en los tratamientos y la continuación de la enfermedad hasta ocasionar detrimentos que en algunos casos podrán ser de carácter irreversible.

Acción 8 y 9: Estas acciones se deben poner en práctica de manera simultánea, interrelacionada, pues en la medida en que se desarrollen las sesiones, se irá evaluando y controlando la corrección de los hábitos en los pacientes mediante la observación directa y la entrevista individual.

El total de sesiones estará de acuerdo con los resultados del diagnóstico que se realice antes de comenzar el tratamiento, el cual debe permitir la determinación por parte del EGI la intensidad del hábito y las consecuencias ya visibles del mismo en materia de salud bucal, pero, aún en los casos menos severos, el total de sesiones será un número considerable, pues es un tratamiento que modifica modos de conducta y corrige anomalías dentales y esto requiere tiempo. La duración aproximada de cada sesión también responde a los resultados del diagnóstico y a la caracterización psicológica de las edades, con una duración de dos horas, preferentemente con dos frecuencias semanales.

### **Etapas de evaluación**

Esta etapa final se concibe para determinar los logros y los obstáculos que se van detectando en el proceso de implementación de la estrategia, las medidas que pueden tomarse para superar las limitaciones y realizar la valoración sobre la aproximación al estado deseado y sobre la efectividad de la estrategia.

De acuerdo a lo planificado se preverán tres acciones para esta fase:

Acción 10: Para evaluar la efectividad de la estrategia al implementarse en la práctica, solo se tomarán en cuenta los niños que asistan a todas o la mayoría de las sesiones del tratamiento musicoterapéutico, distribuidos según sus hábitos deletéreos.

Una vez concluida la aplicación de la estrategia, la EGI realiza un estudio comparativo entre el diagnóstico inicial y el final. Como diagnóstico inicial se toma la implementación de la acción 3 ya explicada, y como diagnóstico final se utilizan las observaciones directas y sistemáticas de la EGI durante la implementación de la estrategia y los resultados de la entrevista individual oral pacientes y familiares y el examen bucal que repite después de la última sesión de trabajo.

Acción 11 y 12: Se desarrolla en dos momentos. Primero, se hace una reunión con los familiares y maestros para informar los resultados y orientar acciones para dar seguimiento a la corrección de los hábitos deletéreos tratados, de manera que desde la acción de la casa y de la escuela se puedan evitar la aparición del hábito o que se acentúe en los casos en que no sean completamente erradicados. Se explicarán y ejemplificarán diversos métodos y procedimientos para dar este seguimiento, por parte del EGI.

### **Citas bibliográficas**

- 1- Rodríguez, E. Manejo temprano de hábitos orales. Universidad Autónoma de Manizales, México; 2006. Pág. 98-104
- 2- Gallardo R. Musicoterapia y salud mental. Capítulo 2. Buenos Aires: Ediciones Universo; 2da ed; 2007 Pág. 37.
- 3- De Armas, N. [ET AL]: Los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Centro de Ciencias e Investigaciones Pedagógicas, Universidad de Ciencias Pedagógicas "Félix Varela", Villaclara, (libro digital), 2004, pág. 46.

4- Garì A. La musicoterapia infantil. col. 9534 [Sitio en Internet]. Google. Disponible en: <http://www.iqb.es>. Consultado 27 de mayo 2010.