Descargado el: 18-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años

Educational Intervention on Risk Factors Associated with Malocclusions in Five-year-old Children

Amarelys Morera Pérez[1] Nora Sexto Delgado[2] Boris Yanes Tarancón[1] Anabel Casanova Lezcano[1]

[1] Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Morera-Pérez A, Sexto-Delgado N, Yanes-Tarancón B, Casanova-Lezcano A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Nov 18]; 14(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3000

Resumen

Fundamento: Los programas educativos encaminados a incrementar conocimientos sobre salud bucal y al fomento de hábitos bucales adecuados, posibilitan controlar o limitar la aparición de anomalías dentomaxilofaciales, que tantas alteraciones estéticas, funcionales y psíquicas trae consigo.
Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años.
Métodos: estudio cuasiexperimental, con diseño de antes y después, en 67 niños del Área de Salud II del municipio Cienfuegos. Se identificaron los factores de riesgo asociados a maloclusiones, así como las necesidades de aprendizaje de niños y padres. Se diseñó y aplicó un programa educativo sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones. Se aplicaron encuestas antes y después de la intervención. Los factores de riesgo asociados a maloclusión y el nivel de conocimientos acerca de estos, fueron las variables estudiadas.
Resultados: se elevó el nivel de conocimientos de niños y padres acerca de factores de riesgo asociados a maloclusión. Se erradicó el 94,3 % de los hábitos deformantes más frecuentes (empuje lingual, succión digital y biberón).
Conclusión: la intervención fue efectiva, pues logró elevar el nivel de conocimientos de niños y padres, así como eliminar un número considerable de los factores de riesgo modificables asociados a maloclusiones.

Palabras clave: maloclusión, factores de riesgo, niño, conocimientos, actitudes y práctica en salud

Abstract

Background: educational programs aimed at increasing knowledge on oral health and promoting proper oral hygiene habits allow controlling or limiting the development of dento-maxillofacial defects that lead to many aesthetic, functional and mental disorders.
Objective: to assess the effectiveness of an educational intervention on risk factors associated with malocclusions in children aged five years.
Methods: a quasi-experimental, before and after study was conducted in 67 children living in the Health Area number 2 in Cienfuegos municipality. Risk factors associated with malocclusions were identified, as well as the knowledge needs of the children and their parents. An educational program on risk factors associated with malocclusions was designed and implemented. Surveys were applied before and after the intervention. The variables studied included risk factors associated with malocclusions and the level of knowledge about them.
Results: children and parents increased their knowledge about risk factors associated with malocclusions. Ninety four point three percent of the most common oral habits (tongue thrusting, finger-sucking and bottle feeding) were eliminated.
Conclusion: the intervention was effective since it raised the level of knowledge of the children and their parents and led to the elimination of a considerable number of modifiable risk factors associated with malocclusions.

Key words: malocclusion, risk factors, child, health knowledge, attitudes, practice

Aprobado: 2016-03-01 13:27:34

Correspondencia: Amarelys Morera Pérez. Clínica Estomatológica de Especialidades. Cienfuegos amarelysmp741104@minsap.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La dentición temporal, al igual que la dentición mixta, está sujeta a grandes modificaciones. Por eso, el control periódico sobre estas denticiones permite prevenir e interceptar alteraciones como la disminución del ancho de las arcadas dentarias, malposiciones dentarias, y algunos hábitos deformantes que pueden provocar anomalías de la oclusión que, de no ser tratadas, afectarían la función y la estética del paciente.

En la aparición de las anomalías de la oclusión, pueden actuar desde edades tempranas factores predisponentes, tales como: herencia, ausencia de diastemas interincisivos, ausencia de espacios del primate, micrognatismo transversal del maxilar y el escalón distal. Sobre este grupo de factores no se puede actuar. Pero están además, los factores desencadenantes: hábitos bucales deformantes, caries dental, traumatismos, pérdidas prematuras, e insuficiente tiempo de lactancia materna exclusiva; sobre los que sí puede intervenirse, con modos y estilos de vida favorables para la salud. En este sentido, corresponde desde la atención primaria crear acciones de promoción y prevención para lograr una comunidad saludable.[1-3]

En la dentición temporal es normal la presencia de espacios entre los incisivos (diastemas), considerados como espacios de crecimiento dispuestos para que los permanentes que los van a sustituir encuentren áreas suficientes para su correcta colocación. Baume[4] describió además los espacios del primate, situados entre el lateral y canino en el maxilar, y entre el canino y el primer molar en la mandíbula. Estos espacios tienen especial importancia durante el recambio, porque permiten el movimiento mesial de los dientes posteriores, cuando hacen erupción los primeros molares permanentes, posibilitando la posición normal de oclusión, o sea, la neutroclusión.[5,6]

Por tanto, la ausencia de diastemas y la de espacios del primate, son indicios a considerar para el diagnóstico precoz de anomalías futuras en la dentición permanente. Para ello se siguen las reglas de Bogué: la primera indica si el desarrollo del maxilar superior es normal o si es deficiente, lo cual se determina a temprana edad, con una norma de 30 mm entre la superficie palatina de los segundos molares temporales del maxilar; y como complemento de esta, la segunda plantea que si no existen los diastemas interincisivos ni los espacios de primate, entonces no existirá suficiente espacio para una correcta ubicación de los dientes permanentes en el arco.[7-9]

Por otra parte, los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático y producir un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, provocando una deformación ósea. Ha sido planteado en muchas oportunidades el efecto deletéreo de hábitos deformantes como la succión del dedo, tetes, la respiración bucal, el empuje lingual, y la necesidad de eliminarlos desde edades tempranas,[1,6,10] no obstante, para ello es indispensable la cooperación de pacientes y familiares; y respecto a la población infantil la atención adquiere un carácter especial. Los programas educativos encaminados a incrementar conocimientos sobre salud bucal y al fomento de hábitos bucales adecuados, posibilitan controlar o limitar la aparición de anomalías dentomaxilofaciales, que tantas alteraciones estéticas, funcionales y psíquicas trae consigo. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa sobre factores de riesgo de maloclusión en niños de cinco años.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental, con diseño de antes y después, en niños de cinco años de edad, con factores de riesgo asociados a maloclusiones, pertenecientes al área de salud II del municipio de Cienfuegos, en el período comprendido de marzo a abril de 2014.

Los niños de cinco años que pertenecían a centros educacionales atendidos por el área de salud, sumaron 212. Fueron seleccionados para el estudio aquellos que presentaron factores de riesgo asociados a maloclusiones, dentición temporal completa, y que no habían recibido tratamiento ortodóntico. La muestra quedó conformada por 67 niños.

Esta investigación se realizó con previa autorización de la Dirección Provincial y Municipal de Educación. Además se solicitó el consentimiento de los padres o tutores de los niños.

Se informó a los padres sobre las características del estudio, tanto para que dieran su consentimiento como para su propia participación; de lo que resultó que 67 padres aceptaron participar en el estudio.

Las variables analizadas antes y después de la intervención, fueron los factores de riesgo asociados a maloclusión (hábitos deformantes, micrognatismo transversal, caries, herencia, diastemas interincisivos, espacios de primate, escalón distal) y el nivel de conocimientos acerca de estos. También se analizó la variable sexo y la efectividad del programa, esta última a través del análisis de los hábitos eliminados y los hábitos mantenidos y atendiendo al criterio de los padres (si consideraron o no que el programa influyó en el abandono de los hábitos deformantes por parte de los niños).

Para la identificación de los factores de riesgos asociados a maloclusión, se realizó el examen a los niños y niñas de los círculos infantiles y escuelas primarias del área II. Para detectar la ausencia de diastemas interincisivos y espacios de primate, así como la relación de oclusión de los segundos molares primarios, se utilizó la luz natural y un espejo bucal plano. Se midió la anchura del maxilar con un pie de rey marca DENTAURUM, para determinar la presencia o no de micrognatismo transversal, según las reglas de Bogue.

En entrevista a los padres, se indagó acerca de antecedentes de malposiciones dentarias en algún miembro de la familia, y sobre hábitos alimenticios que pudieran provocar caries y, por tanto, un acortamiento de la longitud del arco e instauración de una anomalía de la oclusión.

Para detectar alteraciones de la deglución (empuje lingual) se indicó a los niños que tragaran saliva sin separar los dientes. Luego se le separaron los labios para observar si ocurría proyección de la lengua entre las arcadas dentarias. Para identificar hábitos de respiración bucal, se observó mediante el examen facial si el niño respiraba con la boca abierta. También se indagó con los padres y maestros si se mantenía algún niño con la boca abierta de forma permanente. Para detectar los portadores del hábito de succión digital, además de la entrevista a los niños y padres o tutores, fueron examinados los dedos en busca de callosidades o una limpieza fuera de lo normal. También se interrogó sobre la presencia de algún hábito accesorio que pudiera presentar el niño. Para conocer cuáles usaban tete o biberón, o ambos, se realizó el interrogatorio a los niños, padres o tutores; y además se corroboró por las características clínicas.

El nivel de conocimientos sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones, se midió a través de encuestas, una para los niños y otra para los padres.

Luego del diagnóstico inicial, se aplicó un programa de intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones, (Anexo I) basado en técnicas afectivo-participativas y mioterapias, dirigido a niños y padres. Se desarrolló en dos encuentros, con una duración aproximada de 45 minutos y una frecuencia semanal. Se coordinó con la dirección de la escuela el uso de un aula y el horario para las actividades del programa.

Luego de implementar el programa se aplicó nuevamente la encuesta de conocimientos a los niños y padres. Además, se determinó el cambio de comportamiento en relación con el abandono de hábitos deformantes, mediante la observación abierta no participativa a los niños, durante sus horarios de descanso en la escuela con una frecuencia mensual; y a través del interrogatorio a padres y maestros.

Las encuestas fueron evaluadas mediante una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de su puntuación en base a 10 puntos se evaluó en: bien, regular y mal. Este valor se obtuvo del resultado de la sumatoria de las respuestas de cada pregunta. El resultado se clasificó de la siguiente forma:

- Bien: 7–10 (más del 70 %)
- Regular: 5,1–6,9 (de 51 % a 69 %)
- Mal: <5 (menos del 50 %)

Los datos obtenidos se procesaron utilizando el procesador de texto *Microsoft Word* y como procesador de información el paquete estadístico SPSS, versión 15.0 para Windows, que permitió realizar el análisis estadístico y la confección de las tablas.

RESULTADOS

En la serie estudiada predominaron las niñas y los hábitos deformantes fueron los más frecuentes (79,1%), seguidos del micrognatismo transversal (10,4 %), y la herencia (16,4 %). (Tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a maloclusión según sexo antes de la intervención

Factores de riesgo	Masculino N=23		Femenino N=44		Total N=67	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hábitos deformantes	20	86,9	33	75,0	53	79,1
Micrognatismo transversal	3	13,0	4	9,0	7	10,4
Caries	5	21,7	3	6,8	8	11,9
Herencia	6	26,0	5	11,3	11	16,4
Diastemas interincisivos	4	17,3	3	6,8	7	10,4
Espacios de primate	4	17,3	2	4,5	6	8,9
Escalón distal	7	30,4	5	11,4	12	17,9

Luego de la intervención, se observó una disminución marcada de aquellos factores de riesgo modificables; solo tres niños mantuvieron la práctica de algún hábito deformante, y tres presentaron caries, lo que significó un 4,5 % respectivamente. (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a maloclusión según sexo después de la intervención

Factores de riesgo	Masculino N=23		Femenino N=44		Total N=67	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hábitos deformantes	1	4,3	2	4,6	3	4,5
Caries	2	8,7	1	2,3	3	4,5

Antes de aplicar la intervención, las calificaciones acerca del nivel de conocimientos se mostraron por debajo del 69 %, respecto a la gran mayoría de los factores de riesgo, lo que significó que todas las respuestas recogidas en la encuesta fueron calificadas de regular y mal. Solo en las preguntas sobre los hábitos deformantes, las respuestas tuvieron valores por encima del 50 %, o sea, regular. Después de aplicado el programa, solo las preguntas relacionadas con el escalón distal representaron calificación de regular, el resto se ubicó en el rango de bien. (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de conocimiento de los niños sobre factores de riesgo asociados a maloclusión antes y después de la intervención

Factores de riesgo	Nivel de conocimiento			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Hábitos deformantes	35	52,2	67	100
Micrognatismo transversal	0	0	47	88
Caries	26	38,8	57	85
Herencia	0	0	60	89
Diastemas interincisivos	14	20,8	51	76,1
Espacios de primate	0	0	50	74,6
Escalón distal	0	0	43	64,2

También en los padres existió desconocimiento sobre el tema. Los valores antes de la intervención oscilaban entre 3 % y 71,6 %; solo en las respuestas relacionadas con los hábitos deformantes se evaluaron de bien más del 70 %. Después de la intervención se alcanzó el 100 % de respuestas correctas en cuanto a los hábitos deformantes y la caries. (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de conocimiento de los padres sobre factores de riesgo asociados a maloclusión antes y después de la intervención

Factores de riesgo	Nivel de conocimiento			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Hábitos deformantes	48	71,6	67	100
Micrognatismo transversal	0	0	67	100
Caries	2	3	65	97
Herencia	16	23,9	56	83,6
Diastemas interincisivos	14	20,9	60	89,5
Espacios de primate	3	17,9	54	80,6
Escalón distal	2	3	45	67,1

Se observó una reducción en el número de niños con hábitos deformantes bucales, los cuales fueron eliminados en el 94,3 % (50 niños) de los 67 estudiados. (Tabla 5).

Tabla 5. Efectividad de la intervención realizada

Efectividad	Después	
	No.	%
Hábitos eliminados	50	94,3
Hábitos mantenidos	3	5,6

En entrevista a los padres, la mayoría (61) consideró que la participación en el programa les permitió identificar en sus niños aquellas condiciones que pudieran ser causa de maloclusión. Además, 50 padres consideraron que la participación de sus hijos en el programa, favoreció el abandono de los hábitos deformantes por parte de los niños.

DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido observar el comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a maloclusión, en una etapa de la niñez en la que se está iniciando el tránsito de la dentición temporal a la permanente. Es importante trabajar sobre los factores de riesgo modificables, pero más importante aún, es hacerlo de manera precoz, cuando aún hay tiempo para corregir, prevenir, educar. La inclusión de los adultos cercanos al niño, como participantes en la intervención, tiene como propósito cubrir todas las esferas en las que este se desempeña; que encuentre en la casa y en la escuela conceptos y patrones de conducta similares.

Las intervenciones educativas relacionadas con salud bucal en niños, generalmente son efectivas, por lo que expresan sus resultados, al menos a corto plazo. En este estudio el factor de riesgo asociado a maloclusión que prevaleció, tanto afectando a los niños como en lo relacionado a su reconocimiento como tal, fue el hábito deformante. Luego de aplicar el programa educativo, se observó una disminución marcada de aquellos factores de riesgo modificables, o sea, los hábitos deformantes y la caries. Solo tres niños mantuvieron la práctica de algún hábito deformante, y tres presentaron caries. El micrognatismo transversal no se presentó en un alto porcentaje, tal vez debido a la edad de los niños, en la cual las manifestaciones clínicas de los factores que pueden causar estrechamiento de las arcadas, aún no se ha expresado completamente.[11]

Estudios precedentes[2,6-8] sugieren que existe una estrecha relación entre prevalencia de maloclusiones y algún tipo de hábito, y que mientras la duración e intensidad del hábito aumenta, también lo hace la probabilidad de desarrollar maloclusiones. Lo ideal sería lograr que el mayor número de niños llegase a la edad de cinco años con la práctica de hábitos perjudiciales ya erradicada. En ello juegan un importante papel todas las acciones de promoción y divulgación, desde las emitidas por los medios de difusión masiva, hasta las que desarrolla el estomatólogo de manera individual con cada paciente.

La intervención oportuna, con el diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones, evita el agravamiento del cuadro clínico, la remisión al segundo nivel y la inversión de mayor cantidad de recursos, inevitable en el tratamiento de maloclusiones ya instauradas, de ahí la importancia de la intervención temprana.[1,6,10]

Al referirse a la herencia como factor de riesgo, Proffit[11] plantea que en la actualidad se ha podido establecer la heredabilidad relativamente alta de las dimensiones craneofaciales y relativamente baja de los arcos dentales, pero sigue sin conocerse la influencia que ello puede tener en la etiología de las maloclusiones.

Otros estudios cubanos han incluido además de los niños y sus padres, a los educadores (maestros, instructores, etcétera.) en sus respectivas intervenciones, no solo sobre hábitos deformantes y maloclusiones, sino para mejorar la salud bucal en general.[5,9] La participación y cooperación de estos fue vital para el buen desarrollo de la intervención, ya que se trata de niños pequeños, que requieren de una enseñanza más individualizada. Las técnicas utilizadas permitieron que los niños unieran la diversión con el aprendizaje, y que el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de maloclusiones fuera mejorado de una forma amena. Otra técnica empleada fue la mioterapia, específicamente lingual y del orbicular de los labios, que de alguna manera también apoya la eliminación de hábitos deformantes, como el empuje lingual y la succión digital, importantes factores de riesgo de maloclusiones.

También en los padres existía desconocimiento sobre el tema. Los valores antes de la intervención oscilaban entre 3 % y 71,6 %; solo en las respuestas relacionadas con los hábitos deformantes se evaluaron de bien más del 70 %. Después de la intervención se alcanzó el 100 % de respuestas correctas en cuanto a los hábitos deformantes y la caries, resultado muy alentador si se tiene en cuenta que estos últimos constituyen factores de riesgo desencadenantes de maloclusiones y por tanto pilares de esta enfermedad, debido fundamentalmente a la posibilidad real de actuar sobre ellos desde edades tempranas.

Si se tiene en cuenta que la efectividad no es más que la habilidad de una intervención para lograr el efecto deseado en términos de reducir o solucionar un problema, entonces la intervención fue efectiva, pues se logró reducir el número de factores de riesgo asociados a maloclusiones, en particular hábitos deformantes y caries, así como elevar el nivel de conocimientos en niños y padres acerca de ellos.

.....

ANEXOS

ANEXO 1

Programa educativo sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones

Dosificación: dos encuentros con una duración de 45 minutos; frecuencia semanal

Temas:

1. Hábitos bucales deformantes
2. Caries dental

Objetivos:

1. Explicar que los hábitos pueden ser beneficiosos y perjudiciales, como los bucales deformantes.
2. Mostrar los diferentes hábitos bucales deformantes (succión digital, empuje lingual, respiración bucal, succión de biberón, tete y otros).

Coordinador: Estomatólogo especialista en Estomatología General Integral.

Destinatarios: Niños de círculos infantiles y escuelas primarias y sus padres.

Lugar: Aula correspondiente a los niños de preescolar.

Medios educativos:

1. Cepillo dental
2. *Type-odont*
3. Láminas y fotos
4. Afiches de salud bucal
5. Cuento

Técnicas educativas

1. Exposición oral: a cargo del coordinador; se utiliza en la introducción, una parte del desarrollo y al final para integrar el conocimiento.
2. Interrogatorio: se utiliza para despertar el interés central, la atención y la reflexión sobre aspectos importantes. Se dirigen preguntas al grupo, sin interrogar directamente a ningún participante. Se hace después de la presentación del tema y para resumir acápites de este.
3. Demostración: se explica la actividad a realizar, repitiéndola paso a paso, enfatizando en los aspectos centrales y aclarando las dudas que surgieron. Se invita a los participantes a repetir el procedimiento y corregir errores, reforzando lo correcto.
4. Dinámica de grupo: se basa en la discusión de un tema por un grupo no mayor de 15 personas, bajo la conducción de un moderador. Es útil para modificar conductas negativas, así como llegar a conclusiones con ayuda del grupo.
5. Técnicas afectivo-participativas: se fundamenta en la realización de tareas concretas por parte de los asistentes, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar la cohesión, la reflexión, o el análisis sobre un tema determinado. Incluye actividades de presentación y animación, con el propósito de desarrollar la participación al máximo, para crear un ambiente fraterno y de confianza durante las jornadas de capacitación, tanto al inicio como después de momentos intensos y de cansancio.

Técnicas cualitativas

Grupos focales: se compone de no más de 12 personas homogéneas en cuanto a variables de interés y experiencia vital.

Características:

1. Ambiente privado sin interrupciones.
2. Se selecciona un moderador y un relator.
3. El moderador y el relator deben establecer contacto ocular con todos los participantes y estos entre sí.
4. Debe prepararse una guía con los temas a tratar, debe ser flexible transitando desde temáticas generales a temas más a fondo.
5. Se deben prever transiciones o material de estímulo.
6. Exige un moderador bien preparado que conduzca el esquema de la conversación.
7. Su duración debe fluctuar entre una hora y media o dos horas.
8. El relator debe anotar el contenido del debate teniendo en cuenta: intervenciones (exactas), reacciones emotivas y aspectos de interacción grupal.

Encuentro 1: Chuparse el dedo, un mal remediable

Tema: Hábitos bucales deformantes

Objetivos:

1. Explicar las consecuencias negativas de los hábitos deformantes bucales.
2. Mostrar a través de fotografías y láminas, las consecuencias de la succión del pulgar, así como de otros tipos de hábitos.

Contenido: Hábitos bucales deformantes. Concepto. Tipos. Importancia de la prevención de los hábitos.

Métodos y procedimientos: Motivar la participación de los niños a través de preguntas, por ejemplo: ¿Por qué se consideran importantes los dientes bien alineados? Se escuchan criterios y se debaten. Al final se fundamenta la importancia de una correcta alineación y contacto de los dientes (con apoyo en la muestra del *type-odont*) y su relación con la estética, masticación, pronunciación; se puntualiza que cuando estos no existen, se ven afectadas dichas funciones. Se debate en el grupo con un lenguaje asequible a los niños sobre los daños de los hábitos.

Encuentro 2: Jorgito el goloso

Tema: Caries y dieta cariogénica

Objetivos:

1. Exponer las causas que provocan la caries dental.
2. Explicar cómo influye la dieta cariogénica en la formación de la caries.
3. Mostrar a través de fotografías, láminas y un cuento, las consecuencias de la caries dental.

Contenido: Caries dental. Concepto. Tipos. Importancia de la prevención de las caries. Métodos para prevenirla.

Métodos y procedimientos:

Se motiva la participación de los niños a través de preguntas, por ejemplo: ¿Por qué se consideran importantes los dientes libres de "bichitos picamuelas"? Se escuchan los criterios y se debaten. Al final se da una valoración sobre la importancia del cuidado bucal para no adquirir caries. Se narra el cuento de Jorgito el goloso. Se brindan consejos a los padres de los niños. Se debate sobre los daños de las caries, con un lenguaje asequible para los niños.

Jorgito el goloso

Había una vez, un niño llamado Jorgito. Todos lo llamaban el goloso, porque le gustaba comer dulces y caramelos. Pero no le gustaba cepillarse los dientes y no obedecía a su mamá. Un día comió por la noche y no quiso ir al baño a cepillarse los dientes. Cuando estaba durmiendo, sintió un fuerte dolor de muelas. Era un bichito feo y grande que caminaba por encima de los dientes con un martillo, a la vez que decía: Que bueno ja, ja, ja. Cavaré hasta encontrar mis pedacitos de caramelos y este niño se quedará sin muelas. Cuando despertó tenía la cara muy inflamada y no paraba de llorar, su mamá le dijo: No te preocupes, te llevaré al dentista, pero eso te pasa por no escuchar mis consejos.

Al llegar a la Clínica, el estomatólogo le enseñó todos los equipos con los que se ahogan los hombrecitos comemuelas. Al principio sentía mucho miedo, pero al saber de donde salía el agua y el aire con que se secan las muelas comprendió que cepillarse los dientes era lo más importante, y que no debía tener miedo de algo que no era tan desagradable y sí muy necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galeano G, Mocha SP, Osorio SM, López DE,

Tobón FE, Agudelo AA. Oclusión y hábitos bucales en niños de 5 a 12 años de una institución educativa de Medellín, 2012. Rev Nac Odontol. 2013 ; 9 (17): 17-25.

2. Medina CA, Crespo O, Da Silva L. Factores de riesgo asociados a maloclusión en pacientes pediátricos. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet]. 2010 [cited 11 Ene 2016] ; 48 (2): [aprox. 6p]. Available from: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art15.asp.

3. Mora C, Gil M, Álvarez I, Cardoso M, Álvarez P, Oliva C. Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. Medisur [revista en Internet]. 2014 [cited 11 Ene 2016] ; 12 (6): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600005&lng=es.

4. Bume LJ. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. I. The biogenetic course of the deciduous dentition. J Dent Res. 1950 ; 29 (2): 123-32.

5. Ruiz N, Díaz JE, Cariacedo EM, Álvarez E, Vargas Y, Soberats M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. Correo Científico Médico de Holguín [revista en Internet]. 2014 [cited 12 Ene 2016] ; 18 (4): [aprox. 28p]. Available from: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1815/546.

6. Acevedo K, Belussi K, Figueira K, Quirós O. Estudio descriptivo de prevalencia de las causas de maloclusiones en el Servicio de Odontología del Hospital San Juan de Dios Feb-Mar 2013. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopedriatia [revista en Internet]. 2013 [cited 6 Ene 2015] [aprox. 3p]. Available from: https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art17.asp.

7. Díaz H, Ochoa B, Paz L, Casanova K, Coca Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. Medisur [revista en Internet]. 2015 [cited 11 Ene 2016] ; 13 (4): [aprox. 5p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2848/1834.

8. Mendoza A, Asbún P, Crespo A, Gonzáles S, Patiño R. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev Bol Ped [revista en Internet]. 2008 [cited 8 Ene 2015] ; 47 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000100002&script=sci_arttext.

9. Álvarez I, Lescaille Y, Mora C, Pieri K, González B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [revista en Internet]. 2013 [cited 11 Ene 2016] ; 11 (4): [aprox. 11p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543/1279.

10. Campos FM. Prevalencia de maloclusión en las escuelas del distrito de Tacares, Grecia. 2011. Publicación Científica Facultad de Odontología [revista en Internet]. 2013 [cited 11 Ene 2016] (15): [aprox. 16p]. Available from: http://www.fodo.ucr.ac.cr/sites/default/files/revista/Prevalencia de maloclusion en las escuelas del distrito de Tacares Grecia 2011.pdf.

11. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia contemporánea. 4ta. ed. Barcelona: Elsevier España; 2008.