

# “HÁBITOS ORALES COMUNES NO FISIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN EN LA APARICIÓN DE MALOCLUSIONES”

Nery Guillermo García García, Estudiante.

[e.ngarcia@sangregorio.edu.ec](mailto:e.ngarcia@sangregorio.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-4502-7413>

Universidad San Gregorio De Portoviejo.

## RESUMEN

Los malos hábitos orales incurren como uno de los principales factores de aparición de malformaciones y parafunciones dentro de la boca, es necesario saber el manejo de los pacientes antes de que el hábito se instaure y la formulación de conciencia para el desarrollo de correctos tratamientos para erradicar el hábito. El objetivo de este trabajo es describir como los hábitos orales comunes no fisiológicos se relacionan con la aparición de maloclusiones. Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura en bases de datos: Pubmed, Scielo, Redalyc, artículos publicados sobre hábitos orales lesivos. En la actualidad, los problemas bucales se encuentran en auge en edades preescolares y escolares, a nivel mundial los hábitos orales perniciosos son los principales factores activadores de maloclusiones, en la revisión no se constató abundante información sobre estudios realizados en Ecuador sobre los hábitos orales perniciosos, se demuestra que los niños de edades escolares y preescolares son predisponentes a desarrollar un mal hábito oral y a desencadenar una maloclusión, pero es cierto, que los estudios en adultos también refieren que los hábitos que se prolongan más allá de la adolescencia causan maloclusiones. Los hábitos orales no fisiológicos se encuentran dentro de las principales causas de las maloclusiones, los más comunes son: la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, succión labial, la respiración bucal y la masticación de objetos. Esta investigación constituye una guía para la detección de los hábitos perniciosos instaurado y a su vez proporcionar la relación que existe con la formación de maloclusiones.

**PALABRAS CLAVE:** hábitos bucales lesivos; mordida abierta anterior; mordida cruzada; ortodoncia; maloclusiones.

## **ABSTRACT**

Bad oral habits are one of the main factors in the appearance of malformations and parafunctions inside the mouth, it is necessary to know the management of patients before the habit is established and raise awareness for the development of correct treatments to eradicate the habit. The objective of this work is to describe how common non-physiological oral habits are related to the appearance of malocclusions. A bibliographic review of the literature was carried out in databases: PubMed, SciELO, Redalyc, articles published on harmful oral habits. Currently, oral problems are on the rise in preschool and school age groups, harmful oral habits are the main activating factors of malocclusions worldwide, the review did not find abundant information on studies carried out in Ecuador on harmful oral habits, it is shown that children of school and preschool age are predisposing to develop a bad oral habit and trigger a malocclusion, but it is also true that studies in adults report that habits that last beyond adolescence cause malocclusions, too. Non-physiological oral habits are among the main causes of malocclusions, the most common are finger sucking, tongue thrust, onychophagia, lip sucking, mouth breathing and chewing of objects. This research constitutes a guide for the detection of the harmful habits established and in turn provides the relationship that exists with the formation of malocclusions.

**KEYWORDS:** Harmful oral habits; anterior open bite; cross bite; orthodontics; malocclusions.

## **INTRODUCCIÓN**

La investigación se enfoca en el estudio y clasificación de los hábitos perniciosos no fisiológicos más comunes en la cavidad oral y la relación que estas tienen con las maloclusiones.

El hábito bucal deformante (HBD) es una actividad incontrolada y automática, involuntaria, repetitiva y permanente en el período, que produce una alteración en la postura de los dientes y la relación entre los maxilares, que perturbe el crecimiento y la actuación de la musculatura bucofacial. De tal manera que varios estudios epidemiológicos ponen en manifiesto que los hábitos deformantes orales se presentan con tarifas de alta prevalencia, puesto que más del 60 % de la población infantil las presenta o son predisponentes a desarrollarlas (1,2).

Como introducción del tema, las maloclusiones son alteraciones bucodentales de etiología múltiple. La maloclusión es una alteración producida por una variedad de etiologías. Que según datos de la OMS se posicionan como el tercer problema más frecuente en cavidad oral, y según la OPS América Latina tiene un porcentaje alarmante en cuanto a cantidad de afectados por este problema de salud se refiere, con un 85% de la población que padecen de maloclusiones (3).

Los razonamientos actuales de aseo y la concienciación sobre las caries oral ha escatimado la atención que se le presta a los malos hábitos como patología, y se ha orientado hacia otros conflictos de la cavidad bucal semejantes, como las maloclusiones, que son anormalidades eficaces y morfológicas de los huesos, músculos y piezas dentarias que integran el complejo estomatognático, las cuales se caracterizan por no darse la relación natural entre las unidades dentarias con los demás dientes en el mismo arco y con el antagonista, lo que producirá un problema funcional y estético para la persona (4).

Muchas son las razones que pueden suscitar alteraciones o activar malposiciones de los dientes y que los maxilares se relacionen inadecuadamente. La exploración científica define al hábito cómo una rutina o práctica que se adquiere a través de la repetición común de un mismo comportamiento. Al inicio el hábito puede ser consciente y luego convertirse en inconsciente (5,6).

Los HBD son talantes parafuncionales que pueden llegar a normalizarse en determinado instante de la vida; no obstante, su insistencia en el tiempo puede guiar al desarrollo de una maloclusión. El rango y el tipo de deformación en la oclusión por la presencia de hábitos bucales en niños depende de la intensidad, la frecuencia y la persistencia del hábito, conocido como tríada de Graber, perseverancia de hábitos secundarios añadidos y de las características biotipológicas del paciente (7,1).

La prevalencia de maloclusión y la distribución de los diferentes tipos varían según la raza y el origen étnico. El factor genético se considera un factor etiológico. Es complejo llegar a conocer de forma específica la causa de la mayoría de las maloclusiones, pero existen procesos que se deben revisar al momento de crear un tratamiento (8,9).

En cuanto a la investigación, se plantea la siguiente interrogante, ¿existe una relación entre la instauración de un hábito oral nocivo y la formación de una maloclusión derivada del hábito?. El presente trabajo es de gran importancia científica en concreto para el

personal de salud bucal que pretenda mejorar la calidad de vida de sus pacientes, la investigación de enseñanza para el profesional y los pacientes.

La presente revisión se realizó con el siguiente objetivo general: Brindar información actualizada sobre los hábitos deformantes bucales y sus implicaciones sobre la salud bucal, y como objetivos específicos: Describir la relación de los hábitos orales no fisiológicos con las maloclusiones, definir los factores etiológicos relacionados con la aparición de hábitos deformantes bucales y enunciar las características clínicas de los hábitos orales no fisiológicos.

## **MÉTODO**

Para la realización de esta investigación se llevó a cabo una revisión bibliográfica. La investigación tiene un enfoque cualitativo y es de tipo descriptivo. La búsqueda se realizó en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Redalyc; además del metabuscador Google académico. Se emplearon las siguientes palabras clave como: hábitos orales perniciosos; succión digital; mordida cruzada; ortodoncia. Para ello, se empleó la técnica de análisis bibliográfico, a partir de la revisión de 200 artículos científicos, de los cuales se seleccionaron 28, además de dos libros desde el año 2016 hasta el 2021. Se seleccionaron aquellos artículos que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, estudios transversales y ensayos clínicos; idioma de publicación español, inglés y portugués; estudios realizados en pacientes jóvenes que presentan maloclusiones derivadas de hábitos orales lesivos. Como criterios de exclusión comprenden: artículos o estudios sobre pacientes en los que la maloclusión no se derive de un mal hábito; documentos de tesis de grado.

## **DESARROLLO Y DISCUSIÓN**

La prevalencia de los HBD varía entre las diferentes sociedades, razas y épocas. El alcance de estos efectos varía de un caso a otro, dependiendo de una amplia gama de variables que incluyen el hábito real empleado, la duración e intensidad del hábito y la relación inherente entre los dientes y el esqueleto. Algunas de las secuelas negativas asociadas con hábitos prolongados como chuparse el dedo y empujar la lengua incluyen una mayor incidencia de mordida abierta anterior, protrusión del incisivo superior, relación canina de clase II, relación molar escalonada distal, mordidas cruzadas posteriores e incompetencia labial (10).

Los HBD no fisiológicos, son factores causantes de malas oclusiones o de distintos tipos de deformaciones bucodentales, estos pueden alterar la formación normal del sistema estomatognático y provocar el desequilibrio que existe de fuerzas musculares bucales y periodontales lo que desemboca en una deformación ósea que tendrá mayor o menor repercusión según la edad en la que inicia el hábito, mientras más joven sea el paciente mayor repercusión tendrá el hábito debido a que el hueso joven es mucho más moldeable y se puede fácilmente modificar la posición correcta de los dientes y la relación o la forma de las arcadas (11).

Los hábitos se pueden catalogar en: primarios, secundarios y combinados. Los primarios son los nativos, desencadenados por un ejecutor etiológico y son de principio espontáneo por incompleta maduración funcional. Los secundarios son los que se producen como consecuencia de las alteraciones morfoestructurales provocadas por el hábito primario. Los hábitos combinados son la coexistencia de un hábito primario con uno secundario (1).

Según Arteaga Espinoza:

Hay diferentes categorías de oclusión dental defectuosa, entre las que se destacan: La oclusión dental defectuosa tipo 1 es la más común. La mordida es normal, pero los dientes superiores se superponen ligeramente sobre los dientes inferiores; La oclusión dental defectuosa tipo 2, llamada retrognatismo o sobremordida, se presenta cuando el maxilar y los dientes superiores se superponen de manera considerable al maxilar y dientes inferiores; La oclusión dental defectuosa tipo 3, llamada prognatismo o submordida, se presenta cuando la mandíbula inferior sobresale o se proyecta hacia adelante, lo que hace que el maxilar y los dientes inferiores se superpongan al maxilar y dientes superiores (11, p211-212).

La succión no nutritiva proporciona a los niños sensaciones de bienestar, placer emocional, protección, confort y satisfacción; es un comportamiento común en niños pequeños en varias poblaciones, su predominio es variable y depende de varios factores, como sexo, edad, método de alimentación, y el estado socioeconómico también puede ser una consecuencia de la industrialización y modernización, con más mujeres que trabajan y un período de amamantamiento más corto, que favorece la adopción de la succión digital y del chupete (1).

Las implicaciones de costo, tiempo y recursos del tratamiento de las maloclusiones causadas por hábitos orales prolongados son importantes para muchos pacientes, especialmente aquellos que no pueden permitirse atención adecuada para el tratamiento que necesitan recibir (10).

Los HBD son la principal causa de maloclusiones, entre el 56% al 75% de infantes de tres a cinco años, pueden desencadenarse solos o en conjunto, y se provoca por elementos externos en los que pueden actuar; se han estudiado y analizado por variedad de autores, después de las revisiones necesarias, se puede conocer cuál es la vía correcta para la atención y prevención del paciente integral, en cuanto a la presencia de las maloclusiones se encuentran entre el 35% y 75% a escala mundial, con una diferencia clara entre sexo y edad (12,13).

Los HBD deben diagnosticarse en las etapas iniciales, de no corregirse a tiempo progresan a problemas muy complejos, que desafían a corregirlos en una etapa posterior. En ocasiones, en casos severos, incluso se requiere cirugía ortognática para corregir la posición de la mandíbula alterada con tales hábitos (10).

Los HBD pueden causar alteraciones en el desarrollo facial, maloclusiones y recidivas, además de trastornos de las articulaciones temporo-mandibulares. En los últimos años, la importancia etiológica del factor genético se ha reducido, y se considera que muchas maloclusiones reconocen un origen postnatal (14,12).

Dentro de los hábitos deletéreos más frecuentes se encuentran: Succión digital, empuje lingual, succión labial, onicofagia y respiración bucal. Estos hábitos podrían alterar el crecimiento normal de las estructuras orofaciales y relacionarse con la maloclusión. Se ha observado una mayor preocupación por la apariencia dental durante la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta temprana (15).

El Hábito de respiración bucal (RB) es un hábito que puede desarrollarse por diversas razones. Como puede provocar muchas afecciones nocivas, el diagnóstico temprano es clave para el tratamiento. Un dentista pediátrico puede ser uno de los primeros profesionales de la salud en entrar en contacto con un paciente que presenta respiración bucal, por lo tanto, es importante tener un conocimiento sólido para realizar un diagnóstico correcto y un tratamiento efectivo (16).

Los factores etiológicos de la respiración bucal pueden ser: obstrucción nasal debido a: hipertrofia del tejido linfoide faríngeo; deformidades intranasales, desviación del tabique nasal, pólipo, tumor, cicatriz posoperatoria; rinitis alérgica; cornetes agrandados debido a alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa. Dormir con la boca abierta (17).

Quien presente el hábito de respiración bucal, se le pueden encontrar alteraciones de las cuales dependerán la frecuencia y la intensidad del hábito instaurado en este caso la respiración bucal, así como la predisposición que tenga el paciente para presentar un grado mayor o menor en cuando a efectos que provocan esta respiración atípica (18).

En cuanto a las características clínicas, los pacientes con respiración bucal tienen síntomas intraorales y extraorales característicos, los evidentes signos extraorales son entre muchos: incompetencia labial, labio superior corto, labios secos y con grietas, tercio facial inferior aumentado, ángulo mandibular aumentado, auras oscuras debajo de los ojos, fosas nasales estrechas, nariz pequeña, pliegues naso labiales suaves, posición típica de la cabeza en extensión; al mismo tiempo los signos intraorales más comunes pueden incluir: paladar profundo o en gota, arco superior en forma de V, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior, resalte Aumentado, maloclusión clase II, gingivitis en dientes frontales (17).

Por lo tanto, la identificación y corrección del hábito de respiración bucal permite minimizar las repercusiones en cuanto maloclusiones se refiere, así como alteraciones en la funcionalidad, en la estructura, postura, en oclusión y también en cuanto comportamiento, que según Chauca Saavedra “podría causar el síndrome de respiración bucal; llevando a consecuencias negativas en la calidad de vida de estos individuos debido a su impacto personal, físico, psicológico y social” (18, p45), es decir que podremos evitar algún trauma futuro físico y también psicológico, a la vez que evitaremos la aparición de las múltiples maloclusiones que se pueden derivar de este HBD.

El hábito de succión digital (SD), también conocida como chuparse el dedo, provoca una deformación del hueso que dependerá de la fuerza y posición del dedo. La succión de tipo palanca varía según hacia donde se dirija el dedo, puede ser anteroposterior o postero anterior (19).

Dentro de las principales características clínicas se encuentran: mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior unilateral o bilateral, paladar profundo y estrecho, posición lingual baja, dedo con callosidades y de aspecto muy limpio entre otros (20).

Etiológicamente es multifactorial, en la cual se mezclan factores ambientales y genéticos. La existencia de un reflejo de succión no resuelto es muy común en este tipo de HBD. La SD esta también relacionada al apego con objetos entre los cuales pueden estar cobertores, muñecos de peluche, incluso una inadecuada lactancia materna (21).

Según Solís, dentro de la etiología de la succión digital se pueden encontrar:

- Instintivos: Como el hábito de la succión, el cual se considera funcional en las primeras etapas de la vida ya que es necesaria para la alimentación y nutrición,
- Placenteros: Como succión digital o chupón
- Defensivos: En este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos o con alguna complicación en las vías aéreas altas que no permitan una respiración nasal adecuada.
- Hereditarios: Como malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante, como, por ejemplo, las inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, etc.
- Adquiridos: En las personas con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente mantienen la fonación nasal, principalmente para los fonemas K, G, J, y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.
- Imitativos: En la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc. (20, p45).

De tal manera que la injerencia de la SD es tal que puede provocar malfuncionamiento físico como una maloclusión y a la vez un problema psicológico para el paciente, como lo explica Arias & Cortez: “capaz de producir anomalías dentofaciales y alteraciones en la función masticatoria, psiquis y estado de salud general.” (22, p30); también Solís nos dice que “La identificación oportuna de la succión digital en la población infantil es de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse” (20, p50); en pocas palabras, tratar a tiempo el hábito nos ayudara a evitar complicaciones futuras y corregir las malposiciones que existan.

El hábito de succión del labio (SL), según nos indica Arguello: “Consiste en la interposición labial e inversión del mismo sobre los bordes incisales de la arcada superior o inferior” (19, p24).

Conforme a un estudio de Navarrete et al. (23) realizado en instituciones educativas de la ciudad de Ambato, Ecuador, indica que entre 435 niños de edad escolar, en 206 no se encontraron hábitos de succión no nutritiva y 229 si mostraron un hábito de succión no nutritiva; de entre los cuales 43 presentaron succión de labio, siendo las niñas las que más predominancia a este tipo de hábito tienen, con 23 niñas con el hábito de succión labial instaurado y a su vez 20 niños con el hábito ya mencionado.

Entre las características principales de esta HBD existen: grietas labiales, resequedad labial, erosión, irritación y difuminación del borde de bermellón (19).

En cuanto al desarrollo de maloclusiones derivadas del hábito de succión labial, en el estudio realizado por Navarrete et al. (23) demuestran que el 38,6% de los niños estudiados presentan maloclusiones, siendo la más relevante dentro de succión labial el apiñamiento de dientes antero-inferiores con un 7.6% de los niños estudiados mientras que la giro versión de dientes y la desviación de la línea media ocupan cada una un 5.1% de los infantes estudiados; lo cual se traduce en que la instauración del hábito de succión labial puede provocar varias maloclusiones, que agrupados afectaran la correcta intercuspidad de piezas antagonistas provocando malestares físicos y estéticos en los pacientes que la padezcan.

La Onicofagia es el hábito que se expresa como mordedura compulsiva incluso llegando a la ingesta de las uñas, lo cual provocaría problemas de cutícula, lesiones en las uñas, agrietamientos, prolongados cuadros infecciosos, problemas en la posición de los dientes y en la gingiva. Por lo tanto, cuando se combina con otros problemas, resulta más necesario buscar ayuda psicológica (19,24).

Según un estudio realizado por Rodríguez et al. (25), utilizaron una muestra de 124 adolescentes del municipio Caimito de la Habana, Cuba, la onicofagia demostró una elevada incidencia dentro del sexo masculino dando un 21.7% de resultado en la población estudiada, de los 47 evaluados que presentan onicofagia, el 53,2% presentan anomalías dentomaxilofaciales.

Por lo consiguiente según el estudio de Rodríguez et al (25) el hábito se solucionó con ayuda de la aplicación de Aloe Vera como droga cruda, aplicada en las uñas de cada evaluado, presentando un porcentaje del 89.4% de evaluados que eliminaron el hábito, mientras que por lo contrario el 10.6% continua con el hábito, lo que significa que la atención adecuada del hábito en este caso de la Onicofagia se nos presenta como una

necesidad en esta población reducida más de la mitad presenta una deformación dento maxilofacial.

El empuje o protracción lingual es el movimiento o el acto de proyectar la lengua hacia los dientes de adelante, evento que se lleva a cabo en la deglución, afectando principalmente a los dientes anteriores. Esta se va a dividir, dependiendo de sus características y su etimología en simple y complicada (5).

El empuje lingual simple se da por una contracción labial junto con la de músculos tales como los mentonianos y los que elevan la mandíbula; presenta mordida abierta anterior muy característica de este tipo de hábito. En cuanto al empuje lingual complejo, se encuentra un empuje de la lengua y deglución con dientes espaciados, contracción labial, así como contracción de músculos de la cara y del mentón, presenta adaptación oclusal inestable en piezas como incisivos, caninos y premolares; además de también presentar una mordida abierta anterior evidente (5,26).

Protracción lingual complicada: también conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante (5).

Según un estudio de Parra & Zambrano (5) en el 2018, en México la protracción lingual ocupa el 6.2% de todos los pacientes con HBD y además en el mismo estudio nos deja claro que el empuje lingual que apareció en edades entre los 2-4 años desaparece con la edad, concretando que, en la adolescencia muchos de ellos ya no presentaban empuje lingual, sin embargo cabe recalcar que el empuje lingual provoca cambios físicos en las maxilas y en la intercuspidad de las arcadas dentales, provocando como ya se indicó anteriormente marcadas mordidas abiertas que si no son corregidas pueden trascender hasta la edad adulta.

El Bruxismo es un hábito involuntario, parafuncional, que aparece como una respuesta a varios estímulos de psique o externos. La característica principal de este hábito es el íntimo contacto parafuncional de dientes antagonistas, apretando o inclusive mordiendo sin intenciones alimenticias. Se considera al bruxismo como uno de los estados que más pueden perjudicar a la cavidad oral, además de ser catalogado como un factor de riesgo en trastornos de la atm y en particular para el dolor miofascial (27,28).

Etiológicamente hablando el bruxismo es de tipo multifactorial y provoca mucha controversia debido a su origen, dado a que es complicado dar con un motivo claro para la aparición de este. Como indica Nápoles et al.: “Que en la literatura médica existen disímiles enfoques al respecto, de manera que las hipótesis fisiopatológicas son diversas y que no hay un factor único responsable del bruxismo” (29, p2).

El bruxismo es un proceso no fisiológico que puede provocar destrucción de las piezas dentarias e hipertonicidad de los músculos faciales, según estudios que existe un tipo de bruxismo que ayuda a la dentición permanente a emerger, como nos lo indican Álvarez et al.: “se considera que existe un bruxismo fisiológico necesario para el desarrollo de la cara de los niños” (30, p1), por lo tanto, el bruxismo puede llegar a ser también un proceso fisiológico en edades tempranas para lograr un correcto desarrollo facial, al igual que la succión nutritiva ayuda a la correcta formación y tonicidad de los músculos faciales.

## **CONCLUSIONES**

Para concluir, la mayoría de artículos referenciados en este proyecto de investigación evidencian las relaciones que existen entre los hábitos orales más comunes y no fisiológicos con la aparición o formación de maloclusiones y demuestran que son una de sus principales causas.

La información acerca de los hábitos bucales deformantes más comunes es actualizada y fundamentada, dejando clara la intención de dar a conocer las implicaciones que estas tendrán sobre la salud bucal de las personas. Entre los principales factores etiológicos relacionados con la aparición de estos hábitos deletéreos tenemos: Ansiedad, imitación a otros niños, pérdida prematura de dientes anteriores, macroglosia, anquiloglosia, obstrucción nasal.

Los pacientes con hábitos deformantes orales presentan diferentes características clínicas dependiendo del hábito entre las más comunes están: Protrusión de incisivos superiores, mordida abierta anterior, mordida invertida posterior, los cuales son problemas relacionados con los hábitos de succión digital, empuje lingual, respiración bucal y queilofagia.

La investigación concluye como un compendio de generalidades, características propias y etiología de cada hábito oral y como la conjunción de ellos puede desencadenar problemas orales como las maloclusiones. Como último recurso, se debe promover a la comunidad investigativa y científica dentro del Ecuador a realizar más estudios enfocados

en la población, debido a que en el país es muy poca la información que se puede encontrar acerca de esta problemática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima Illescas MV, Soto Cantero LA. Hábitos bucales lesivos en estudiantes de 4 a 15 años, en Cuenca, Ecuador. Invest Medicoquir [Internet]. 2020 [citado 22 Jun 2021];, 12(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/602>
2. Rodríguez García Nelia Margarita, Horta Muñoz Dania María, Vences Reyes Nelkys. Tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con auriculoterapia: Treatment of oral deforming habits in children of 4 to 13 years using auriculotherapy. AMC [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Jun 22]; 21(6): 740-752. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000600007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000600007&lng=es).
3. SIVELY, Mercado, et al. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. Revista KIRU, 2018, vol. 15, no 2.
4. Pino RIM, Álvarez MOL, Benavides SY, et al. Maloclusiones según el Dental Aesthetic Index en estudiantes de séptimo grado. Acta Med Cent. 2020;14(3):359-367.
5. PARRA-IRAOLA, Sandra Susana; ZAMBRANO-MENDOZA, Andrea Gissela. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revisión sistemática. International journal of odontostomatology, 2018, vol. 12, no 2, p. 188-193.
6. Chamorro, A. F.; García, C.; Mejía, E.; Viveros, E.; Soto Llanos, L.; Triana, F. E. & Valencia, C. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev. CES Odontol., 29(2), 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759180>
7. CORONEL, Katherine Delgado; JÁCOME, Heidy García. EFECTOS CAUSADOS POR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL EN ETAPA INFANTIL. Revista Científica Especialidades Odontológicas UG, 2019, vol. 2, no 1.
8. Méndez J, Rotela R, González A. Prevalencia de Maloclusión en niños de 6 A 12 años de la ciudad de Coronel Oviedo, Paraguay, Año 2016. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2020; 18(2): 86-92
9. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia contemporánea. 4ta ed. (versión en español). España: Ediciones Esevier; 2008, p. 130.

10. Zakirulla M, Alshehri AD, Hodaybi AH, Fageeh SN, Alghothimi AA, Ali MG, et al. Oral habits: Prevalence and effects on occlusion among 7 to 13 years old school children in aseer, Saudi Arabia. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [Internet]. 2020;20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/pboci.2020.094>
11. ARTEAGA ESPINOZA, Shirley Ximena et al. La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, [S.l.], v. 3, n. 6, p. 207-216, jul. 2019. ISSN 2610-8038. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/341>. Fecha de acceso: 26 jun. 2021 doi: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v3i6.341>.
12. Gálvez Moya M, Ramos Hurtado I, Jiménez Mesa LM. Acciones educativas sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. *Medicentro (Villa CI)*. 2018;22(3):277–80.
13. Santana Delgado R, Castañeda Molerio IR, Pérez Morales VS, García Martínez Y, Ávila García M, Santana Delgado R. Consideraciones clínico-epidemiológicas de los defectos bucomaxilofaciales y su rehabilitación en el municipio Ciego de Ávila. *Mediciego* [Internet]. 2017 [citado 05 Jun 2017]; 22 (4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdcs161b.pdf>.
14. Mesa Rodríguez Nerina Yadira, Medrano Montero Jacqueline. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. *ccm* [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Jun 26] ; 21( 2 ): 458-467. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011&lng=es).
15. Ganapathi A, Prabakar J, Jeevitha M. Prevalence of malocclusion and its relationship with deleterious oral habits among 18-25 years old adults attending A private. Disponible en: [https://cibg.org.au/index.php/cibg/article/view/pdf\\_8163\\_9c1dacc63924c793f1ad6acdbe7dc74a.html](https://cibg.org.au/index.php/cibg/article/view/pdf_8163_9c1dacc63924c793f1ad6acdbe7dc74a.html)
16. Nadaf N, Krishnapriya .V, Shilpa G, Challa S, Ramakrishna V.V.V, Ganesh M. Mouth breathing-A harmful habit in a young child. *ARC Journal of Forensic Science*. 2018;3(2):25–9.
17. Valcheva Z, Arnautska H, Dimova M, Ivanova G, Atanasova I. The role of mouth breathing on Dentition development and formation. *Journal of IMAB* 2018 Jan-Mar; 24(1): 1878-1882.

18. Chauca-Saavedra CL. Síndrome del respirador bucal y repercusiones. spo. 2019;17(2):45–51.
19. Argüello Vélez P, Universidad Santiago de Cali, editores. Hábitos orales, un abordaje interdisciplinar. Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020.
20. Solís - Espinoza ME. Succión digital: repercusiones y tratamiento. spo [Internet]. 2018;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33738/spo.v17i1.114>
21. Tratamiento De Succión Digital En Niños. Revisión Sistemática. Restrepo, Claudia Cecilia.2, 2009, Rev. CES odontología, Vol. 22.
22. Arias Ladines J, Cortez Pilco D. EL HÁBITO DE LA SUCCIÓN DIGITAL COMO PRIMER FACTOR INFLUYENTE EN LA MALOCLUSIÓN Y FONACIÓN INADECUADA. Revista Científica Especialidades Odontológicas UG [Internet]. 2021;2(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.53591/eoug.v2i1.24>
23. Navarrete Angulo NE, Carrillo Valencia MI, Tello G. Relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en niños ecuatorianos. 2016 [citado 25 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/14597?mode=full>
24. Gordo CM. Onicofagia la mala costumbre de comerse las uñas [Internet]. Uadec.mx. [citado 25 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.cienciacierta.uadec.mx/articulos/cc50/onico.pdf>
25. Rodríguez Massón JA, Massón Amarán EC, Portal Macías LG, Ameneiros Narciandi O, editores. INTERVENCIÓN EN HÁBITO BUCAL DEFORMANTE ONICOFAGIA MEDIANTE APLICACIÓN DE ALOE VERA L. CAIMITO. 2020. Congreso Virtual de Estomatología 2020; 2020.
26. Cleall JF. Deglutition: A Study of Form and Function. Am J Orthod. 1965; 51: 566-94.
27. Herrera López IB, Núñez Concepción YL. Bruxismo del sueño y respiración bucal: un nuevo enfoque. Odontol Sanmarquina. 2018;21(2):127.
28. Ordóñez-Plaza, Miriam Patricia, Villavicencio-Caparó, Ébingen. Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. Revista Estomatológica Herediana, 2016. 26(3), pag.147- 150. <https://dx.doi.org/10.20453/reh.v26i3.2958>
29. Nápoles García D, García Cabrera L, Rodríguez Reyes O, Nápoles Méndez D. Tendencias contemporáneas de las bases fisiopatológicas del bruxismo. MEDISAN. 2017 Agos; 18(8): p. 1149-1156.

30. Alvarez-Gastañaga VA, Baldeón-López MC, Malpartida-Carrillo CD Mg Esp V. Bruxism in children and adolescents: A review of the literature. *Odovtos - Int J Dent Sci.* 2019;97–104.