

Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, 2012

Jose Carvajal, Carmiña Carvajal, Ermelinda Escudero y Marcelo Romero

J. Carvajal, C. Carvajal, E. Escudero y M. Romero.

Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Facultad de Medicina, Calle Final Colón
s/n
decano-med@usfx.edu.bo

M. Ramos,.(eds.) Ciencias de la Salud, Handbook -©ECORFAN-Bolivia - Sucre, 2014.

Abstract

Introduction: A habit is any act acquired through experience and regularly performed unconsciously. The importance of oral habits lies that they may interfere with the development of dental occlusion. **Objective:** To determine the prevalence of oral habits and its relation to malocclusions in preschool children, belonging to the RED 1, of the City of Sucre. **Methods:** It is an exploratory, descriptive and cross-sectional study, because by observing it was identified the prevalence of oral habits and their relationship to malocclusion in preschool children of the City of Sucre. The number of children included in this study was 263. The detection of different oral habits was conducted in two stages: 1) a dental assessment of the child. 2) interview with the parents of each child who participated in the study. **Results:** 39% of the studied population had at least one oral habit. The age group where a large number of cases with some kind of habits corresponds to 5 years of age, presenting 34%. The most common oral habit was mouth breathing with 48% and atypical swallowing with 45%. The prevalence by type of dentition was 56% in the late mixed dentition. The type of malocclusion that was most prevalent was dental crowding with 24%. **Conclusions:** Oral habits modify the position of the teeth, the relationship and the way that the dental arches save each other, interfering with the normal growth and function of the orofacial musculature.

Keywords: Bucal Habits, Malocclusions, Preschool

Resumen

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regularmente e inconscientemente. La importancia de los Hábitos Bucales radica en el hecho de que pueden interferir con el desarrollo de la oclusión dental. **Objetivo.-** Determinar la prevalencia de Hábitos Bucales y su relación con las maloclusiones en niños de edad preescolar, pertenecientes a la RED 1, de la Ciudad de Sucre. **Métodos.-** La presente investigación es de tipo exploratoria, descriptiva y transversal, porque mediante la observación se identificó la prevalencia de Hábitos Bucales y su relación con las maloclusiones en niños en edad preescolar de la Ciudad de Sucre, en el que se incluyeron 263 preescolares. La detección de los diferentes Hábitos Bucales se realizó en dos etapas: 1) valoración clínica odontológica del niño y 2) entrevista a cada papá de los niños incluidos en el estudio. **Resultados.-** El 39 % de la población estudiada presentó, al menos, un Hábito Bucal. El grupo etáreo donde se encontró un elevado número de casos con algún tipo de Hábitos corresponde al de 5 años de edad presentando un 34%. El hábito de mayor frecuencia fue la respiración bucal con un 48% y deglución atípica con un 45%. La prevalencia según el tipo de dentición con maloclusión fue del 56 % en la dentición mixta tardía. El tipo de maloclusión de mayor prevalencia presente fue el apiñamiento dentario con el 24%. **Conclusiones.-** Los Hábitos Bucales modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

Palabras Clave: Hábitos Bucales, Maloclusiones y Preescolares.

18 Introducción

Para definir como los Hábitos Bucales en los niños afecta el establecimiento de una oclusión normal, es necesario definir la normalidad. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto". Una definición "normal" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad.

Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y que le dé a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que se está en presencia de mal oclusiones.

Se puede considerar que el complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal, el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas se tiene una oclusión funcionalmente equilibrada. Los Hábitos Bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La mal oclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuando se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático. Sin embargo las mal oclusiones pueden aparecer sin que estos existan.

Las patologías odontológicas más prevalentes en la población son las caries, las periodonciopatías (enfermedades de los huesos y las encías), y en tercer lugar las anomalías dentomaxilares, que se definen como la deformación de los huesos maxilares y mal posición dentaria, y que pueden manifestarse desde temprana edad y progresar en el tiempo. Su prevalencia fluctúa entre 44,4 y 68,3% y la causa de su aparición se debe a múltiples factores, entre los cuales se puede nombrar la herencia, malnutrición, enfermedades generales y malos hábitos, pudiendo generalmente existir más de un factor causal de deformación. Por ejemplo, las anomalías dentomaxilares producidas por succión pueden corregirse espontáneamente si el mal hábito es suspendido gradualmente entre los 4 y 6 años. De no eliminarse este mal hábito, la anomalía se mantiene y agrava en dentición permanente, necesitando tratamientos más complejos.

Los Hábitos Bucales pueden modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla. Los profesionales de la salud como los pediatras, odontólogos generales u odontopediatras al valorar a sus pacientes infantiles deben identificar dichos Hábitos de manera precoz y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de maloclusiones.

Hábito es la repetición adquirida o por costumbre muy frecuente de un mismo acto, al principio se hace de forma consciente y luego de manera inconsciente. Por lo que los Hábitos al principio son fisiológicos y funcionales los cuales sirven como estímulo para el crecimiento dentomaxilofacial normal. Pero si estos Hábitos se vuelven deletéreos y persisten por tiempo prolongado se vuelven nocivos para el normal crecimiento dentomaxilofacial causando anomalías. (1-3)

Los malos Hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzcan una deformación ósea. Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete, produciendo alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocional, psicológico, alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y del aprendizaje.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

1. La edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.

2. El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.
3. La frecuencia de este, es decir el número de veces al día.

La succión, desde el nacimiento hasta los 2 años se considera normal, con la aparición de las piezas dentarias temporales, es reemplazada gradualmente por la masticación, por lo que se lo considera mal hábito cuando persiste estando las piezas temporales en boca.

En variadas investigaciones se ha comprobado que la succión de dedo, mamadera o chupete, puede ser la causante de malformaciones dentoalveolares (1,5) y que estas pueden ser revertidas si el mal hábito es eliminado entre los 4 y los 6 años. (6,8)

En el caso de la respiración bucal el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por desviación del tabique nasal, congestión nasal en gripes frecuentes y prolongadas, rinitis alérgicas, adenoides hiperplásicas, y la falta de aseo nasal.

La respiración bucal se considera un mal hábito cuando persiste, una vez superado el problema de obstrucción nasal.

Las alteraciones que puede producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo son alteración del cierre labial, alteraciones dentarias y maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias (9) alteraciones corporales.

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación.

En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y mal posición dentaria (10,13)

Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual en la deglución, el patrón de deglución infantil, que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca, contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.

Para solucionar el problema de los malos Hábitos Bucles es necesario un trabajo en equipo que incluya a profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, enfermera, profesor) y padres. Además es imprescindible contar con la participación activa del niño. Mientras más precoz se elimina el mal hábito, menores serán los daños que este causen. Es precisamente en esta etapa que es de vital importancia la colaboración de los pediatras, quienes controlan a los niños en sus primeros años, para que detecten estos malos Hábitos en sus inicios así como también expliquen y eduquen a las madres sobre la importancia de eliminarlos en forma temprana. Si ya existen alteraciones en la oclusión y/o el desarrollo dentofacial, los pediatras pueden observar algunos signos de estas mal oclusiones y ayudar al odontólogo a interceptarlas.

Las investigaciones extranjeras han estudiado la prevalencia de cada mal hábito en particular (succión de dedo, succión de chupete, respiración bucal, etc.), pero no en forma global. Los estudios chilenos al respecto son escasos (14), es por ello que considera importante realizar un estudio preliminar de la frecuencia de malos Hábitos en niños en dentición temporal.

Por lo anteriormente expuesto el objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia de Hábitos Bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar de la Red 1 de la Ciudad de Sucre, 2012, de tal manera que los resultados permitan establecer medidas preventivas en cuanto a los Hábitos y diagnóstico temprano de mal oclusiones, para que de esta manera se implementen tratamientos interceptivos de mal oclusión.

18.1 Materiales y métodos

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo exploratoria, descriptiva y transversal, porque mediante la observación se identificó la prevalencia de Hábitos Bucales y su relación con las mal oclusiones en niños en edad preescolar de la Ciudad de Sucre. Se tomó en cuenta los establecimientos públicos infantiles de la RED 1 Sucre (turno mañana y tarde), esta investigación se realizó entre los meses de Marzo a Junio, con el objetivo de conocer la prevalencia de Hábitos Bucales y su relación con las mal oclusiones.

Para la recopilación de datos se utilizó como instrumento una Historia Clínica confeccionada por los investigadores, todos los datos serán obtenidos mediante el examen clínico odontológico.

Métodos Teóricos

Histórico-Lógico

Este método permitió recabar información acerca de las investigaciones realizadas sobre la temática, así como los procesos que han seguido como solución, así mismo permitió enriquecer la investigación con información necesaria y así ver la evolución histórica que se tiene.

Análisis Documental

Se utilizó en la presente investigación la revisión de libros, revistas, documentos y sitios Web, que tienen que ver con el tema a investigar.

Sistematización

Permitió la organización de los resultados obtenidos del estudio sobre la prevalencia de Hábitos Bucales y su relación con las mal oclusiones en niños en edad preescolar, pertenecientes a la RED 1, de la Ciudad de Sucre.

Métodos Empíricos

Observación Científica

Para la elaboración del trabajo se realizó la revisión clínica odontológica a través de la inspección: La revisión odontológica a los niños preescolares, para recabar información necesaria para el llenado de la historia clínica.

Técnica

Entrevista

Fue aplicada a cada papá de los niños incluidos en el estudio.

Instrumento

Historia Clínica

Se elaboró una Historia Clínica (Ver Anexos N° 1), para almacenar los datos que fueron obtenidos durante la revisión clínica odontológica.

Población

La población de estudio estuvo constituida por el:

- Kínder La Recoleta (278)
- Kínder San Francisco (116)

De ambos géneros con edades de 3 – 5 años.

Selección de la técnica de muestreo

A partir de la población de estudio, se utilizó un muestreo, no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Niños de 3 - 5 años de edad.
2. Niños de los Kínderes La Recoleta y San Francisco.

Todos los niños que cumplieron con los criterios de inclusión fueron tomados en cuenta para el presente estudio.

Muestra

No fue necesario realizar ningún calculo muestral ya que se tomó en cuenta a todos los niños que se encontraban presentes en los kínderes en el momento de la revisión Odontológica, donde los niños se constituyeron en la muestra.

Cuyo número fue de: 263

Procesamiento de la información

El análisis de los datos se realizó en número y porcentaje, presentados en tablas.

18.2 Resultados y discusión

Resultados Obtenidos

Interpretación y Análisis de los Resultados de la Investigación

Tabla 18 Presencia de Hábitos Bucales según el Género

Género	Pacientes				Total	
	Hábitos Presentes		Ausencia de Hábitos		N°	%
	N°	%	N°	%		
Femenino	102	39	41	15	143	54
Masculino	87	33	33	13	120	46

Interpretación: En la investigación realizada de un total de 263 niños de edades comprendidas entre 3 a 5 años, el 54% corresponde al género femenino y el 46% al masculino, existiendo un número mayor de niñas que presentaron Hábitos Bucales, con un 39% y los varones un 33%.

Tabla 18.1 Presencia de Hábitos Bucales según el Grupo Etéreo

Edad	N° de Pacientes				Total	
	Con Hábitos Presentes		Sin Hábitos Presentes		N°	%
	N°	%	N°	%		
3	37	14	22	8	59	22
4	63	24	23	9	86	33
5	89	34	29	11	118	45

Interpretación: El grupo etéreo donde se encontró un elevado número de casos con algún tipo de Hábitos corresponde al de 5 años de edad presentando un 34%, para los 4 años un 24% y para los de 3 años un 14%.

Tabla 18.2 Tipos de Hábitos Bucales

Tipo de Hábito	Pacientes	
	N°	%
Deglución Atípica	45	24
Con interposición Labial	12	6
Con interposición Lingual	0	0
Respiración Bucal	48	25
Succión	19	10
Succión Digital	23	12
Succión Labial	9	5
Succión de Carrillos	7	4
Persistencia del Uso del Chupete:	15	8
Fonación	0	0
Postura	5	3
Onicofagia	0	0
Bruxismo	6	3
Otros Hábitos Cual (es)?	0	0

Interpretación: En la mayoría de los casos hubo presencia de Hábitos alrededor de las maloclusiones diagnosticadas. El hábito de mayor frecuencia fue la respiración bucal con un 48% y deglución atípica con un 45% seguido de succión Digital con un 12%, y en menor medida la succión labial, carrillos, Fonación, Postura, Onicofagia y bruxismo. Se encontraron un total de 189 hábitos.

Tabla 18.3 Tipo de Dentición

Hábito	Tipo de dentición							
	Temporal		Mixta Temprana		Mixta Tardía		Permanente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presencia de Hábito	28	15	59	31	15	8	0	0
Ausencia de Hábito	21	11	47	25	19	10	0	0

Interpretación: La prevalencia según el tipo de dentición fue de 26 % en la dentición primaria, en la dentición mixta temprana 56 %, en la dentición mixta tardía 18%, no se encontró paciente en dentición permanente completa.

En la dentición Mixta Temprana se encontraron niños con mayor cantidad de Hábitos Bucales.

Tabla 18.4 Tipo de Mal oclusión

Tipo de Mal oclusión		
	Nº	%
Protrusión Dentoalveolar	20	14
Protrusión Dentaria	23	16
Apiñamiento	35	24
Mordida Abierta Anterior	15	10
Mordida Profunda Posterior	25	17
Tope a Tope	10	7
Mordida Cruzada	10	7
Otros (biprotrusión)	6	5

Interpretación: El tipo de mal oclusión de mayor prevalencia presente fue el apiñamiento dentario con el 24%, seguido por la mordida profunda 17% y protrusión dentaria 16%; de los cuales la gran mayoría de los casos tenían la presencia de al menos un hábito. Así mismo también se pudo observar que varios pacientes presentaban más de una alteración dentaria del sector anterior.

Discusión

Existe un gran número de estudios que relacionan los distintos Hábitos Bucales, con la presencia de patología oclusal. La mayoría de estos Hábitos se producen en los primeros años de vida, así que tiene lógica relacionar estas fuerzas constantes con la deformación del macizo cráneo maxilar. El patrón genético es el que da la información definitiva.

De un total de 263 pacientes, se encontró que el 72% de niños en la población estudiada presentaban Hábitos Bucales, siendo el 39% niñas y el 33% niños y dentro de los niños sin Hábitos en porcentaje en las niñas es de 15% y el de niños 13% acercándose significativamente a lo reportado por Quirós O, y de Báez A. donde más del 60% presentó algún tipo de hábito, comportamiento diferente a lo reportado por Onyeaso y Sote, pero similar a lo que observaron Cepero y cols. (40) quienes reportaron una prevalencia mayor para mujeres. No obstante, a pesar de que en el presente estudio las mujeres fueron las que mostraron este tipo de Hábitos de manera más frecuente, la diferencia en relación con el grupo de mujeres no resultó ser significativa, de tal forma que en esta población, el género del niño no es relevante; la probabilidad de desarrollar el hábito en cuestión es similar para ambos géneros.

Ahora bien, de acuerdo con la edad de los preescolares, los grupos etarios de cuatro y cinco años presentaron una mayor prevalencia, condición que resultó ser significativa, lo que evidencia una estrecha relación entre esta variable con el evento de estudio. Conforme se incrementa la edad, el riesgo de desarrollar este tipo de Hábitos es mayor.

Esta investigación determinó que los pacientes del género femenino presentaron mayor prevalencia de Hábitos que el masculino, se identificó el tipo de dentición (temporal, mixta temprana, mixta tardía y permanente) predominando la mixta temprana con un total de 56%, de la cual el género femenino resultó con mayor porcentaje.

Ahora bien, al analizar los Hábitos Bucales, de todos los tipos de Hábitos que se incluyeron en el instrumento de medición se reportan en primer lugar la deglución atípica y respiración bucal, seguida de succión digital en mayor prevalencia en estos pacientes, lo cual se acerca significativamente con los resultados obtenidos en las investigaciones de Quiros O. (41) donde los respiradores bucales y la deglución atípica ocupan el primer lugar, seguidos por la succión digital, onicofagia, bruxismo y queilofagia; así como también los resultados de la investigación de Báez A. (19) donde reporta la respiración bucal y deglución atípica, seguidos de bruxismo y succión digital.

No coincidiendo con el estudio de Paredes donde en su estudio los Hábitos que se presentaron con mayor frecuencia de mayor a menor fueron; la respiración bucal, succión digital y uso de chupete. Las patologías más frecuentes fueron la mordida abierta y la compresión del maxilar. (42)

Para Romero-Maroto y col. el hábito que se presenta con mayor prevalencia es el chupete y el de menor es la succión digital. Si bien hay que destacar que de los 33 casos con succión digital, el 85% de ellos persiste más de 3 años, por lo que concluyo que aunque es un hábito poco frecuente, la duración es alta, es un hábito difícil de superar por lo que se le debe dar especial énfasis en su prevención.

La mal oclusión del sector anterior con mayor prevalencia es el apiñamiento dentario, mordida profunda seguida de protrusión dentaria, coincidiendo esto con Quirós O. solo en el apiñamiento dentario y la mordida profunda, siendo estas características bucales condiciones que se presentan mayormente en la etapa de dentición mixta no así la protrusión dentaria anterior esto no quiere decir que estas alteraciones no estén relacionadas a los Hábitos manifestados en los pacientes. No se encontraron reportes específicos de las alteraciones en el sector anterior asociados a los Hábitos bucales.

Sin embargo este estudio no coincide con el Recife donde estudio a 330 niños de cuatro años en Brasil con el fin de determinar la prevalencia de mal oclusión siendo esta del 49,7% y que dentro de ese grupo, un 28,5% de los niños presentan dos o tres factores que contribuyen a esa mal oclusión, siendo el chupete y succión digital unos Hábitos directamente relacionados con la mal oclusión. Dentro de ese porcentaje de mal oclusiones causadas por hábitos, un 12,1% son mordida cruzada posterior, un 36,4% de mordida abierta anterior y un 29,7%, resalte aumentado (43).

Warren, en su estudio en niños con dentición temporal defiende que la succión digital y el chupete producen alteraciones oclusales (aumento del resalte y tendencia a mordida abierta anterior) y también que producen tipos de mal oclusiones distintas: relaciona el chupete con la mordida cruzada posterior y la succión digital con el aumento del resalte. Sus resultados defienden que hay más prevalencia de mordida cruzada posterior en niños con uso de chupete más de 24 meses, el resalte y mordida abierta aumenta si el hábito dura más de 48 meses y la profundidad palatina a partir de los 36 meses (44).

18.2 Conclusiones

Los Hábitos Bucales anómalos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

El papel del odontólogo y del pediatra son básicos en la prevención de las mal oclusiones, ya que si el hábito es retirado a partir de los 3 años se evitarán transformaciones óseas y dentales. Los Hábitos deben tratarse cuanto antes valorando que se vaya a tener colaboración con el paciente porque si se espera mucho el hábito ya está más instaurado y es más difícil de superar. La detección precoz de las manifestaciones orales de estos Hábitos es básica para garantizar un buen pronóstico.

La prevalencia considerable que se pudo determinar con esta investigación debe orientar a todo profesional de esta área bien sea ortodoncistas, odontopediatras u odontólogos generales a unir esfuerzos para guiar a esos pacientes que llegan a las consultas explicándole a cada representante y al mismo niño o adolescente la importancia de atacar a tiempo dichos hábitos.

Es importante que los programas educativos hacia la salud bucal involucren estos conocimientos acerca de estas implicaciones y que hagan conciencia en esos niños.

18.3 Recomendaciones

Aplicar programas educativos y terapéuticos sobre los Hábitos Bucales por parte de los odontólogos generales, integrales y médicos de familia, principalmente en centros educacionales y con la participación de la comunidad, para controlar este factor de los riesgos que provoca mal oclusiones y que constituye un problema de salud en la población infantil.

18.4 Agradecimientos

Los investigadores agradecen a la Dirección de Investigación Ciencia y Tecnología (DICYT) de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca por el apoyo brindado en el desarrollo del presente trabajo.

18.5 Referencias

Águila R., Roselló J., Enríquez E. Prevalencia de maloclusiones en dentición. Revista Cubana de Estomatología 1980, Vol. 17, N° 2. Págs.: 79-83 (24)

Am J OrthodDentofacialOrthop 2002; 121: 347-56. (44)

Aristigueta, R. (1989). Ortodoncia preventiva clínica. 2da. Edición. Ediciones Monserrate LTDA. Bogotá Colombia. (31)

Attia Y: Middlinediastemas: closure and stability. AngleOrthod 1993; 63: 209-12. (10)

- Báez, A; Morón, A; Lúchese, E; Salazar, C; Rivera, L; Rivera, F. Aproximación al perfil de oclusión dentaria en preescolar del municipio Maracaibo. *Acta odontológica* vol. 37 N°2 1999 pág. 11 a 20 (19)
- Bishara S. Ortodoncia. Ediciones McGraw Hill – Interamericana. 1ra edición 2003. Págs.: 47 (23)
- Canut, J. (2004). Ortodoncia clínica y terapéutica. Editorial Masson. Barcelona España.(32)
- Carhuahuanca M. Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa. <http://www.ceo.com.pe/005-revista-art02.htm>(25)
- Cepero SZJ, Hidalgo-Gato I, Duque ERJ, Pérez QJA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Rev Cubana Estomatol* [en línea] 2007; 44(41).
- Cortez; Ó.: (2000) Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa. http://www.ceo.com.pe/005_revista_art02.htm (22)
- De Nova García MJ, Planells del Pozo P, Marín Ferrer JM, López Manzaneque A., Barbeara Leache E, Moreno González JP: Succión digital como factor etiológico de maloclusión. *Odontopediatra* 1993; 2: 85-91. (1)
- De Rojo, H.; Deglución atípica, relación con las maloclusiones dentarias. Ed. Publicaciones Médicas Argentinas. (33)
- Educación en Bolivia. <http://educacionbolivia.yaia.com/historia.html> (27)
- Farsi NM, Salama FS: Sucking habits in Saudi children: prevalence contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatr Dent* 1997; 19: 28-33. (2)
- Garattini G, Crozzoli P, Valsasina A: Role of prolonged sucking in the development of dento skeletal changes in the face. *Review of the literature. Mondo Orthod* 1990; 15: 539-50. (14)
- Gregoret, J.: (2003) Ortodoncia y cirugía ortognatódica diagnóstico y planificación. Barcelona, España, Espaxs, S.A (26)
- Gregoret, Jorge; Ortodoncia y cirugía ortognática, diagnóstico y planificación. Ed. ESPAXS S.A. Barcelona, 1997. (34)
- Manual de actualización en Odontología; Articulación Temporomandibular: evaluación y criterios básicos. 2° edición, Mayo 2001. Ed. GRAFICA ECO S.A.C.I.F. e I., Argentina. (37)
- Marci, F. Prevención en ortognatología. *J. de clínica en Odontología*. no. 6: 13-28. Año 1997-1998.(30)
- Melsen B, Attina L, Santuari M, Attina A: Relationship between swallowing pattern, mode of respiration and development of malocclusion. *Angle Orthod* 1987; 4: 113-19 (12)
- Miranda, C; Villanueva, N; Sánchez, A.: (2003) Hábitos orales más frecuentes en una población de 5 a 13 años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar. http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/ (20)
- Moderr T, Odenrick L, Lindner A: Sucking habits and their relation to posterior crossbite in 4 year old children. *Scand J Dent Res* 1982; 90: 323-8. (3)
- Moyers; Manual de ortodoncia. 4° edición. Ed. Panamericano. Año 1992.(35)
- Paunio P, Rautava P, Sillanpa M: The Finnish family competence study: the effects of living conditions on sucking habits in 3 year old finish children and the association between habits and dental occlusion. *Acta Odontol Scand* 1993; 51:23-9. (4)
- Paredes A, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62: 261-5. (42)

- Parra, Y.: (2004) El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta 1996-2001. Acta odontológica venezolana N°2-42-2004
- Quirós, O.: (2003) Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. Acta odontológica. N° 41-1-2003
- Quirós, O.: (2003) Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. Actaodontológica. N° 45-1-2003
- Ravn JJ: Sucking habits and occlusion in 3 year old children. Scand J Dent Res 1976; 84: 204-9. (6)
- Reid DA, Price AH: Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking. Br J PlastSurg 1984; 37: 445-52. (8)
- Revista Cúspide, Fundación CREO; N° 8, Año 6, Septiembre 2003. Córdoba Argentina.(36)
- Romero M, Bravo A, Perez L: Open bite due to lip suck-ing: a case report. J ClinPediatr Dent 1998; 22: 207-10. (7)
- Rodríguez, C. Bruxismo en niños. <http://www.rodriguez.com/bruxismo.html-81k-> (21)
- Rodríguez, C. Bruxismo en niños. <http://www.rodriguez.com/bruxismo.html-81k-> (39)
- Schifman EL, Frictiion FR, Hasley D: The relationships of the occlusion parafunctional habits and recent life event to mandibular dysfunction in a non patient population. J Oral Rehabil 1992; 19: 201-223 (11)
- Stokes N, Della Mattia D: A student research review of the mothbreathing habit: discussing measurement methods, manifestations and treatment of the moth-breathing habit. Probe 1996; 30: 212-14. (9)
- Subtelny JD: Oral habits. Studies in form, function and therapy. AngleOrthod 1973; 43: 347-383. (13)
- Tornisiello CR, Rosenblatt A, Costa PP. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: Effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. Am J OrthodDentofacial. Orthop 2004; 126:53-7. (43)
- Unidad Educativa San Francisco. (28)
- Unidad Educativa La Recoleta. <http://www.correodelsur.com/2011/0614/20.php> (29)
- Van Norman RA: Digit sucking: a review of the literature, clinical observations and treatment recomenda-tions. Int J Orofacial Myology 1997; 23: 14-34. (5)
- Vega, M.P.: (2003) Estudio sobre el equipo básico escolar y su participación en programa de prevención de maloclusiones, en el distrito sanitario 4. Secretaria de salud de la alcaldía metropolitana de Caracas 1999. Acta odontológica venezolana N° 41-1-2003 v.41h.1 File://A\oclusión.htm (16)
- Vellini, Flávio (2004). Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. 2da. Edición. Editorial Artes Médicas LTDA. Sao Paulo Brasil.(38)
- Vera, A. :(2001) Relación entre deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado de dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. (18)
- Warren JJ, Bishara E. Duration of nutritive and non-nutritive sucking behaviours and their effects on the dental arches in the primary dentition.