

Artículo de investigación

Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle

Frequently oral habits in patients the area of pediatric dentistry at the Universidad del Valle

Andrés Felipe Chamorro¹ ✉, Catalina García¹ ✉, Eliana Mejía¹ ✉, Elizabeth Viveros¹, Libia Soto² ✉, Francia Elena Triana³ ✉, Carlos Valencia⁴ ✉

1. Estudiantes Pregrado Odontología, Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Colombia.

2. Odontopediatra, Docente Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Colombia.

3. Odontopediatra, Docente Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Colombia.

4. Especialista en Implantología oral, Docente Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Colombia.

Fecha correspondencia:

Recibido: octubre de 2015.

Aceptado: noviembre de 2016.

Forma de citar:

Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L, Triana FE, Valencia C. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev. CES Odont 2016; 29(2)

Open access

© Derecho de autor

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

ISSN 0120-971X

e-ISSN 2215-9185

Resumen

Introducción: Los hábitos orales son conductas parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida; pero cuando son persistentes en el tiempo pueden causar alteraciones fisiológicas y morfológicas, que además pueden afectar su desarrollo psicológico y social. **Objetivo:** Determinar cuáles son los hábitos orales más frecuentes en niños de 5 a 12 años asistentes a la clínica de odontología pediátrica y ortopedia maxilar de la Universidad del Valle entre los años 2007 y 2012. **Materiales y métodos:** Se revisaron 209 historias de pacientes con edades entre los 5 y 12 años, se determinaron los hábitos presentes y se analizó la distribución de acuerdo a tipo de hábito, así como la relación con edad y género. **Resultados:** Del total de sujetos estudiados, 140 (67%) presentaban al menos un hábito oral, siendo más frecuente en el género femenino. se determinó que el hábito oral que se presentó con mayor frecuencia fue el de respiración oral con un 36%, seguido de onicofagia con un 24%, y el hábito oral menos frecuente fue el de apretar los dientes con un 11%. **Conclusiones:** La alta prevalencia de hábitos, conlleva a la necesidad de que el Odontólogo general y el Odontopediatría sean capaces de detectar tempranamente signos de los mismos, con el propósito de la generación de anomalías dentomaxilares.

Palabras clave: Hábitos orales, respiración oral, onicofagia, niños, Odontopediatría.

Abstract

Introduction: Oral habits are parafunctional behaviors that may be normal at some point in life, but when they are persistent on time they can cause morphological and physiological alterations, that can also affect the social and psychological development. **Objective:** Determine which are the most frequent oral habits in children 5 to 12 years old attending pediatric and orthopedic dental clinic at University del Valle between the years 2007 and 2012. **Materials and methods:** 209 patient records were reviewed whit ages between 5 and 12 years old, present habits and distribution were determined according to the type of habit and the relationship was analyzed

Comparte



with age and gender. **Results:** From the total subjects studied 140(67%), at least one oral habit was present, being more frequent in females, it was determined that the most frequent habit was mouth breathing with 36% followed by nail biting with 24% and the least frequent of the oral habits was teeth clenching with 11%. **Conclusions:** The high prevalence of habits, leads to the need for the general practitioner and pediatric dentist will be able to detect early signs of this conditions whit the purpose to generate dento-maxillary anomalies.

Keywords: Oral habits, Mouth breathing, nail biting, children, Pediatric dentistry.

Introducción

La literatura científica define a hábito como una costumbre o práctica que se adquiere mediante la repetición frecuente de un mismo acto que llega a generar satisfacción.

En un principio un hábito puede ser consciente y luego convertirse en inconsciente; algunos hábitos orales son considerados fisiológicos o funcionales como la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, pero existen otros que son considerados no fisiológicos como la succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica entre otros y en su origen y establecimiento intervienen muchos factores que comprenden aspectos psicológicos y predisposiciones morfológicas, (1-3).

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido la relación entre algunos hábitos orales y trastornos del desarrollo (4); " la afección de las estructuras oro faciales dependerá de la frecuencia, duración , intensidad y dirección de la fuerza aplicadas al realizar las contracciones musculares de manera reiterada" (5); pero de igual forma se acepta que si realizan acciones correctivas en edades tempranas se tendrán más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, de igual manera eliminando el hábito antes de los 3 años edad es probable que el impacto generado por el mismo pueda corregirse espontáneamente (3-6).

Diferentes estudios muestran como los hábitos orales tienen un origen multicausal que pueden estar asociados a factores primarios que se consideran reacciones automáticas que pueden manifestarse en determinados momentos alterando el comportamiento normal, como por ejemplo situaciones de estrés, frustración y otros, pero también secundarios cuando se relacionan con dificultades con el entorno: Intrafamiliares, escolares, (6-10); Yassaei et al. (11), en una investigación realizada con hijos de veteranos de guerra americanos plantea como la boca es un órgano primario para expresar emociones y situaciones de estrés y en un estudio comparativo encuentra que estos niños desarrollan hábitos más temprano que otros niños y encontró que la prevalencia de hábitos orales anormales era significativamente más alta en hijos de militares incorporados y en prisioneros de guerra.

Los hábitos orales puede incidir en el normal desarrollo alveolares y craneofacial, alterando los patrones de crecimiento óseo y ocasionando mordidas abiertas anteriores y laterales o protrusiones dentarias, protrusiones dento alveolares y alteraciones en la erupción de uno o varios dientes, (10-15).

Entre los hábitos descritos en la literatura con mayor afectación del crecimiento orofacial se encuentran:

Deglución atípica: llamada también interposición lingual se origina por la interposición de la lengua entre los dientes al momento de deglutir. Si persiste en el tiempo la interferencia luego de la erupción de los dientes anteriores se origina una mordida abierta, (5-8); en el trabajo de a Ovsenik del 2009, (16), se plantea la influencia de la lactancia materna en la maduración de los patrones de deglución normales lo cual ocurre según Graber entre los 2 y 4 años (citado por Ovsenik); Ovsenik también reporta prevalencias del 50% de deglución atípica en niños de 3 años de edad y del 25% en niños de 12 años lo que podría estar indicando un establecimiento más tardío de los patrones normales, según varios autores citados en este trabajo la deglución atípica es influenciado por la succión de dedo, uso de chupos, biberón, respiración bucal y habito de lengua.

Respiración oral: es un hábito muy común en pacientes en edad de desarrollo, la respiración es hecha por la boca, la lengua se ubica en una posición descendente para permitir la entrada del aire.

Normalmente la respiración oral está vinculada a pacientes con interposición lingual y del labio; sin embargo, Lopes et al en el 2014 (17) encontraron que una lactancia materna prolongada disminuye el riesgo de desarrollar este trastorno.

En el trabajo de Lopes et al también se mencionan como causas del trastorno en el patrón normal de respiración la posición al dormir, el clima, la succión de chupos y predisposiciones anatómicas.

Desde hace más de 150 años se estableció la relación entre respiración bucal y deformaciones faciales, (18), se ha descrito que el aire transita por la cavidad oral y como consecuencia, se desencadena un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se deforma y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico de cara larga o facie adenoideo. (3, 6-7, 12-15, 17). Souki et al, en el 2014 (18) también demostraron cambios en perfiles blandos en pacientes respiradores bucales.

Succión digital: hábito que consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral, generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 1,7 y el 47% (1,19), estas diferencias pueden explicarse por la edad a la que se realice el estudio, pues mientras en las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye. Las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, clase II, paladar ojival y mordida cruzada, (19-26).

Onicofagia: se define como una costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal, (27-28); según Williams, et al (2006) también se ha asociado con Disfunción témporo mandibular (29).

Bruxismo: En la mayoría de los estudios revisados se describe el bruxismo como una para función donde la mandíbula realiza movimientos no funcionales durante el día y/o la noche de forma voluntaria o involuntaria. En estos movimientos siempre

están involucrados los dientes, que se ponen en contacto con sus antagonistas produciendo un apretamiento o rechinamiento característicos. Los factores más relevantes relacionados con el bruxismo en niños son: Factores psicológicos, genéticos o de salud general del paciente. Factores odontológicos y los relacionados con el sueño (30-32).

La complejidad del manejo de los hábitos radica en que por lo general comienzan en la niñez, "*... lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del odontólogo al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados. Es importante además la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos*", (33).

Materiales y métodos

En total se revisaron historias clínicas correspondientes a 209 sujetos, de las cuales 140 (67%) presentaban al menos un hábito oral, para la recopilación de información se enumeró y se revisó cada historia clínica, y se completó el formato de recolección de datos con la información: Número de historia clínica, género, edad, nivel socio económico y tipo de hábito.

La información fue registrada en un formato diseñado para este fin, posterior a ello se creó una base de datos en Excel con el propósito de desarrollar un análisis estadístico que permitió determinar cuáles fueron los hábitos orales reportados y su frecuencia.

Como criterio de inclusión se tomó, estar en el rango de edad determinado (5-12 años) y tener diligenciada en la historia clínica la casilla de hábitos orales.

El análisis estadístico se realizó utilizando variables cualitativas, dando un valor de cero para ausente y uno para presente, los datos obtenidos fueron procesados y analizados con el programa estadístico STATA, mediante un análisis de varianza (ANOVA), que permitió contrastar las hipótesis sobre distribución de hábitos en los grupos etarios.

Para el análisis se planteó como hipótesis nula que no existen diferencias en la distribución de los diferentes hábitos orales estudiados, de acuerdo a los grupos etarios; y como hipótesis alterna que si existen diferencias en la distribución de los hábitos orales estudiados, de acuerdo a los grupos etarios.

El componente ético de esta investigación fue aprobado por el comité interinstitucional de revisión de ética humana de la Universidad del Valle según acta 013-013 del 13 de Junio de 2013.

Resultados

De un total de 209 pacientes, 140 presentaron uno o más hábitos orales. En dicha población (140 pacientes) se encontró que la mayoría era de sexo femenino con un $n = 56\%$ contra un $n = 44\%$ de sexo masculino.

La figura 1 muestra la distribución de frecuencias, se observa que el hábito más reportado fue la respiración oral (36%), seguido de onicofagia (24%).

En la figura 2 se presentan los resultados para sujetos con más de un hábito oral, un total de 140 pacientes presentaron más de un hábito; cuando se relacionó la edad con los hábitos, el grupo etario de 8 a 10 años fue el que presentó la mayor cantidad de hábitos (20%), como se muestra en la figura 3.

Análisis de los hábitos dependiendo de los grupos etarios:

Es interesante que el grupo que presento más hábitos fue el 8 a 10 años (20 %), coincidiendo con el periodo posterior al ingreso a la escuela y con la dentición mixta. La respiración oral y la onicofagia fueron los hábitos más frecuentes en todas las edades, siendo más representativos también en pacientes entre los 8 y 10 años de edad, con un porcentaje de 20% en respiración oral, y un 13% en onicofagia.

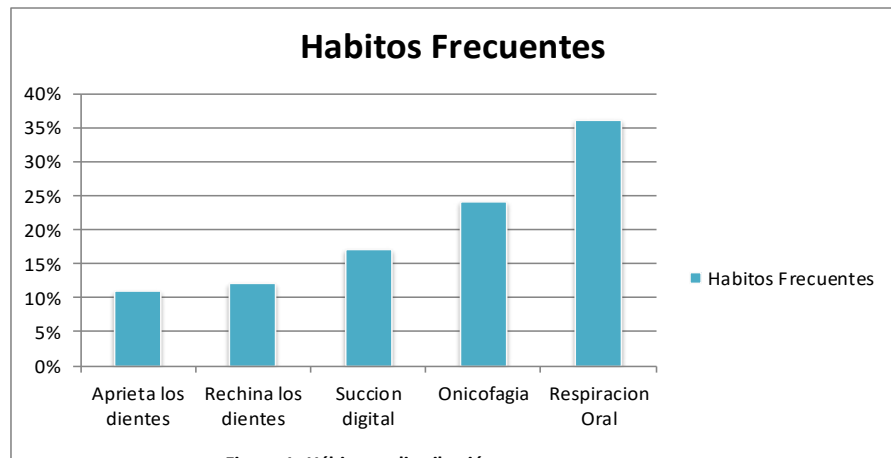


Figura 1. Distribución de frecuencias para los hábitos más frecuentes

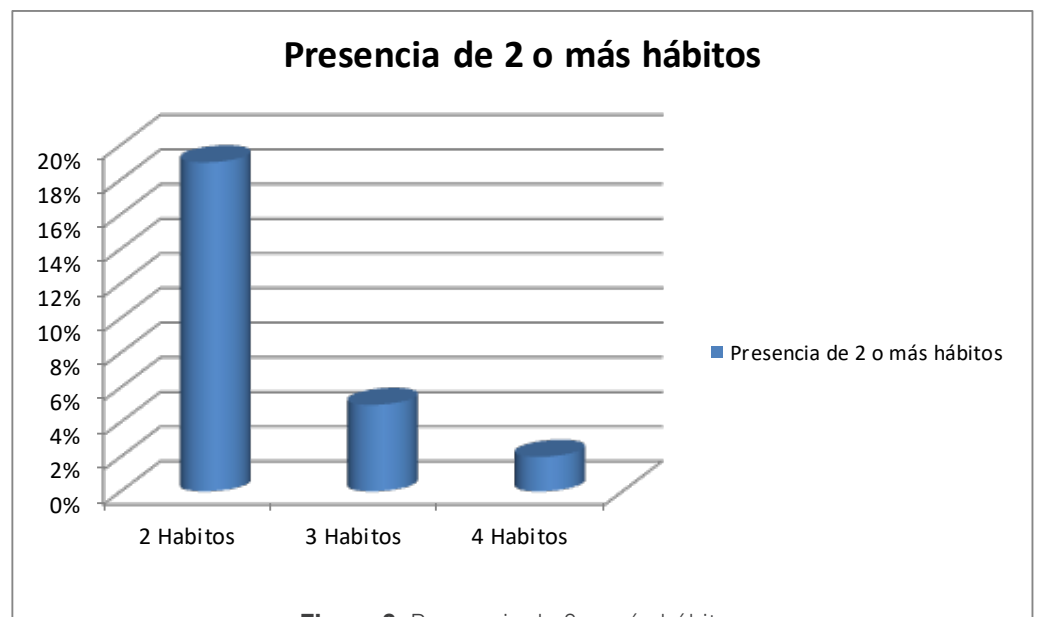
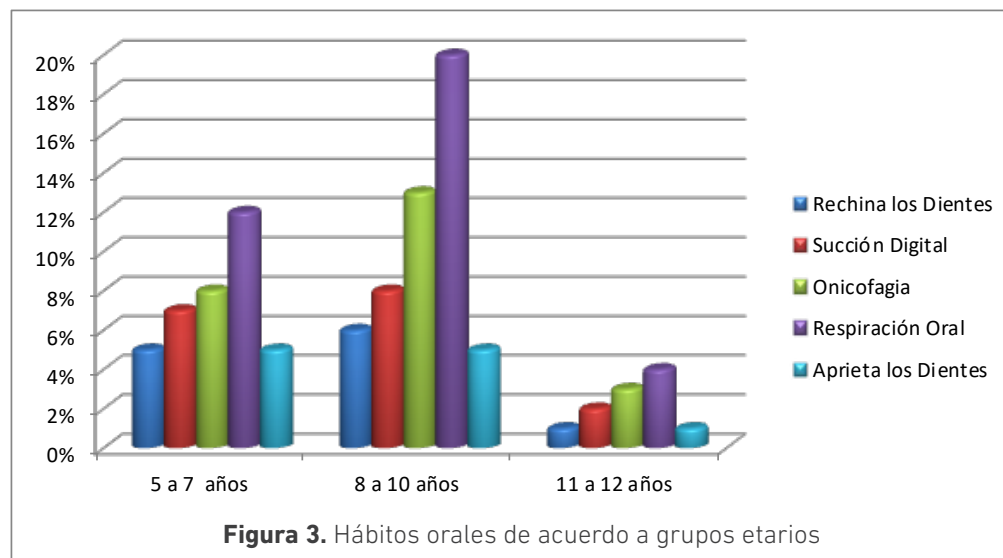


Figura 2. Presencia de 2 o más hábitos



Mediante la prueba de ANOVA se determinó el valor p (Valor p de Fisher), para cada tipo de hábito de acuerdo al grupo etario (5- 7 años, 8-10 años y 11-12 años), encontrándose para el hábito de *rechinar* un p valor de 0,89; para *succión digital* un p valor de 0,97; para *onicofagia* un p valor de 0,69, para *respiración oral* un p valor de 0,34 y para *apretamiento de dientes* un p valor de 0,81. [Figura 3](#)

Con base a los p valores tan altos encontrados para cada tipo de hábito, y teniendo en cuenta que ninguno es igual o menor al p valor esperado de 0,05, se puede afirmar sin ninguna duda que no es posible rechazar la hipótesis nula; por lo tanto los hábitos orales considerados se distribuyen en forma similar en los diferentes grupos etarios estudiados, y ninguno prevalece en forma estadísticamente significativa sobre los otros.

Hábitos específicos por género: Todos los hábitos presentes fueron más frecuentes en el género femenino, excepto el de apretar los dientes que es más frecuente en el género masculino con un 11 % contra un 10%.

Hábitos específicos por estrato: Los hábitos de rechinar los dientes y succión digital fueron más frecuentes en pacientes de estrato 2, mientras que los hábitos de onicofagia, respiración oral, y apretar los dientes fueron más frecuentes en pacientes de estrato 3. La mayoría de pacientes que presentaron al menos un hábito oral se encontraban en los estratos 1, 2 y 3.

Otros hábitos: 33 pacientes presentaron ciertos hábitos que no se mencionan en la lista anterior siendo el más frecuente: Deglución atípica con un 45%, seguido de succión labial con un 25% y el menos frecuente morder carrillo con un 9%.

Discusión

Los hábitos orales son eventos que constituyen unas de las principales causas de las alteraciones producidas en los órganos y musculatura oro-facial, además comprometen en diferente grado procesos fisiológicos básicos como respiración, masticación, deglución, succión, articulación y fonación. Su caracterización e identificación resulta por tanto de absoluta importancia para el odontólogo general y para el especialista en Odontopediatría, personal encargado del tratamiento de la condición.

Un estudio realizado en la ciudad de Cali con pacientes en edades entre los 3 y 14 años que asistieron a consulta particular entre los años 2005 a 2012 reveló que de 1662 niños evaluados, 294 (17.7%) presentaron algún hábito oral. Respecto al tipo de hábito, los resultados al igual que los reportados en el presente estudio, arrojaron como el de mayor frecuencia la respiración oral con 104 pacientes, pero a diferencia dicho hábito fue más frecuente en niños (63 niños) que en niñas (41 niñas), el segundo hábito más frecuente fue el de succión con 73 menores, el cual en el presente estudio ocupa el tercer lugar (3).

En el estudio de Mendoza et al del 2014, (12), realizado en Ciudad de Méjico con 147 niños se encontró una prevalencia de los hábitos bucales nocivos del 96.6%. El mayor número de casos se presentó en el rango de 6 a 11 años durante la dentición mixta, coincidiendo este resultado con reportes previos de Méjico, Brasil, Nigeria, España y estados Unidos, siendo también compatible con lo encontrado en la presente investigación.

En el trabajo de Mendoza los hábitos se distribuyeron también indistintamente de acuerdo con el género. El hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%; en segundo lugar, succión labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%.

Estudios de prevalencia similares fueron realizados en Rumania por el grupo de Ștefănescu IM, (34), se seleccionaron 416 niños de 6 - 11 años de edad de escuelas rurales y urbanas de Bacau y Iasi. Los resultados mostraron una prevalencia de hábitos orales de 38,70%; las niñas (61,5%) fueron más afectadas que los niños, la respiración bucal fue el hábito más frecuente con un (59,5%), seguido por la interposición del pulgar (21,5%). Estos resultados resultan muy similares a los reportados en el presente estudio en donde el mayor porcentaje corresponde a respiración oral con un 36%, seguido de onicofagia con un 24% y en donde todos los hábitos presentes fueron más frecuentes para el género femenino.

En otro trabajo realizado por Kharbanda et al en el año 2003, (35), con una muestra de 5.554 niños de entre 5-13 años de edad seleccionados de las escuelas de Delhi, con el objetivo de determinar la prevalencia de hábitos orales en los niños del norte de India en función del sexo; encontraron una prevalencia de hábitos orales del 25,5%, siendo más frecuente la Interposición lingual (18,1%), seguido de respiración oral (6,6%). La succión de dedo fue la costumbre menos común y se vio sólo en el 0,7% de los niños. No hubo diferencias significativas entre niños y niñas para la prevalencia de hábitos orales.

Los resultados reportados por Kharbanda tienen semejanza con los reportados en el presente estudio, la respiración oral sigue ubicándose en los primeros lugares de frecuencia y la diferencia entre sexos para los hábitos orales sigue siendo poco significativa.

Franco, et al, (36), realizan un estudio con 225 niños del País Vasco, con edades comprendidas entre los dos y los seis años con dentición temporal completamente erupcionada. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario de hábitos dirigido a los padres y con exploraciones clínicas realizadas a los niños. la prevalencia de hábitos orales en el conjunto de niños estudiados fue del 90,7%. Los hábitos de succión no nutritiva (chupete, dedo) resultaron ser los más frecuentes (85,3%).

En el trabajo de Franco et al (36) también se reportó un aumento significativo de las maloclusiones estudiadas cuando el hábito de succión se mantenía y concluyen que los hábitos del chupo influyen en el desarrollo de la dentición, por lo que se recomienda un abandono temprano de los mismos (antes de los dos años) para prevenir la aparición de maloclusiones dentales.

El propósito de este trabajo fue analizar la distribución de hábitos orales en un grupo de niños atendidos de la ciudad de Cali Colombia, los resultados encontrados están de acuerdo con lo reportado por los diferentes autores consultados, los hábitos con mayor frecuencia fueron respiración bucal, onicofagia y succión digital los cuales están incluidos como tres de los hábitos que más presentan los niños (3).

A respiración bucal es uno de los hábitos más nocivos debido a los cambios que generan en los tejidos duros y blandos (17 y 18) y su prevalencia tan alta en el grupo de 8 a 10 años alerta sobre la necesidad de diagnósticos e intervenciones tempranas y el reforzamiento de campañas como el de la lactancia materna lo que permitiría disminuir también el riesgo de desarrollar otros hábitos como el de la deglución atípica. La onicofagia, el segundo hábito en prevalencia se ha asociado a condiciones de estrés, su origen se ha asociado a una condición psicósomática, se reportan altos niveles en la edad escolar con su máximo pico entre los 11 y 13 años, sin diferencia de género (37).

Ojeda, et al en el 2014.(38), plantearon una relación estrecha entre onicofagia y trastornos de la articulación temporomandibular; sobre el origen del hábito también lo asocia a las situaciones psicológicas que se presentan en el niño al ingreso a la escuela y la somatización del estrés y la ansiedad durante el periodo escolar, lo que explicaría los porcentajes tan altos reportados para el grupo de 8 a 10 años.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación coincidieron con la mayoría de los estudios revisados en que la etapa en que más se reportan hábitos nocivos es en la dentición mixta.

Es preocupante que el hábito que más se presentó sea el de la respiración oral debido a las alteraciones morfológicas tanto de tejidos duros como blandos que se producen en el complejo maxilofacial, lo que lleva a la necesidad de proponer campañas para detectar y realizar intervención temprana a este y otros hábitos.

Como conclusión general ante la relativa frecuencia de hábitos orales en menores, se hace necesario que el Odontólogo general y el Odontopediatría sean capaces de detectar tempranamente signos de los mismos con el propósito de prevenir la instauración de estos y la generación de anomalías dentomaxilares que implicarían tratamientos más largos y costosos. Entre más pronto sean identificados y corregidos los hábitos menos secuelas dejarán.

Bibliografía

1. Agurto P, Díaz R, Cádiz O. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. Chil. Pediatr. (1999), 70 (6).

2. Van den Branden S, Van den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K. Effects of time and socio-economic status on the determinants of oral health-related behaviours of parents of preschool children. *Eur J Oral Sci.* (2012); 120: 153–160
3. Soto Llanos L, Calero Escobar J A. Caracterización de hábitos orales en una muestra poblacional de Santiago de Cali, Colombia entre los años 2005 y 2012. *Revista Gastrohnutp.* (2013). Volumen 15 Número 2 Suplemento 1: S8-S12 (mayo-junio).
4. Chumi R, Pinos P. Prevalencia de hábitos orales, en niños de 3 a 9 años de edad, como consecuencia de la migración de los padres al extranjero, en la comunidad Callazay, Parroquia Mariano Moreno del Cantón Gualaceo Provincia del Azuay - Ecuador, año 2014. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.* (2015), disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art18.asp>.
5. Muller R, Piñeiro S. Malos hábitos orales: Rehabilitación neuromuscular y Crecimiento facial. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2014; 25(2) 380-388
6. Alarcón a., A M. Deglución atípica: revisión de la literatura [volumen 51 nº 1 / 2013](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp> >
7. González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.* (2012). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art29.pdf>
8. Laboren M, Medina C, Quirós O., D'Jurisic A, Alcedo C, Molero L, Tedaldi J. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"* edición electrónica julio 2010. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
9. Narváez MF, Muñoz Y, Villota C, Mafla A. Hábitos orales en niños de 6-10 años de la escuela itsin de san juan de pasto *Rev Univ. salud.* vol.12 no.1 . (2010). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S01241072010000100004&script=sci_arttext
10. Leme M, Barbosa T, Castelo P, Gavião MB. Associations between psychological factors and the presence of deleterious oral habits in children and adolescents. *J Clin Pediatr Dent.* (2014); 38(4):313-7.
11. Yassaei S, Rafieian M, Ghafari R. Abnormal oral habits in the children of war veterans. *J Clin Pediatr Dent.* (2004). 29:189-192.
12. Mendoza L, Meléndez A, Sánchez R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia.* (2014); 2 (4): 220-227.

13. García, G, Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "[Ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws)" edición electrónica Agosto 2011. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art18.asp>.
14. Blanco L, Guerra ME, Rodríguez S. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. Acta odontol venez. (2007); 45: 71-3.
15. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Rev Latin Ortodoncia Odontopediatr "[Ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws)" edición electrónica. Marzo 2011. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
16. Ovsenick M. Incorrect orofacial functions until 5 years of age and their association with posterior crossbite. Am J Orthod Dentofacial Orthop (2009);136:375-81.
17. Lopes T, Moura L, Lima M. Association between breastfeeding and breathing pattern in children: a sectional study. J Pediatr (Rio J). (2014); 90(4):396-402
18. Souki B, Lopes P, Veloso N, Avelino R, Pereira T, Souza P, Franco L, Becker H. Facial soft tissues of mouth-breathing children: Do expectations meet reality?. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 78 (2014) 1074–1079.
19. Sulaiman E.S. A new method in reminder therapy technique for ceasing digit sucking habit in children. J Clin Pediatr Dent. (2000); 24: 261-3
20. Domínguez A, Galán A, Aznar T, Marín I. Succión digital y parámetros oclusales: estudio en niños de 3 a 6 años de edad. Ortodoncia Española (1999); 39:143-7.
21. Cipes M, Miraglia M, Gaulin-Kremer E. Monitoring and reinforcement to eliminate thumbsucking habits. J Dent Child. (1986) ;53:48-52
22. Gawlik JA, Ott NW, Mathieu GP. Modifications of the palatal crib habit-breaker appliance to prevent palatal soft tissue embedment. J Dent Child. (1995); 62(6):409-411.
23. Da Silva Filho O, Gomes Goncalves R, Ajalmar Maia F. Sucking habits: clinical management in dentistry. J Clin Pediatr Dent. (1991); 15:137-56.
24. Fukuta O, Braham R, Yokoi K, Kurosu K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger sucking. J Dent Child . (1996); 63(6):403-7.
25. Adair S. M. The Ace Bandage approach to digit-sucking habits. Pediatric Dentistry. (1999);21(7):451-
26. Rojas VI, Baez J, Rojas R. Prevalencia de malos hábitos orales y respiración bucal en niños de 5 a 17 años del área de Santiago Centro. Rev Fac Odontol Univ Chile. (2001);19: 9-19
27. Andonegui Arraoz Patxi. Onicofagia y Odontología. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37892&id_seccion=2368&id_ejemplar=3907&id_revista=144.

28. [Firoz G. Kamal](#) and [Reginald Ajay Bernard](#) Influence of nail biting and finger sucking habits on the oral carriage of *Enterobacteriaceae* [Contemp Clin Dent](#). (2015). 6(2): 211–214.
29. Williams T, Rose R, Chisholm S. What is the function of nail biting: An analog assessment study. *Behaviour Research and Therapy* 45 (2006) 989–995.
30. Castelo PM, Barbosa TS, Gaviao MB. Quality of life evaluation of children with sleep bruxism. *BMC Oral Health*. (2010); 14: 10-16 11.
31. Simões-Zenari M, Bitar ML. Factors associated to bruxism in children from 4-6 years. *Pro Fono*. (2010); 22: 465-472
32. Vallejo Bolaños E., González Rodríguez E, R. Del Castillo Salmerón. El bruxismo infantil *Odontol Pediátrica (Madrid)* Vol. 10. N. ° 3, pp. 135-141, 2002
33. Maya B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Rev Cubana Ortod*. (2000);15(2):66-70.
34. Ștefănescu IM, Zetel, Rusu M. Universității de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" Iași. *Revista Medico-chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași* (2011), 115:1258-1261]
35. Kharbanda OP, Sidhu SS, Sundaram K, Shukla DK. Oral habits in school going children of Delhi: a prevalence study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. (2003), 21: 120-4.
36. Franco V, Gorritox B, García F. Prevalencia de hábitos Infantiles y su influencia en la dentición temporal *Rev Pediatría Atención Primaria* (2012);14:13-20.
37. Ferro M, Naccif A, Sotillo F, Velásquez L, Vélez K. Aspectos psicológicos de la onicofagia en los estudiantes de 2do año de la Facultad de odontología de la universidad central de Venezuela. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art1.pdf>
38. Ojeda L, Espinoza R, Biotti P. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*. (2014). Vol. 7(1); 37-42.