

ARTICULO ORIGINAL

Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años

Buccal habits: frequency and clinic appearance in children between 5 and 11 years

Dra. Maureen Janette Más García¹, Dra. Clotilde de la C. Mora Pérez², Lic. Raúl López Fernández³, Dr. Juan José Apolinaire Peninni⁴

¹Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. ²Especialista de II Grado en Ortodoncia. Profesora Auxiliar. Máster en Educación Médica. Investigador Agregado. Clínica Estomatológica de Especialidades. Municipio Cienfuegos. ³MSc en Matemática Aplicada. Profesor Auxiliar. ⁴Especialista de I Grado en Salud Pública, Especialista de II Grado en Epidemiología, MSc. Salud Pública de la escuela de Salud Pública de Chile. Profesor Consultante. Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: Para tratar malos hábitos, el primer paso es la detección del agente causal. Muchos se derivan de situaciones comunes que al ser detectadas y adecuadamente tratadas pueden contribuir a la desaparición espontánea del mal hábito. **Objetivo:** Caracterizar un grupo de niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, correlacional que incluyó 176 niños de tres consultorios del Consejo Popular "Junco Sur" de Cienfuegos, desarrollado de junio de 2005 a junio de 2006. Se realizó el examen clínico a los niños y entrevistas a los padres o tutores. Inicialmente se determinó la frecuencia de hábitos deformantes bucales y la presencia de anomalías dentomaxilofaciales. **Resultados:** Se detectaron hábitos deformantes en 60, 2 % de los niños; los más frecuentes fueron la succión del biberón (48 %), la succión digital (24 %) a los 6 años y la protracción lingual en 8 años (36, 1 %), en el sexo femenino. Las anomalías dentomaxilofaciales se presentaron en el 42, 6 % y predominó la vestibuloversión a los 8 años (44, 4 %), el resalte aumentado a los 10 años (35,4 %) y la incompetencia bilabial a los 11 años (13,3 %), todos en el sexo femenino. Predominó la Clase I de Angle con el 60,1 %. **Conclusión:** Los hábitos deformantes bucales constituyen un problema de salud en la población estudiada.

PALABRAS CLAVE: Hábitos; diente; succión del dedo; hábitos linguales; niño

Límites: Humano; Niños

ABSTRACT

Background: The first step to treat incorrect habits is to detect the cause. Many of them derive from usual situations that, once detected and correctly managed, can contribute to the spontaneous suppression of the incorrect habit. **Objective:** To characterize a group of children between 5 and 11 years with buccal deforming habits. **Methods:** Observational, descriptive, correlational study including 176 children from three clinics of the quarter "Junco Sur" in Cienfuegos developed from June 2005 to June 2006. The clinical examination was performed in children, and their parents or tutors were interviewed. The frequency of buccal deforming habits was determined, as well as the presence of dental maxillofacial defects. **Results:** Deforming habits were identified in 60, 2% of the children; the most frequent were baby bottle suction (48%), finger suction (24%) at six years old and lingual protraction at eight years (36,1%) in girls. The dental maxillary-facial defects occurred in the 42,6% and there was a prevalence of vestibule-version at eight years (44,4%), augmented ridge at 10 years (35,4%) and bilabial incompetence at 11 years (13,3%), all of them in girls. There was prevalence in Angle's Class I with 60, 1%. **Conclusion:** Buccal deforming habits are a health problem in the studied universe.

Key words: Habits; tooth; fingersucking; tongue habits; child

Limit: Human being; Child

Recibido: 28 de diciembre de 2008

Aprobado: 17 de enero de 2009

Correspondencia:

Dra. Maureen Janette Más García.
Clínica Estomatológica de Especialidades.
Municipio Cienfuegos. Cuba.

INTRODUCCIÓN

Con el triunfo revolucionario, a la salud del pueblo le fue concedida alta prioridad. Los servicios estomatológicos se hicieron gratuitos, ampliaron y evolucionaron hacia un enfoque preventivo.^(1,2)

En noviembre de 1998 se puso en ejecución el Programa de una nueva especialidad, la Estomatología General Integral, llamada a llenar el espacio existente entre la atención primaria y la secundaria.^(2,3)

El Estomatólogo General Integral, al realizar el diagnóstico de salud bucal familiar en el nivel primario de atención, identifica los problemas de salud y los factores condicionales, y para una mejor organización de su trabajo divide a la población en grupos de vigilancia epidemiológica, según el estado de salud bucal individual.⁽⁴⁻⁶⁾

La boca es una encrucijada donde convergen importantes funciones de comunicación con el exterior: respiración, fonación, gustación y sobre todo masticación.⁽⁷⁾

Consideramos de extraordinaria importancia la detección de los factores de riesgo de las anomalías dentomaxilofaciales en nuestro medio y teniendo en cuenta que estos juegan un importante papel en la etiología de las maloclusiones, a partir de su detección se podrán encaminar programas preventivos que permitan disminuir la incidencia de estas anomalías, lo que posibilitaría elevar la salud de nuestros niños y ahorrar una cantidad de recursos, teniendo en cuenta el alto costo de los tratamientos curativos de Ortodoncia.⁽⁸⁾

Uno de los principales objetivos al tratar pacientes infantiles, es prevenir enfermedades y mantener en buen estado de salud del sistema estomatognático.⁽⁹⁾

Para tratar un hábito el primer paso es la detección del agente causal. Muchos hábitos se derivan de situaciones comunes que al ser detectadas y adecuadamente tratadas pueden conllevar a la desaparición espontánea del hábito.⁽¹⁰⁾

El hábito se crea y se fija por el entrenamiento y la práctica de un acto, es aprendido. En sus inicios es voluntario y una vez establecido se convierte en un acto involuntario.^(3,11)

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores: la edad en que este se inicia, el tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito y la frecuencia de este, es decir el número de veces al día.

Si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales en nuestro medio, no se podrán realizar programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención.⁽¹²⁾

Por esta razón, independientemente de la aplicación de medidas terapéuticas debemos señalar la importancia de incrementar la labor educativa y preventiva siempre

encaminada a lograr un mejoramiento de la calidad de vida.⁽¹³⁾

Entre los hábitos deformantes podemos citar: succión del tete, del biberón, lengua protráctil, queilofagia, onicofagia, succión digital, respiración bucal, hábitos posturales, entre otros. Todos son causa primaria o secundaria de deformaciones dentomaxilofaciales y su eliminación resulta difícil, pues el niño no es capaz de comprender la importancia de eliminarlos, pero además son capaces de producir otros efectos negativos como son trastornos del lenguaje y del desarrollo físico y emocional del niño.⁽¹⁴⁾

El Estomatólogo General Integral para realizar sus funciones necesita identificar los problemas de salud de la población asignada, de aquí que el conocimiento de la frecuencia de hábitos deformantes bucales constituye el fundamento en que se basarán las estrategias a trazar para controlar los factores de riesgo que puedan provocarlos así como las acciones a realizar con el objetivo de reducir o eliminar las anomalías provocadas por esta entidad y lograr un desarrollo armónico del aparato estomatognático

Por tales razones se realizó esta investigación con el objetivo de caracterizar un grupo de niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, correlacional en la población infantil de 5 a 11 años de los consultorios 11,12 y 47 del Consejo Popular "Junco Sur" del Área II de salud, en Cienfuegos, durante el período comprendido de junio de 2005 a junio de 2006.

El universo estuvo constituido por 534 niños que constituyen el total de la población de 5 a 11 años de los consultorios antes mencionados.

Se seleccionó una muestra probabilística estratificada de 176 niños, utilizando el método de muestreo probabilístico, estratificado, equitativo de afijación proporcional. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: niños que presentaban dentición mixta con presencia de los primeros molares permanentes, que pertenecieran al Consejo Popular "Junco Sur" y no estuvieran recibiendo tratamiento ortodóncico.

Se tuvieron en cuenta los criterios de exclusión siguientes: niños que presentaran enfermedades psíquicas motoras que impidieran el examen bucal, que presentaran enfermedades nasofaríngeas o que estuvieran recibiendo tratamiento de ortodoncia, así como aquellos cuyos padres / tutores no dieron su consentimiento para participar en la investigación.

Esta investigación se realizó previa autorización del Ministerio Nacional de Educación, y con comunicación a la Dirección Provincial y Municipal de Educación y además contando con el consentimiento informado de los padres o tutores de los niños.

A la muestra seleccionada se le realizó examen clínico

con luz natural, espejo bucal y/o depresor lingual y regla milimetrada en la escuela "Antonio Maceo" por estar geográficamente ubicada en el área de los consultorios 11, 12 y 47. Se realizaron entrevistas a padres o tutores en los salones de la propia institución recogiendo la información en un formulario de datos confeccionado al efecto.

El análisis estadístico se realizó utilizando variables cualitativas y para establecer relación entre estas variables se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) tomando como nivel de significación una probabilidad menor que 0,05.

Los datos obtenidos se procesaron utilizando el procesador de texto Microsoft Word y como procesador de información el paquete de Estadística S.P.S.S., versión 12.0 para Windows.

RESULTADOS

Los hábitos deformantes bucales se presentaron en el 60,2 % de la muestra estudiada, las edades más afectadas fueron 6, 8 y 9 años con el 76; 66,7 y 62,1 % respectivamente, con una tendencia a decrecer con la edad.

Tabla No. 1. Hábitos deformantes según edad en niños de 5 -11 años

EDAD	HÁBITOS				TOTAL	
	NO		SÍ			
	No.	%	No.	%	No.	%
5	7	41,2	10	58,8	17	100
6	6	24	19	76	25	100
7	11	47,8	12	52,2	23	100
8	12	33,3	24	66,7	36	100
9	11	37,9	18	62,1	29	100
10	17	54,8	14	45,2	31	100
11	6	40	9	60	15	100
TOTAL	70	39,7	106	60,2	176	100

$\chi^2= 6,83$ $g= 6$ $p= 0,33$

El sexo femenino fue el más afectado en cuanto a poseer hábitos deformantes, con un 63,6 %. No se observó significación desde el punto de vista estadístico, pero sí desde el punto de vista clínico.

Tabla No. 2. Hábitos deformantes según sexo en niños de 5 -11 años

SEXO	HÁBITOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
FEMENINO	63	63,6	36	36,4	99	100
MASCULINO	43	55,8	34	44,2	77	100

$\chi^2= 0,8$ $g= 1$ $p= 0,4$

En relación con los hábitos deformantes y la edad se observó primeramente la succión del biberón (29,5 %), luego la protracción lingual (24,3 %), seguidamente la onicofagia (17,6 %) y posteriormente la succión digital (15,9 %). Respecto al sexo se comportó de forma similar, con un predominio en el sexo femenino, excepto la onicofagia que fue más frecuente en el masculino.

Tabla No. 3. Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos deformantes según edad en niños de 5 -11 años

Edad	HÁBITOS											
	Succión digital		Succión biberón		Succión tete		Protracción lingual		Respiración bucal		Onicofagia	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
5 n=17	3	17,6	7	41,2	2	11,8	0	0	0	0	0	0
6 n=25	6	24	12	48	2	8	7	28	0	0	5	20
7 n=23	3	13	7	30,4	0	0	6	26,1	0	0	0	0
8 n=36	8	22	10	27,8	1	2,8	13	36,1	0	0	8	22,2
9 n=29	1	3,4	9	31	1	3,4	6	20,7	0	0	5	17,2
10 n=31	5	16,1	2	6,5	0	0	8	25,8	2	6,5	5	16,1
11 n=15	2	13,3	5	33,3	0	0	3	20	0	0	8	53,3
TOTAL	28	15,9	52	29,5	6	3,4	43	24,3	2	1,1	31	17,6

Tabla No. 4. Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos deformantes según sexo en niños de 5-11 años

HÁBITOS	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	No	%	No.	%
Succión digital	19	19,2	9	11,7
Succión del biberón	30	30,3	22	28,6
Succión del tete	3	3,0	3	3,9
Protracción lingual	26	26,3	17	22,1
Respiración bucal	2	2	0	-
Onicofagia	15	15,2	16	20,8

$\chi^2= 4,0$ $g= 5$ $p= 0,55$

Al analizar las anomalías dentomaxilofaciales en los pacientes portadores de hábitos deformantes según edad y sexo se comprobó que, en general, el 56,6 % de los portadores de hábitos están afectados por anomalías mientras que en los no portadores de hábitos solo está afectado el 21,4 %, por lo que se infiere que hay asociación entre tener hábitos y portar anomalías.

Las anomalías más frecuentes según edades en el grupo de niños estudiados fueron: la vestibuloversión (27,2 %), el resalte aumentado (17 %) y la adaquia (6,8 %).

Tabla No. 5. Frecuencia de anomalías dentomáxilofaciales según edad en niños de 5-11 años

ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES	EDAD														TOTAL	
	5 n=17		6 n=25		7 n=23		8 n=36		9 n=29		10 n=31		11 n=15		n=176	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Incompetencia bilabial	0	-	0	-	0	-	1	2,8	0	-	4	12,9	2	13,	7	3,9
Vestibuloversión	1	5,9	4	16	6	26,1	16	44,4	5	17,2	13	41,9	3	20	48	27,2
Apiñamiento	0	-	0	-	0	-	2	5,6	1	3,4	1	3,2	1	6,7	5	2,8
Adaquia	0	-	2	8	1	4,3	3	8,3	2	6,9	3	9,7	1	6,7	12	6,8
Mordida cruzada anterior	0	-	0	-	0	-	1	2,8	0	-	1	3,2	0	-	2	1,1
Mordida cruzada posterior	0	-	0	-	0	-	2	5,6	2	6,9	3	9,7	0	-	7	3,9
Resalte aumentado	0	-	1	4	2	8,7	10	28	3	10,3	11	35,4	3	20	30	17
Sobrepase aumentado	0	-	0	-	0	-	0	-	1	3,4	2	6,5	1	6,7	4	2,2
TOTAL	1		7		9		35		14		38		11		115	65,3

Todas las anomalías dento- maxilofaciales más frecuentes se apreciaron en la dentición mixta temprana. Estas predominaron en el sexo femenino y entre ellas la vestibuloversión con el 29,3 %; el resalte con 13,1 % y la adaquia con 9,1 %. Esto dio lugar al establecimiento de diferentes oclusiones dependiendo de la erupción de cada diente y de la presencia de hábitos.

Tabla No. 6. Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según sexo en niños de 5-11 años

ADMF	SEXO				TOTAL n=176	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%		
Incompetencia bilabial	2	2	5	6,5	7	3,9
Vestibuloversión	29	29,3	19	24,7	48	27,2
Apiñamiento	4	4	1	1,3	5	2,8
Adaquia	9	9,1	3	3,9	12	6,8
Mordida cruzada anterior	0	-	2	2,6	2	1,1
Mordida cruzada posterior	6	6,1	1	1,3	7	3,9
Resalte aumentado	13	13,1	17	22,1	30	17
Sobrepase aumentado	2	2	2	2,6	4	2,2
TOTAL	65		50		115	65,3

La mayor cantidad de anomalías dentomaxilofaciales se observó en niños portadores de hábitos deformantes y sobre todo en los de 8 y 10 años. Entre los niños no portadores de hábitos deformantes solo 21, 4 % padece dichas anomalías.

Tabla No. 7. Anomalías dentomaxilofaciales en pacientes portadores de hábitos deformantes según edad

EDAD	PORTADORES HÁBITOS	ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN PORTADORES DE HÁBITOS				NO PORTADORES HÁBITOS	ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN NO PORTADORES DE HÁBITOS			
		SÍ		NO			SÍ		NO	
		No.	%	No.	%		No.	%	No.	%
5 n =17	10	1	10	9	90	7	1	14,2	6	85,7
6 n=25	19	5	26,3	14	73,6	6	-	-	6	100
7 n=23	12	8	66,7	4	33,4	11	-	-	11	100
8 n=36	24	18	75	6	25	12	4	33,4	8	66,7
9 n=29	18	9	50	9	50	11	2	18,1	9	81,8
10n=31	14	14	100	-	-	17	7	41,1	10	58,8
11n=15	9	5	55,6	4	44,5	6	1	16,7	5	83,3
TOTAL	106	60	56,6	46	43,3	70	15	21,4	55	78,5

$\chi^2 = 6,8$ $gl = 6$ $p = 0,33$

Se observó predominio del sexo femenino en cuanto a ser portadores de hábitos deformantes y padecer de anomalías dentomaxilofaciales.

Tabla No. 8. Portadores de hábitos deformantes con anomalías dentomaxilofaciales según sexo en niños de 5-11 años

SEXO	PORTADORES DE HÁBITOS	PORTADORES DE HÁBITOS CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES				NO PORTADORES DE HÁBITOS	NO PORTADORES DE HÁBITOS CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES			
		SÍ		NO			SI		NO	
		No.	%	No.	%		No.	%	No.	%
FEMENINO	63	37	58,7	26	41,2	36	7	19,4	29	80,5
MASCULINO	43	23	53,4	20	46,5	34	8	23,5	26	76,4
TOTAL	106	60	56,6	46	43,3	70	15	21,4	55	78,5

Se observó el predominio de la Clase I de Angle con un 60,1 % sobre la Clase II con un 37 % y la Clase III con un 2,9 %.

Tabla No. 9. Relación de maloclusiones en los portadores de hábitos deformantes con la clasificación de Angle en niños de 5-11 años

CLASE ANGLE	No.	%
Clase I	21	60,1
Clase II	13	37,1
Clase III	1	2,9
TOTAL	35	100

DISCUSIÓN

El Estomatólogo General Integral al realizar el diagnóstico de salud bucal en el nivel primario de atención necesita, para cumplir sus funciones, identificar los problemas de salud de la población asignada. De aquí que el conocimiento de la frecuencia de hábitos deformantes bucales en la población infantil constituye el fundamento en que se basarán las estrategias a trazar para controlar los factores de riesgo que puedan provocarlos, así como las acciones a realizar con el objetivo de reducir o eliminar las anomalías provocadas por esta entidad y lograr un desarrollo armónico del aparato estomatognático. (3-6)

Los hábitos deformantes pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, deformaciones óseas y dentarias (11-17) como se muestran en esta investigación, en la cual se detectó un alto porcentaje portador de esta entidad, principalmente en las edades de 6, 8 y 9 años, con una tendencia a decrecer con la edad, resultados que coinciden con los de Da Silva (10), la mayor frecuencia de hábitos se encontró en niños de 6 años resultado similar al encontrado por Agurto (15), Podadera (9), Montiel (18) y Miranda. (19)

Las féminas fueron las más afectadas, coincidiendo con Agurto (15), Astorga (20), Montiel (18), Maya (21), Fernández (14). Esto pudiera deberse a que en la muestra estudiada estuvo más representado el sexo femenino.

Los resultados obtenidos coinciden con los planteados por Montiel (18) quien afirma que el desarrollo de enfermedades relacionadas con emociones y tensiones es más común en las mujeres, las cuales son sometidas a un mayor grado de estrés propiciado por celos, conflictos familiares, ansiedad y presión escolar; lo cual favorece la presencia de malos hábitos bucales.

Este resultado no tiene significación estadística, sin embargo desde el punto de vista clínico es importante dominarlo pues el Estomatólogo General Integral puede conocer la frecuencia en que se presentan los hábitos deformantes, lo que constituye un problema de salud a solucionar, que permitirá planificar las actividades de prevención, detección e intervención temprana sobre las alteraciones que puedan afectar el adecuado desarrollo del sistema estomatognático en la población infantil.

Los hábitos deformantes que más frecuentemente se hallaron fueron la succión del biberón, luego el empuje lingual, la onicofagia y la succión digital. Esto coincide con estudios realizados por Fernández (14), Agurto (15), Da Silva (10), Maya (21), Conde (22) y Fernández Yzla (12), la mayoría de estos estudios se efectuaron en nuestro país y provincia lo cual demuestra la importancia del problema objeto de estudio; pues

constituyen un factor de riesgo en el establecimiento de maloclusiones que deben ser prevenidas y tratadas tempranamente en la dentición mixta en el nivel primario de salud.

Las anomalías más frecuentes fueron: la vestibuloverción, el resalte aumentado y la adaquia. Estas se relacionan con los hábitos más frecuentes detectados los cuales se presentan principalmente en la dentición mixta y han producido alteraciones en el normal desarrollo del sistema estomatognático (23).

Para solucionar el problema de los malos hábitos bucales es necesario un trabajo en equipo que incluya a profesionales (Estomatólogo General Integral, Ortodoncista, MGI, Pediatra, Otorrinolaringólogo, Psicólogo) y padres (7). Precisamente en esta etapa que es de vital importancia la colaboración de los pediatras, médicos de familia 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.

Las anomalías dentomaxilofaciales se detectaron con mayor frecuencia en los portadores de hábitos, sin embargo en los que no presentaban esta condición se detectaron en un porcentaje más reducido, lo que demuestra la asociación entre los hábitos y portar anomalías. Además se ratifica en este estudio el origen multicausal de las maloclusiones pues las anomalías se presentan en portadores o no de hábitos, siendo necesario que el Estomatólogo General Integral, así como las instituciones, fomenten en la comunidad acciones de promoción y prevención encaminadas a evitar la instauración de anomalías dentomaxilofaciales.

La maloclusión más frecuente en los portadores de hábito fue la Clase I de Angle, estos resultados coinciden con los obtenidos por autores (18,14).

CONCLUSIONES

La caracterización de la población portadora de hábitos deformantes bucales de niños de 5 a 11 años de los consultorios 11,12 y 47 del Área II del Municipio Cienfuegos, demostró que constituye un problema de salud de esta población por la alta frecuencia de esta entidad sobre todo en el sexo femenino; predominaron principalmente la succión del biberón, proyección lingual y la onicofagia, así como el elevado número de anomalías dentomaxilofaciales relacionadas con la práctica de estos malos hábitos, de aquí la importancia que tiene que el E.G.I. planifique una estrategia que incluya acciones preventivas, curativas y educativas para actuar de forma inmediata y permitir la modificación de actitudes negativas, así como contribuir al restablecimiento de la armonía y las funciones del aparato estomatognático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro Ruz F. La historia me absolverá. Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales; 1981. p. 44.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1992.

4. Luetich A, Morini E, Cura A. Proyecto innovativo de educación para la salud bucal. Rev Ateneo Argent Odontol. 2000; 39 (1): 5-9.
5. Barber T. The concept of preventive Orthodontics. J Dent Child. 1966; 33(1):37-86.
6. Maglione HO. Disfunción cráneomandibular. El chasquido articular: su tratamiento ¿cuándo y cómo? Rev Investigación y docencia de la fundación Armando E. Monti. 2002 ; 3(6): 24-25.
7. Vela Hernández VA. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en la infancia [Monografía en Internet]. 2005 [citada: 10 de junio de 2005]. Disponible en: <http://www.svnp.es/Documen/ortodoncia.htm>
8. García Rosas R, Hano García L. Etiología y diagnóstico de anomalías dentomaxilofaciales en pacientes pediátricos. Rev Med IMSS. 2001; 39 (1): 3-8.
9. Podadera Valdés ZR, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. Rev Cubana Estomatol [serie en Internet]. 2004 [citada: 20 de junio de 2005]; 41(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttex&pid=50034-7507200400020004&lhg=es&nrm=iso&tmg=es.html>
10. Da Silva Filho OG, Do Rego MVNN, Silva PRBE, Cavasah AO, Fernández Sánchez J. Hábitos de succión y maloclusión: Epidemiología en la dentadura temporal. Rev Clínica Investigación Ortodóncica [serie en Internet]. 2004 [citada: 20 de junio de 2005]; 44(2):127-140. Disponible en: <http://www.europa.sim.ucm.es/compludos/AA?a=da+silva+filho%c+o.g.&donde=castellano&2fr=0.html>
11. Castro LA, Modesto A, Vianna R, Soviero VL. Cross-sectional study of the evolution of the primary dentition: shape of dental arches, overjet and overbite. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16(4):367-73.
12. Fernández Ysla R, Farah Dago S, Coutin Marie G, Cruz García A, Marín Manso G. Factores de riesgo de 6 a 11 años. [CD ROM Congreso Internacional Estomatología 2005]. Ciudad de La Habana: DESOFT; 2005.
13. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4^{ta} ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. p.19-42.
14. Fernández Torres CM, Acosta Coutin A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod. 1997; 12(2): 91-5.
15. Agurto VP, Díaz MR, Cádiz DO. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años del área del Oriente de Santiago. Rev Chil Pediatr [serie en Internet]. 1999 [citada: 2 de junio 2005]; 70 (6): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php2.pid=.](http://www.scielo.cl/scielo.php2.pid=)
16. Alfonso Caran R. Municipios por la Salud. Trabajadores. 2001 Jun 25; Secc Salud. p.15 (Col. 2).
17. Rojas R, Báez 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 (1): 9-19.
18. Montiel JM. Frecuencia de maloclusiones y asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM. 2004; 61(6): 209-214. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2004/e-od04-6/em-odo46c.htm>
19. Miranda Cruz J, Villanueva Nandayapa E, Sánchez Aldama M. Hábitos orales frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala al Diplomado de Ortopedia Maxilar 2003. Rev Dental Mexicana [serie en Internet]. 2004 [citada: 1 de julio de 2004]; 61: [aprox. 9 p]. Disponible en: http://www.estomatol.com.mx/habitos_orales%42.onicofag.succ/rev.5-72.pdf
20. Astorga Cid de la Paz ME, Gaspar Guerrero MC, Tellez Serna CJ, Yáñez Martínez JD. Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales en niños con respiración bucal [Congreso virtual] 2005 [citada: 22 de abril de 2005]. Disponible en: <http://odontología.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/cartelfrecuenciadeanomalias08.html>
21. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod. [serie en Internet]. 2000 [citada: 8 de septiembre 2005]; 15(2): 66-70. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15-2-00/ord4200.html>
22. Conde Suárez HF, De León de la Fe I, Rivera Lacorra DM. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentaria en niños de primaria. Municipio Cárdenas. 2002. Rev Médica Electron [serie en Internet]. 2002 [citada: 10 de junio de 2005]; 26(6): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.bases.bireme.br/cg:-bin/wxislind.exe/iah/online.htm>
23. Otaño Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Grau León I, Marín Manso GM, Masson Barceló RM, et al. Guías prácticas de la Oclusión. En: Sosa Rosales M. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2003.p.261-340.