

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales como la succión digital, la respiración bucal, la deglución atípica y la interposición lingual constituyen factores determinantes en la alteración del crecimiento y desarrollo de los maxilares durante la infancia. Estos hábitos, cuando persisten más allá de lo recomendado, pueden ocasionar desequilibrios funcionales que repercuten en la morfología craneofacial, favoreciendo la aparición de maloclusiones.

La etapa comprendida entre los 5 y 10 años es fundamental para la intervención mediante ortopedia bucal, ya que coincide con el crecimiento activo de las estructuras óseas y la dentición mixta, lo que permite modificar patrones de desarrollo de manera más efectiva. En este sentido, los tratamientos ortopédicos no solo buscan corregir la posición dental, sino también guiar el crecimiento de los maxilares y restablecer la función adecuada del sistema estomatognático.

En la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad “Juan Misael Saracho”, se atiende un número considerable de pacientes pediátricos con hábitos bucales asociados a alteraciones del desarrollo maxilofacial. Sin embargo, no se cuenta con suficiente evidencia sistematizada que permita evaluar la eficacia de los tratamientos ortopédicos aplicados en la corrección de dichos hábitos y sus efectos sobre el crecimiento y desarrollo bucal.

Por lo tanto, surge la necesidad de analizar la eficacia de los tratamientos ortopédicos bucales en la corrección de hábitos bucales en pacientes de 5 a 10 años, con el propósito de mejorar los protocolos de atención clínica y contribuir al desarrollo de los procesos maxilares de los pacientes.

La ortopedia maxilar es una rama de la odontología enfocada en corregir alteraciones en el desarrollo de los maxilares en pacientes en etapas de crecimiento. Esta disciplina logra la corrección de dichas alteraciones mediante la aplicación de fuerzas

biomecánicas y funcionales que aprovechan la capacidad de remodelación del tejido óseo en desarrollo. En este contexto, los aparatos funcionales desempeñan un papel esencial, ya que no solo tratan problemas dentales, sino que también modifican el desarrollo óseo y muscular, guiando el crecimiento hacia una relación armónica entre los maxilares (1).

Actualmente el odontólogo le ha dado más importancia a la atención de los hábitos bucales en niños o en dentición mixta, ya que se ha observado que estos causan mal posiciones dentarias teniendo como resultado mal oclusiones (2).

Algunos hábitos bucales pueden interferir con el patrón normal de crecimiento y desarrollo craneofacial cuando persisten de manera prolongada o se presentan con alta frecuencia e intensidad.

Los hábitos bucales pueden deberse a diferentes causas que se encuentran dentro de la familia o en su ambiente social.

La persistencia de los hábitos de succión (digital, labial, mejilla, objetos, deglución atípica) y la aparición de hábitos de morder (onicofagia, bruxismo, morder, tejidos corporales, objetos) han sido asociados a la fijación en la evolución de la etapa oral psicosexual que repercutirá a mediano plazo en un cambio problemático de los procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales, dependiendo de la duración, intensidad y frecuencia, alteran las estructuras estomatológicas.

Los dispositivos que se utilizan en ortodoncia para corregir problemas de los maxilares y de los dientes son dispositivos removibles o fijos que se usa en niños y adolescentes en crecimiento. Estos dispositivos actúan de forma que puedan transmitir fuerzas controladas sobre estructuras óseas y dientes, estimulando el crecimiento de los maxilares, guiando la posición mandibular y modificando la posición dentaria y los trayectos de erupción.

El cuidado de los dientes va más allá de los hábitos de limpieza bucal que se llevan a cabo en casa. Existen otros problemas que pueden causar mucho daño a la dentadura y

estos son los malos hábitos que se adquieren o inician por parte del niño, los que generalmente resultan en alteraciones bucodentales indeseables al mismo.

La posición que los dientes dentro de los arcos dentarios están influenciados por el equilibrio de fuerzas ejercidas por la lengua, labios, mejillas y músculos que rodean la boca después de la erupción dentaria. Cuando estas fuerzas se mantienen en armonía contribuyen al adecuado desarrollo y estabilidad de las estructuras dentarias, maxilares y faciales.

1.1 ANTECEDENTES

Graber TM describe que la persistencia de ciertos hábitos bucales durante etapas importantes del desarrollo puede provocar alteraciones como mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior y protrusión dentaria dependiendo de la intensidad, frecuencia y el largo de duración del hábito (1).

Así mismo, diversos estudios han demostrado la influencia de los hábitos bucales en el desarrollo de maloclusiones durante la infancia. Proffit WR señala que los hábitos bucales orales no funcionales, como la succión digital y la interposición lingual pueden alterar el equilibrio muscular y afectar el crecimiento normal de los maxilares, generando discrepancias en la oclusión (2).

Asimismo, Moyers RE, dice que los hábitos orales constituyen uno de los factores etiológicos más importantes en el desarrollo de maloclusiones en las denticiones mixtas, siendo necesario un diagnóstico oportuno para evitar alteraciones estructurales permanentes. (3)

La Organización Mundial de la Salud reconoce que los problemas orales en la infancia incluyendo las maloclusiones son una constante que puede afectar la calidad de vida del niño (4).

Finalmente, a nivel internacional, la American Association of orthodontics recomienda la evaluación temprana de los hábitos bucales en niños, porque su existencia puede interferir con el desarrollo craneofacial y requerir tratamiento interceptivo (5).

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los hábitos bucodentales en dentición mixta pueden perjudicar y alterar el crecimiento normal de los maxilares y la posición de los dientes llevando a maloclusiones dentales y maxilares con énfasis en la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano para prevenir complicaciones a largo plazo.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los hábitos bucales más frecuentes, sus alteraciones clínicas y aparatología implementada en pacientes de 5 a 10 años atendidos en la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UAJMS gestión 2025?

1.4. JUSTIFICACIÓN

El estudio de los hábitos bucales en la población infantil constituye un aspecto fundamental dentro de la ortopedia bucal, debido a que estos influyen directamente en el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales. Hábitos como la succión digital, la respiración bucal, la deglución atípica y la interposición lingual, cuando persisten más allá de la edad fisiológica, pueden generar alteraciones funcionales que afectan la relación de los maxilares y la armonía del sistema estomatognático, favoreciendo la aparición de maloclusiones.

Desde el punto de vista **teórico**, esta investigación se justifica porque permitirá profundizar en el conocimiento sobre la relación entre los hábitos bucales y las alteraciones del desarrollo craneofacial, así como en la eficacia de los tratamientos ortopédicos bucales empleados para su corrección. Además, contribuirá a la generación de información científica contextualizada en la población local, fortaleciendo las bases conceptuales de la ortopedia dentofacial preventiva e interceptiva.

En el ámbito **clínico**, la investigación es relevante porque evaluará las características de los tratamientos ortopédicos bucales aplicados en pacientes de 5 a 10 años, una etapa clave caracterizada por el crecimiento activo y la dentición mixta. Los resultados permitirán optimizar los protocolos de diagnóstico y tratamiento en la Clínica de

Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad “Juan Misael Saracho”, mejorando la atención odontológica infantil y favoreciendo intervenciones tempranas más efectivas.

Desde una perspectiva **metodológica**, el estudio aportará un modelo de evaluación sistemática para analizar los tratamientos ortopédicos en la corrección de hábitos bucales. Esto permitirá establecer criterios claros para la recolección y análisis de datos clínicos, sirviendo como base para futuras investigaciones en el área de la ortopedia bucal.

En cuanto a la **relevancia social**, la corrección temprana de los hábitos bucales contribuye significativamente a la prevención de maloclusiones severas, disminuyendo la necesidad de tratamientos complejos y costosos en etapas posteriores. Asimismo, mejora la función masticatoria, la respiración y la estética facial de los niños, lo cual impacta positivamente en su calidad de vida y desarrollo psicosocial.

Finalmente, la investigación es **viable**, ya que se cuenta con acceso directo a la población de estudio en la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología, así como con los recursos humanos, clínicos y académicos necesarios para su ejecución. Esto garantiza la factibilidad del estudio y la obtención de resultados confiables que aporten al conocimiento científico y a la práctica clínica en ortopedia bucal.

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1. General

Describir la frecuencia de los hábitos bucales, las alteraciones dentomaxilofaciales asociadas, y la aparatología interceptiva utilizada en pacientes de 5 a 10 años atendidos en la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología UAJMS, gestión 2025, a través de la revisión de registros clínicos, fotografías intraorales y radiografías.

1.5.2. Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes según sexo y edad.
- Identificar los hábitos bucales más frecuentes en los pacientes mediante revisión de historias clínicas, registros fotográficos y radiográficos.
- Determinar los tipos de aparatos ortopédicos utilizados en los pacientes evaluados.
- Describir las principales alteraciones dentomaxilares observadas en los pacientes evaluados.
- Relacionar el tipo de hábito con las alteraciones del crecimiento maxilofacial observadas en los pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Introducción a los hábitos bucales

Los hábitos bucales, definidos como patrones de comportamiento repetitivos que involucran estructuras orales y periorales forman parte del desarrollo normal del niño. Sin embargo, su persistencia más allá de los primeros años de vida puede generar complicaciones en el crecimiento y desarrollo de la cavidad oral, particularmente en la etapa de dentición mixta (6).

Según la Asociación Americana de Ortodoncia (7), estos hábitos, cuando son prolongados, pueden inducir alteraciones en la forma, función y estética de las estructuras bucofaciales.

Desde un enfoque clínico, la identificación de estos hábitos y su impacto potencial sobre el desarrollo orofacial es un aspecto clave en la atención odontológica infantil. González enfatizan que los profesionales deben considerar no solo los efectos dentales, sino también los posibles trastornos funcionales como dificultades en la deglución, respiración y fonación. Esto muestra que es necesario tener una visión completa al momento de evaluar al niño (8).

A nivel epidemiológico, estudios recientes demuestran una prevalencia significativa de hábitos bucales en escolares entre 5 y 10 años, con mayor incidencia en el sexo femenino y en entornos urbanos (9). Este patrón evidencia la importancia de abordar estos hábitos desde una perspectiva preventiva y educativa desde los primeros años de vida.

Cabe resaltar que, como señala Pérez, "los hábitos bucales deben entenderse como una manifestación conductual con bases biológicas, psicológicas y sociales, lo cual exige un abordaje interdisciplinario en su tratamiento" (10). Por tanto, la colaboración entre ortodoncistas, odontopediatras, fonoaudiólogos, psicólogos y la familia es crucial para lograr resultados efectivos.

2.2. Clasificación de los hábitos bucales

La literatura científica clasifica los hábitos bucales en dos grandes categorías: funcionales y no funcionales. Los primeros están asociados con funciones orales básicas, como la respiración, masticación y deglución, mientras que los segundos no tienen una función biológica directa y suelen ser más perjudiciales (11).

Dentro de los hábitos funcionales encontramos la respiración oral, que puede surgir por obstrucción de las vías aéreas superiores y afectar la postura lingual y mandibular. Los hábitos no funcionales, como la succión digital o el uso prolongado del biberón, son considerados factores etiológicos de diversas maloclusiones (12).

La siguiente clasificación, basada en Silva y Franco (6), permite una mejor comprensión clínica:

1. Hábitos de succión: dedo, chupete, labio.
2. Hábitos respiratorios: respiración oral
3. Hábitos deglutorios: deglución atípica.
4. Hábitos parafuncionales: bruxismo, onicofagia, mordedura de objetos.

Cada uno de estos hábitos puede tener un efecto diferente dependiendo de la frecuencia, intensidad, duración y momento del desarrollo en que sucede.

Los hábitos bucales durante la infancia no siempre se presentan de manera aislada, sino que en muchos casos evolucionan progresivamente o son reemplazados por otros hábitos conforme el niño crece. Por ejemplo, el uso prolongado de chupete o biberón puede favorecer posteriormente a hábitos de succión digital, interposición lingual o alteraciones funcionales relacionadas a la fonación y respiración.

Figura 1. Evolución progresiva de hábitos bucales en la infancia



Fuente: Elaboración propia, 2025.

2.3 Principales hábitos bucales en niños de 5 a 10 años

Durante la etapa de dentición mixta, los niños se encuentran particularmente susceptibles al desarrollo o mantenimiento de hábitos bucales. Diversos estudios muestran que entre los 5 y 10 años, los hábitos más prevalentes son la succión digital, la respiración bucal y la deglución atípica (13).

La succión digital, cuando se prolonga, ejerce presión sobre los dientes anteriores y el paladar, lo que puede generar mordida abierta anterior y paladar ojival. Este hábito, además de las consecuencias físicas, puede estar asociado a factores emocionales como ansiedad o inseguridad.

Por otro lado, la respiración bucal modifica la postura cráneo-cervical, afectando el patrón de crecimiento maxilofacial. García y León (14) reportan que los niños respiradores orales presentan características faciales particulares, como alargamiento facial, labios incompetentes y ojeras marcadas, lo que demuestra un patrón de crecimiento vertical alterado.

En el caso de la deglución atípica, se observa una contracción inadecuada de los músculos orofaciales durante la deglución, lo que interfiere con la erupción y alineación dental.

Finalmente, hábitos como la onicofagia, aunque menos abordados en la literatura ortodóncica, pueden causar microtraumatismos, desgaste dental y alteraciones periodontales leves.

2.4 Factores etiológicos de los hábitos bucales

La etiología de los hábitos bucales es multifactorial y puede estar determinada tanto por aspectos fisiológicos como emocionales y socioculturales. Estos factores no solo explican la aparición del hábito, sino que también persisten si no son intervenidos o tratados a tiempo.

2.4.1 Factores emocionales y psicológicos

Los factores emocionales están directamente relacionados con la necesidad de consuelo que experimentan los niños, especialmente durante los primeros años de vida. Hábitos

como la succión digital o el uso prolongado del chupete se asocian frecuentemente con la búsqueda de seguridad frente a situaciones de estrés, separación parental, inseguridad o carencia afectiva.

Algunos hábitos bucales pueden estar asociados a factores emocionales funcionando en ciertos casos como mecanismos de respuesta ante situaciones de ansiedad o estrés en el niño.

Este tipo de manifestaciones son especialmente comunes en pacientes que presentan ansiedad o dificultades en la expresión de emociones. De hecho, diversos estudios han evidenciado que niños con antecedentes de trauma emocional tienen mayor probabilidad de desarrollar hábitos como la onicofagia o el bruxismo (15).

2.4.2 Factores fisiológicos

Entre los factores fisiológicos se destacan principalmente las obstrucciones respiratorias, como la hipertrofia adenoidea, desviación del tabique nasal, y las alergias crónicas, las cuales obligan al niño a adoptar una respiración oral. Según González, Navarro y Pereira (8), la respiración bucal no es solamente una alteración funcional, sino una condición clínica que altera el desarrollo maxilofacial, dado que el niño mantiene constantemente la boca abierta, promoviendo un crecimiento vertical facial excesivo y una postura inadecuada de la lengua.

Asimismo, cuando existen alteraciones en la tonicidad muscular o en el patrón de deglución, como en la deglución infantil persistente, se produce una presión constante de la lengua contra los incisivos, lo que puede generar mordida abierta y protrusión. En estos casos, la intervención debe centrarse tanto en corregir la causa fisiológica como en cambiar el hábito mediante terapia miofuncional, es importante abordar ambas para que sea efectiva.

2.4.3. Factores socioculturales y ambientales

El entorno familiar cumple un rol fundamental en la formación y persistencia de los hábitos bucales. Una crianza permisiva, la ausencia de límites claros o el desconocimiento sobre las consecuencias de mantener ciertos hábitos, son factores que pueden favorecer su perpetuación. El abordaje terapéutico de los hábitos bucales no puede dissociarse del contexto familiar, ya que es allí donde se originan y consolidan estas conductas (16, p. 77).

El uso prologando del chupete puede asociarse con alteraciones en el desarrollo dentofacial, especialmente cuando se mantiene más allá de las edades recomendadas. En este sentido las prácticas familiares y sociales juegan un papel importante en la prevención de problemas bucales en niños.

2.5 Consecuencias de los hábitos bucales no corregidos

Los hábitos bucales persistentes pueden traer consigo una serie de consecuencias que afectan no solo la estética dental, sino también el desarrollo funcional del sistema estomatognático. Estas consecuencias son tanto morfológicas como funcionales, y pueden clasificarse en inmediatas y a largo plazo.

2.5.1 Consecuencias ortodóncicas

Las maloclusiones dentarias son una de las principales consecuencias observadas. Según la clasificación de Angle, los hábitos orales como la succión digital pueden provocar desde una mordida abierta anterior hasta una clase II división 1 por la protrusión de los incisivos superiores (1). Además, la presión constante sobre las estructuras óseas puede inducir el estrechamiento del maxilar, provocando una mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.

En una muestra de 120 escolares, se demostró que el 67% de los niños que presentaban succión digital activa tenían mordida abierta anterior, mientras que solo el 12% del grupo control presentaba dicha alteración. Esto evidencia la relación directa entre el hábito y el desarrollo de maloclusiones (13).

2.5.2 Alteraciones funcionales

Además de las alteraciones dentales, se presentan trastornos funcionales. La respiración bucal puede modificar la postura lingual, lo que a su vez influye en la fonación, la masticación y la deglución. En casos severos, incluso se compromete el rendimiento académico, ya que el niño sufre de hipoxia leve constante, lo que repercute en su concentración y atención (17).

La deglución atípica, por su parte, no solo genera desequilibrios musculares, sino que también interfiere con el sellado labial y el posicionamiento de la lengua, lo que se traduce en alteraciones fonéticas que requieren intervención fonoaudiológica (14).

2.5.3 Consecuencias psicológicas y sociales

En algunos casos, especialmente cuando los hábitos son evidentes a simple vista (como la succión del dedo o la onicofagia), los niños pueden sufrir burlas o acoso escolar, lo que afecta su autoestima.

2.6. Diagnóstico y evaluación clínica de los hábitos bucales

El diagnóstico de los hábitos bucales debe ser integral, considerando tanto la anamnesis como la evaluación clínica funcional del paciente (respiración, deglución, fonación). No basta con observar las alteraciones dentarias; es fundamental comprender el contexto en el que se produce el hábito, su frecuencia, duración e intensidad.

2.6.1 Anamnesis y entrevista clínica

Durante la primera consulta, es esencial realizar una entrevista a los padres o tutores, donde se indague acerca del desarrollo psicomotor del niño, sus hábitos diarios, patrones de sueño, alimentación y respiración. La identificación del hábito debe ir acompañada de una evaluación del entorno familiar, escolar y emocional del niño para comprender mejor su origen y persistencia (4, p. 59).

2.6.2 Examen clínico

El examen clínico debe incluir la inspección de los tejidos blandos y duros, así como la observación de signos indirectos como mordidas abiertas, arcadas estrechas, desplazamientos dentarios y patrones de desgaste. Además, se recomienda evaluar la respiración (nasal vs. oral), el sellado labial, y la deglución mediante pruebas simples de observación.

2.6.3 Evaluación funcional

La evaluación funcional implica valorar la tonicidad y movilidad de la lengua, labios y músculos periorales. En algunos casos se sugiere el uso de registros fotográficos y análisis cefalométricos para observar alteraciones esqueléticas relacionadas al hábito. Estos estudios permiten evidenciar alteraciones como retrognatia mandibular o crecimiento vertical excesivo que podrían pasar desapercibidas en una simple inspección visual (18).

2.7 Estrategias terapéuticas para el tratamiento de los hábitos bucales

El tratamiento de los hábitos bucales en niños necesita un enfoque integral que contemple la modificación de la conducta como la corrección de las alteraciones dento-esqueléticas que hayan podido crearse. Para poder escoger el tratamiento dependerá del tipo de hábito, su duración, la edad y las consecuencias clínicas del paciente (6).

El abordaje terapéutico de los hábitos bucales debe ser integral, combinando estrategias conductuales, funcionales y en algunos casos, el uso de aparatología ortopédica u ortodóncica.

2.7.1 Intervención conductual y educativa

Una de las primeras estrategias es la intervención conductual, que busca modificar el hábito a través de técnicas de refuerzo positivo, educación y compromiso del paciente y su entorno.

La terapia conductual es más efectiva cuando el niño toma conciencia de su hábito y se siente motivado a eliminarlo (4, p. 81). Esta intervención debe incluir a los padres, quienes actúan como agentes activos del proceso.

En esta etapa también se emplean recursos como los calendarios de hábitos, sistemas de recompensas, juegos terapéuticos y cuentos educativos diseñados para niños (19).

Es importante destacar que, en niños menores de 6 años, la extinción del hábito puede lograrse solo con esta intervención, si se aplica de manera constante.

2.7.2 Terapia miofuncional orofacial

Cuando el hábito ha producido alteraciones en funciones orales como la deglución, respiración o fonación, se recomienda el uso de terapia miofuncional. Esta intervención se basa en una serie de ejercicios diseñados para reeducar los músculos orofaciales, mejorar el tono muscular y restablecer patrones funcionales correctos (20).

La terapia miofuncional no solo corrige los patrones alterados, sino que también previene recaídas del hábito, al brindar al paciente nuevas herramientas funcionales (11, p. 47). Además, esta terapia puede aplicarse como complemento de otros tratamientos, incluyendo la aparatología ortodóncica.

2.7.3 Uso de aparatología interceptiva

La aparatología interceptiva constituye una herramienta eficaz cuando el hábito persiste a pesar de las intervenciones conductuales o cuando ha generado alteraciones estructurales visibles. Existen distintos tipos de aparatos, que pueden ser fijos o removibles, diseñados para interrumpir el hábito o corregir la maloclusión generada. Ejemplos de ellos incluyen las rejillas palatinas, pistas planas, escudos vestibulares y rejillas linguales (18).

Estos dispositivos funcionan como barreras físicas que dificultan la ejecución del hábito y, al mismo tiempo, promueven una nueva posición funcional de la lengua o de los labios. Sin embargo, su éxito depende del grado de colaboración del paciente y de la adecuada supervisión profesional (12).

2.7.4 Intervención interdisciplinaria

Es fundamental destacar que, en muchos casos, el tratamiento de hábitos bucales exige un abordaje interdisciplinario. Profesionales como fonoaudiólogos, psicólogos, otorrinolaringólogos y terapeutas ocupacionales pueden aportar herramientas esenciales para tratar tanto la causa como las consecuencias del hábito (21).

2.8 Rol del ortodoncista en el abordaje de los hábitos bucales

El ortodoncista tiene un papel clave en la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los hábitos bucales. Su formación le permite identificar tempranamente signos clínicos y funcionales que podrían pasar desapercibidos por otros profesionales de la salud. Además, cuenta con los conocimientos y herramientas para diseñar estrategias de intervención eficaces, ya sean preventivas, interceptivas o correctivas.

2.8.1 Prevención y educación

Desde una perspectiva preventiva, el ortodoncista debe educar a padres, tutores y docentes sobre los hábitos orales nocivos, sus posibles consecuencias y la importancia de la intervención oportuna. Esta labor educativa puede realizarse en la consulta, mediante charlas comunitarias o en programas de salud escolar (8).

La prevención es más económica y eficaz que cualquier tratamiento correctivo, y por ello debe ser la primera línea de acción (7).

2.8.2 Diagnóstico precoz y seguimiento clínico

El diagnóstico temprano permite aplicar tratamientos más simples y menos invasivos. Un ortodoncista capacitado puede detectar mordidas abiertas incipientes, discrepancias transversales o problemas posturales relacionados con la respiración bucal (14). Así mismo, el seguimiento clínico periódico permite evaluar la evolución del tratamiento y hacer ajustes necesarios.

2.8.3 Tratamiento ortodóncico interceptivo

Cuando el hábito ha generado alteraciones oclusales, el ortodoncista puede diseñar un tratamiento interceptivo personalizado. El tratamiento interceptivo no solo permite

corregir las maloclusiones, también contribuye a generar conciencia en el niño y sus padres sobre la importancia de la salud oral.

Además, el ortodoncista puede trabajar junto a otros especialistas para tratar el hábito de manera más completa, evitar que vuelva a aparecer y favorecer un desarrollo adecuado de las estructuras orofaciales.

2.9 Tipología de hábitos bucales, consecuencias clínicas y tratamiento con aparatología interceptiva

Los hábitos bucales en niños abarcan una amplia variedad de conductas que, si bien pueden parecer inofensivas en la etapa inicial, pueden desencadenar consecuencias significativas a nivel funcional y estructural del sistema estomatognático. El tratamiento oportuno de estos hábitos requiere ser abordado individualmente, que considere la aplicación de aparatología interceptiva adaptada al tipo de hábito y a las características clínicas del paciente.

A continuación, describiré los hábitos bucales más comunes en la infancia, sus consecuencias y el tratamiento utilizado.

2.9.1 Hábito de succión digital (dedo)

Es uno de los hábitos más frecuentes en la infancia temprana. Su persistencia más allá de los 3 o 4 años puede generar alteraciones como mordida abierta anterior, protrusión de los incisivos superiores, retroinclinación de los inferiores, paladar ojival y discrepancia esquelética de clase II (8).

El tratamiento inicial incluye educación y motivación del paciente, complementado con aparatología cuando no se logra la extinción del hábito.

Entre los dispositivos más utilizados para este tipo de hábito se encuentra la rejilla palatina fija, un aparato empleado en ortopedia interceptiva cuya función es impedir mecánicamente la colocación del dedo y crear una barrera física que desencadene el abandono progresivo del hábito (12).

Inicialmente, la rejilla palatina fue utilizada principalmente para limitar la succión digital, generando incomodidad para realizar el hábito y disminuyendo la sensación

placentera asociada a la succión. Luego, su uso se amplió al tratamiento de interposición lingual, debido a que también impide el desplazamiento anterior de la lengua y favorece una posición lingual adecuada.

Figura 2. Rejilla palatina fija como barrera física para interrumpir succión digital en niños



Fuente: Modificado de Arrieta, L., Jiménez, M. y Soto, R. Aparatología interceptiva para el manejo de hábitos orales en odontopediatría (12).

Figura 3. Hábito de succión digital y mordida abierta asociada



Fuente: Recopilación con fines didácticos de archivos clínicos de libre acceso.

2.9.2 Hábito de uso prolongado de biberón o chupete

Aunque el uso de chupete y biberón forma parte de la etapa fisiológica de succión durante los primeros años de vida, su utilización moderada en esta etapa no se considera un perjuicio. La succión en la edad temprana cumple una función importante en el desarrollo neuromuscular, además de proporcionar sensación de seguridad, calma y satisfacción emocional al niño.

Sin embargo, su prolongación más allá de los 2-3 años puede alterar el equilibrio muscular y afectar al desarrollo normal de las estructuras tanto óseas como dentarias. Diversos autores señalan que cuando estos hábitos son eliminados tempranamente, algunas alteraciones leves como mordida abierta anterior, puede corregirse durante el crecimiento. En cambio, la prolongación del hábito incrementa el riesgo de desarrollar otro tipo de alteraciones, como mordidas abiertas persistentes, arcadas estrechas y deglución atípica, que posteriormente necesitaran tratamiento interceptivo (11).

El abordaje terapéutico incluye el reemplazo progresivo del biberón por vaso, en casos donde ya existe alteraciones estructurales establecidas se puede requerir la aplicación de placas removibles con rejilla anterior.

Figura 4. Dispositivo removable con rejilla palatina para hábito de succión o lengua.



Fuente: Extraído de Torres et al (22).

2.9.3 Hábito de interposición lingual o deglución atípica

La interposición de la lengua entre los arcos dentales durante la deglución es una de las disfunciones orofaciales más frecuentes en pacientes infantiles. Esta alteración ocurre cuando la lengua adopta una posición inadecuada al momento de deglutir, ejerciendo presión sobre los dientes anteriores en lugar de apoyarse correctamente en el paladar. Frecuentemente, se acompaña de alteraciones funcionales como dificultades en la pronunciación de ciertos sonidos, respiración bucal y desequilibrio muscular. Clínicamente, puede observarse mordida abierta anterior, protrusión dental y alteraciones en el desarrollo de los maxilares (8).

El tratamiento requiere terapia miofuncional orofacial, la cual consiste en ejercicios destinados a reeducar la posición y función de la lengua, labios y musculatura facial. Esta terapia suele estar acompañada de aparatología como la rejilla palatina con trampa lingual o el uso de pistas planas, las cuales estimulan el posicionamiento lingual adecuado.

Figura 5. Comparación entre deglución normal y deglución atípica con interposición lingual



Fuente: Extraído de Medina et, al (23).

Figura 6. Mordida abierta anterior relacionada a interposición lingual y deglución atípica.



Fuente: Recopilación con fines didácticos de archivos clínicos de libre acceso.

Figura 7. Representación gráfica del efecto del tongue crib sobre la lengua durante la deglución



Fuente: Extraído del catálogo digital de Parklund Labs (24).

2.9.4 Hábito de succión labial

La succión labial, especialmente la del labio inferior es un hábito que consiste en la interposición o mordisqueo constante del labio entre los dientes anteriores. Generalmente se encuentra relacionado con problemas de ansiedad, inseguridad o como consecuencia de otras maloclusiones.

Este hábito puede producir desequilibrios musculares en la región perioral, debido a la presión continua generada por el labio sobre los dientes. Clínicamente se puede observar retrusión de los incisivos inferiores y protrusión de los superiores, provocando un patrón de clase II división 1.

El tratamiento inicial se basa en la identificación y eliminación del hábito mediante educación del paciente. También pueden indicarse ejercicios miofuncionales orientados a mejorar el equilibrio muscular y la posición adecuada de los labios.

En caso donde el hábito persiste o ya existen alteraciones dentarias pueden utilizarse placas activas con escudo vestibular o lip bumper, la cual actúa como una barrera física que impide la interposición del labio inferior y disminuye la presión muscular sobre los dientes anteriores.

Figura 8. Hábito succión labial



Fuente: Recopilación con fines didácticos de archivos clínicos de libre acceso.

Figura 9. Protrusión de incisivos superiores y aumento de resalte horizontal asociado a succión labial



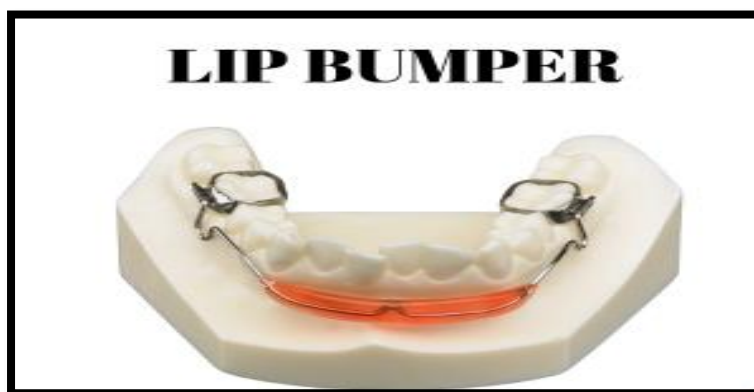
Fuente: Recopilación con fines didácticos de archivos clínicos de libre acceso.

Figura 10. Alteraciones faciales relacionadas con el desequilibrio muscular perioral



Fuente: Extraído del portal informativo de Oak Tree Orthodontics (25).

Figura 11. Vestibular screen, escudo labial o lip bumper para succión labial.



Fuente: Extraído de Colín Ocampo (26).

2.9.5 Hábito de respiración

La respiración a través de la boca no es únicamente un hábito, si no que en muchos casos está relacionada con una obstrucción de vías respiratorias superiores, como hipertrofia adenoidea y desviación del tabique nasal o aumento de amígdalas. Cuando este hábito se mantiene durante la infancia puede alterar el crecimiento y desarrollo craneofacial.

Los pacientes con respiración bucal que presentan esta situación muestran características clínicas conocidas como “facies adenoidea”, entre ellas rostro alargado, paladar profundo u ojival y mordida cruzada posterior. Además, la disminución del paso de aire por las fosas nasales puede contribuir al estrechamiento del maxilar superior y al desarrollo de malformaciones dentofaciales (14, p. 33).

La respiración bucal también puede asociarse a alteraciones posturales, debido a que muchos niños suelen adoptar una posición adelantada de la cabeza y cuello para favorecer el flujo aéreo. Cuando esta postura se mantiene de manera prolongada puede influir en el equilibrio corporal y generar modificaciones en la alineación de la columna vertebral.

El enfoque del tratamiento debe ser multidisciplinario, abordando tanto la causa respiratoria como alteraciones funcionales y dentomaxilares asociadas. En muchos casos es necesaria la evaluación de un especialista en otorrinolaringología para corregir obstrucciones de las fosas nasales. Desde un efecto odontológico pueden utilizarse aparatos expansores maxilares y aparatología interceptiva que favorezca el desarrollo transversal del maxilar y mejore la función respiratoria, uno de los aparatos más empleados es la placa removible con tornillo expansor, los cuales permiten aumentar el ancho del maxilar, favoreciendo mejor paso de aire por las fosas nasales.

En algunos casos se complementa con ejercicios de reeducación muscular y seguimiento funcional para favorecer la respiración nasal.

Figura 12. Características faciales del respirador bucal (facies adenoidea)



Fuente: Recopilación con fines didácticos de archivos clínicos de libre acceso.

Figura 13. Paladar ojival y estrechamiento maxilar asociado



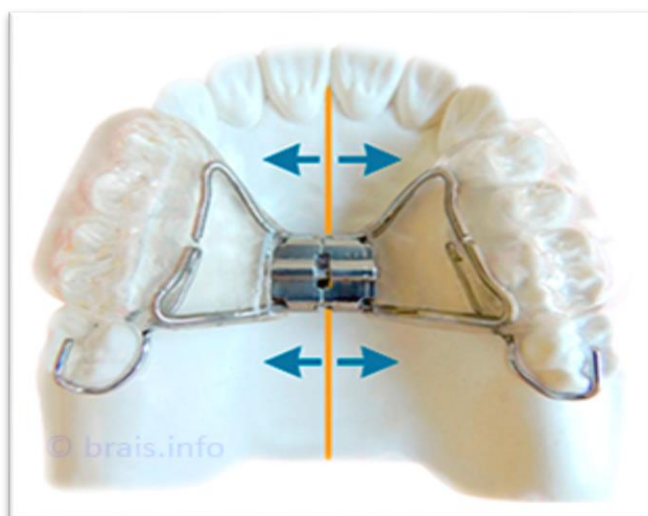
Fuente: Extraído de Espinoza Holguín et al. (27).

Figura 14. Alteraciones posturales relacionadas con respiración bucal



Fuente: Recopilación con fines didácticos de archivos clínicos de libre acceso.

Figura 15. Aparatología utilizada en tratamiento interceptivo (Disyuntor Mcnamara).



Fuente: Extraído del portal informativo BRAIS (28).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

El estudio actual se enmarca dentro de un método **cuantitativo**, donde se reunirán y examinarán datos numéricos obtenidos mediante registros clínicos y observaciones estructuradas en individuos que exhiben hábitos bucales perjudiciales. Esta metodología permite reconocer la frecuencia de los diferentes hábitos, su relación con alteraciones dentales específicas y la efectividad de los tratamientos implementados.

Un método **descriptivo**, dado que tiene como objetivo detallar los hábitos bucales presentes en niños de 5 a 10 años que visitan la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UAJMS en el año 2025. La caracterización se hará según el tipo de hábito, efectos clínicos observados y la clase de aparatología de intervención utilizada.

El diseño elegido es **no experimental** y de carácter transversal, ya que la recopilación de datos se llevará a cabo en un solo momento, sin alterar intencionadamente las variables. Se examinará la realidad tal como aparece en el entorno clínico, sin intervenir en el surgimiento de los hábitos, alineándose así con los objetivos de una investigación descriptiva.

3.2 Población y muestra

La población será de 35 sujetos de estudio, conformada por pacientes de 5 a 10 años que acudieron a la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma "Juan Misael Saracho" durante la gestión 2025.

La muestra estará conformada por pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, de acuerdo a un muestreo por conveniencia, considerando a aquellos niños que asistan a consulta de la Clínica de Ortodoncia y presenten hábitos bucales.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1 Criterios de inclusión

Para la selección de los pacientes que serán parte de este estudio, se considerará:

- Pacientes entre 5 a 10 años de edad
- Pacientes que presenten hábitos bucales
- Pacientes que acudieron a la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología UAJMS durante la gestión 2025

3.3.2 Criterios de exclusión

Se excluirán pacientes que cumplan las siguientes características:

- Pacientes con alteraciones congénitas
- Pacientes con tratamientos ortodónticos previos
- Pacientes que no colaboren durante la evaluación clínica

3.4 Variables de estudio

En la presente investigación se considerarán las siguientes variables:

Tabla 1. Variable Independiente

Variable	Indicador	Categorías	Escala
Tipo de tratamiento	Tipo de aparatología utilizada	Aparatos removibles, aparatos fijos, terapia miofuncional, educación/eliminación de hábito	Nominal

Fuente: Elaboración propia,2025.

Tabla 2. Variables Dependientes

Variable	Indicador	Categorías	Escala
Tipo de hábito bucal	Presencia del hábito	Succión digital, respiración bucal, deglución atípica, interposición lingual	Nominal
Alteraciones clínicas observadas	Alteración observada	Mordida abierta, mordida cruzada, apiñamiento	Nominal
Tipo de aparatología utilizada	Aparatología observada	Placa removible con rejilla anterior, placa removible con rejilla palatina, placa removible con tornillo expansor, máscara facial para protracción maxilar	Nominal

Fuente: Elaboración propia,2025.

Tabla 3. Variables Intervinientes

Variable	Indicador	Categorías	Escala
Edad	Edad del paciente	5 a 10 años	Cuantitativa
Sexo	Sexo del paciente	Masculino, Femenino	Nominal

Fuente: Elaboración propia,2025.

3.5 Materiales, técnicas e instrumentos utilizados

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizaron las historias clínicas odontológicas de pacientes atendidos en la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma "Juan Misael Saracho" durante la gestión 2025. Asimismo, se emplearon fotografías intraorales y extraorales, radiografías panorámicas y laterales, modelos de estudio, registros de observación clínica y una base de datos elaborada en Microsoft Excel para el registro, organización y procesamiento de la información obtenida.

3.6 Métodos y técnicas de investigación

La investigación se desarrolló mediante el método descriptivo, permitiendo caracterizar los hábitos bucales, los efectos clínicos asociados y la aparatología interceptiva utilizada en pacientes de 5 a 10 años de edad.

La técnica de investigación empleada fue la revisión documental de historias clínicas, complementada con la observación clínica indirecta a través del análisis de fotografías intraorales, extraorales, radiografías y modelos de estudio, lo que permitió identificar las variables consideradas en la investigación.

3.7 Instrumentos para la recolección de información.

Para la recolección de la información se emplearon como instrumentos las historias clínicas odontológicas de los pacientes atendidos en la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma "Juan Misael Saracho" durante la gestión 2025. Asimismo, se utilizaron registros de observación clínica, fotografías intraorales y extraorales, radiografías panorámicas y laterales, modelos de estudio y una base de datos elaborada en Microsoft Excel para el registro y organización de las variables de investigación.

Estos instrumentos permitieron recopilar información relacionada con la edad, sexo, hábitos bucales presentes, alteraciones clínicas observadas y tipo de aparatología

interceptiva utilizada en cada paciente, facilitando el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación.

3.8 Técnicas y procedimientos para el análisis de datos

Una vez recopilada la información, los datos fueron registrados y organizados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Posteriormente, se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante la obtención de frecuencias absolutas y porcentajes para cada una de las variables estudiadas.

Los resultados fueron organizados y presentados mediante tablas y figuras, permitiendo describir la distribución de los hábitos bucales, los efectos clínicos observados y la aparatología interceptiva utilizada en la población de estudio, facilitando su interpretación y análisis.

3.9 Cronograma de actividades

El desarrollo de la presente investigación comprendió las siguientes actividades:

- Revisión bibliográfica.
- Elaboración y aprobación del protocolo de investigación.
- Revisión de historias clínicas y recopilación de la información.
- Organización y tabulación de los datos en Microsoft Excel.
- Análisis e interpretación de los resultados.
- Elaboración del informe final de investigación.

Actividades	Nov.2025	Dic.2025	Ene.2026	Feb.2026	Mar.2026	Abr.2026	May.2026
Elaboración y aprobación del perfil de investigación	X						
Revisión bibliográfica y elaboración de marco teórico		X	X				
Revisión de historias clínicas correspondientes a la gestión 2025 y recopilación de información				X	X		
Organización y tabulación de datos					X		
Análisis e interpretación de resultados						X	
Elaboración de informe final de investigación						X	X

Tabla 4. Cronograma de actividades

Fuente: Elaboración propia.2026

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se expondrán los resultados obtenidos a partir del análisis realizado a 35 pacientes de edades entre 5 a 10 años que fueron atendidos en la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho durante la gestión 2025. Los datos mencionados fueron organizados mediante el uso de tablas y gráficos para facilitar su interpretación y análisis.

4.1 Distribución según sexo

Tabla 5. Distribución según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
femenino	21	60.00%
masculino	14	40.00%
Total general	35	100.00%

Fuente: Elaboración propia,2025.

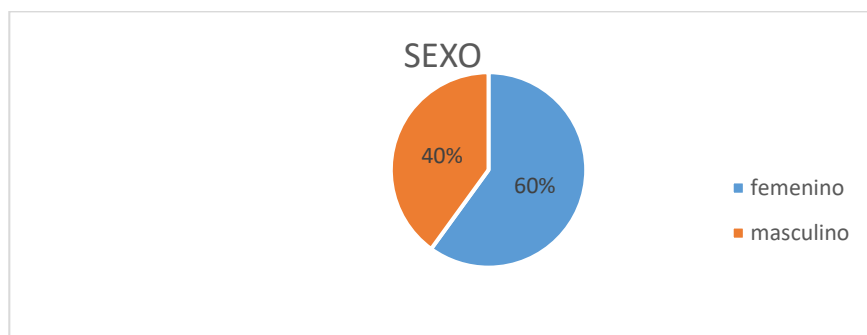


Figura 16. Distribución según sexo

Fuente: Elaboración propia,2025

Del total de pacientes evaluados, predominó el sexo femenino con 60%, seguido el sexo masculino con 40%.

4.2 Distribución según edad

Tabla 6. Distribución según edad

	Frecuencia Edad	Porcentaje Edad
6	2	5.71%
7	8	22.86%
8	13	37.14%
9	4	11.43%
10	8	22.86%
Total general	35	100.00%

Fuente: Elaboración propia,2025.

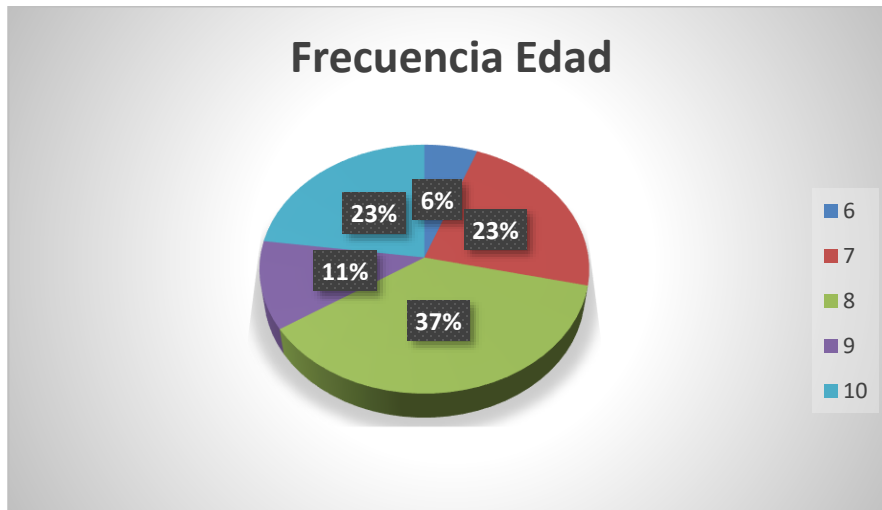


Figura 17. Distribución según edad

Fuente: Elaboración propia,2025.

Respecto a la edad de los pacientes analizados, el grupo de 6 años de edad está representado por el 6% de la muestra, los de 7 años el 23% y el grupo de 8 años fue el más numeroso con 37%. Por último, los pacientes de 9 y 10 años conformaron el 11% y 23% del total analizado respectivamente.

4.3 Presencia de hábitos bucales

Tabla 7. Presencia de hábitos bucales

	Frecuencia Hábito presente	Porcentaje Hábito Presente
no	9	25.71%
no determinado	11	31.43%
si	15	42.86%
Total general	35	100.00%

Fuente: Elaboración propia, 2025.

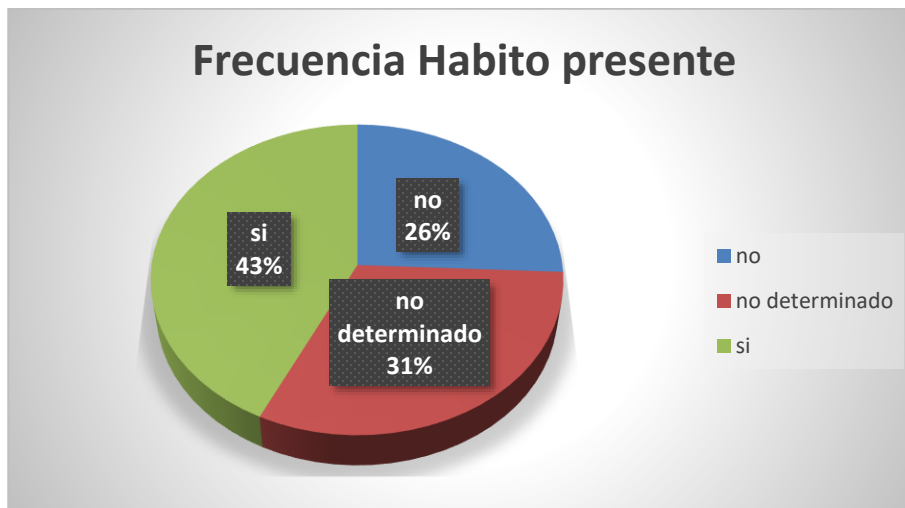


Figura 18. Presencia de hábitos bucales

Fuente: Elaboración propia, 2025

La mayoría de los pacientes presentaba un hábito bucal activo, mientras que el 31% no pudo determinarse y un 26% no presentaba un hábito bucal activo.

Los resultados obtenidos evidencian una elevada presencia de hábitos bucales atendidos en la Clínica de Ortodoncia, lo que demuestra la importancia del diagnóstico temprano durante la etapa de crecimiento y desarrollo maxilofacial. Así mismo, el porcentaje de casos no determinados podría relacionarse con la ausencia de información clínica completa en algunos casos revisados.

4.4 Tipos de hábitos bucales identificados

Tabla 8. Tipos de hábitos bucales identificados

	Frecuencia Tipo de Hábito	Porcentaje Tipo de hábito
deglución atípica	5	14.29%
empuje lingual	1	2.86%
ninguno	15	42.86%
no determinado	5	14.29%
respiración bucal	3	8.57%
succión no nutritiva	6	17.14%
Total general	35	100.00%

Fuente: Elaboración propia,2025.

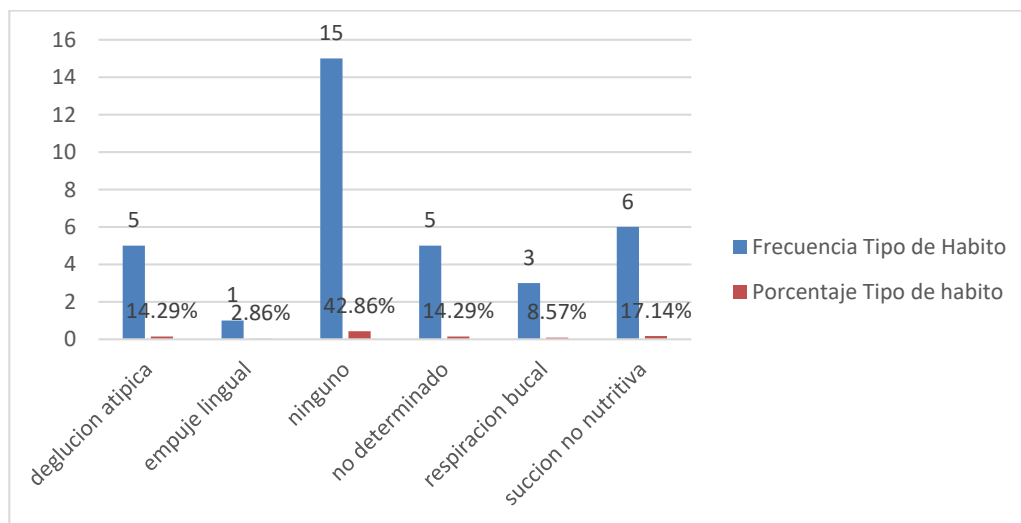


Figura 19. Tipos de hábitos bucales identificados

Fuente: Elaboración propia,2025.

La succión no nutritiva constituyo el hábito bucal más frecuente dentro de la muestra estudiada, seguida de la deglución atípica, respiración bucal y el empuje lingual.

La predominancia de la succión no nutritiva dentro de la muestra analizada sugiere que el hábito continúa siendo frecuente durante la dentición mixta, pudiendo generar alteraciones funcionales y estructurales cuando persiste por periodos prolongados.

La presencia de deglución atípica y respiración bucal también representa un factor importante dentro del desarrollo de maloclusiones, debido a las modificaciones que producen sobre la musculatura orofacial y el equilibrio entre los dientes y la estructura craneal.

4.5 Efectos clínicos observados

Tabla 9. Efectos clínicos observados

Etiquetas de fila	Frecuencia efecto clínico	Porcentaje efecto clínico
apiñamiento anterior	2	5.71%
clase I	1	2.86%
clase II	1	2.86%
compresión maxilar	1	2.86%
información insuficiente	6	17.14%
interposición lingual	1	2.86%
mordida abierta anterior y diastema		
interincisivo	1	2.86%
mordida abierta anterior	9	25.71%
mordida borde a borde anterior	4	11.43%
mordida cruzada anterior	5	14.29%
mordida cruzada posterior	1	2.86%
mordida profunda anterior	1	2.86%
overjet aumentado	2	5.71%
Total general	35	100.00%

Fuente: Elaboración propia,2025.

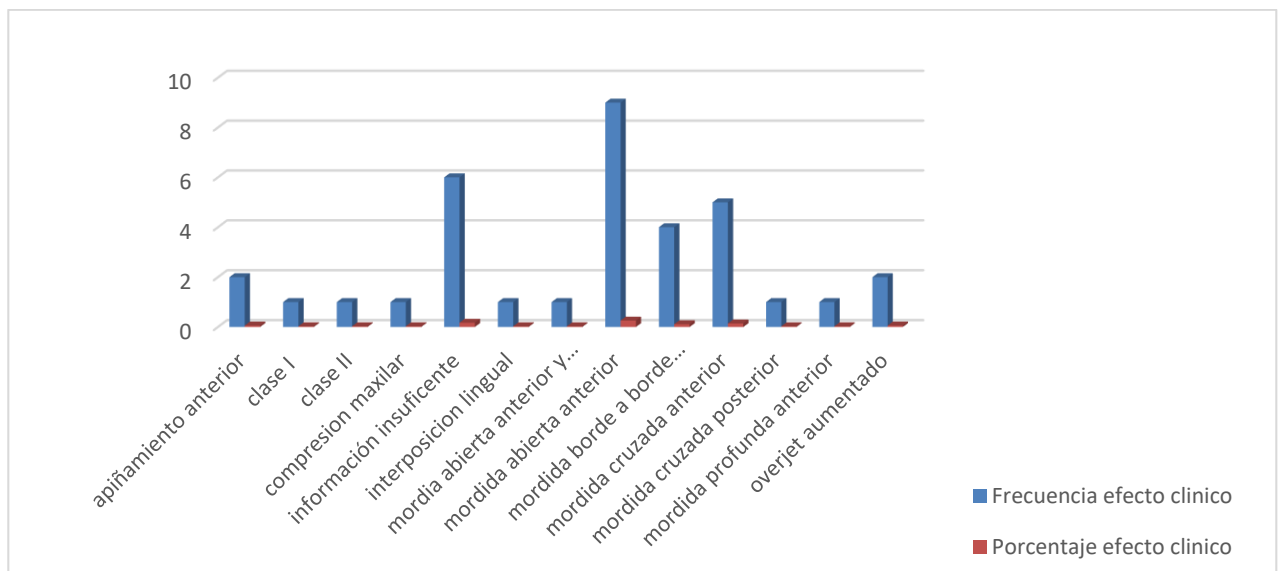


Figura 20. Efectos clínicos observados

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Entre los efectos clínicos observados con mayor frecuencia se encontró la mordida abierta anterior, representando el 25.71% de los casos evaluados. También se evidenciaron casos de mordida cruzada anterior (14,29%) y mordida borde a borde anterior (11,43%).

Estos hallazgos sugieren que los hábitos bucales persistentes durante la infancia pueden alterar el desarrollo adecuado de las estructuras maxilofaciales, principalmente a nivel de relación vertical y transversal.

4.6 Aparatología utilizada

Tabla 10. Aparatología utilizada

	Frecuencia de Aparatología	Porcentaje de Aparatología
arco extraoral	1	2.86%
expansor palatino	2	5.71%
no determinada	6	17.14%
placa de expansión activa	2	5.71%
placa removible con rejilla lingual	1	2.86%
placa removible con tornillo expansor	14	40.00%
placa removible con tornillo expansor y rejilla anterior	4	11.43%
placa removible con tornillo expansor y resorte anterior	1	2.86%
placa removible con tornillo expansor y resortes de alineación anterior	3	8.57%
placa removible de expansión con rejilla lingual y tornillo central	1	2.86%
Total general	35	100.00%

Fuente: Elaboración propia, 2025.

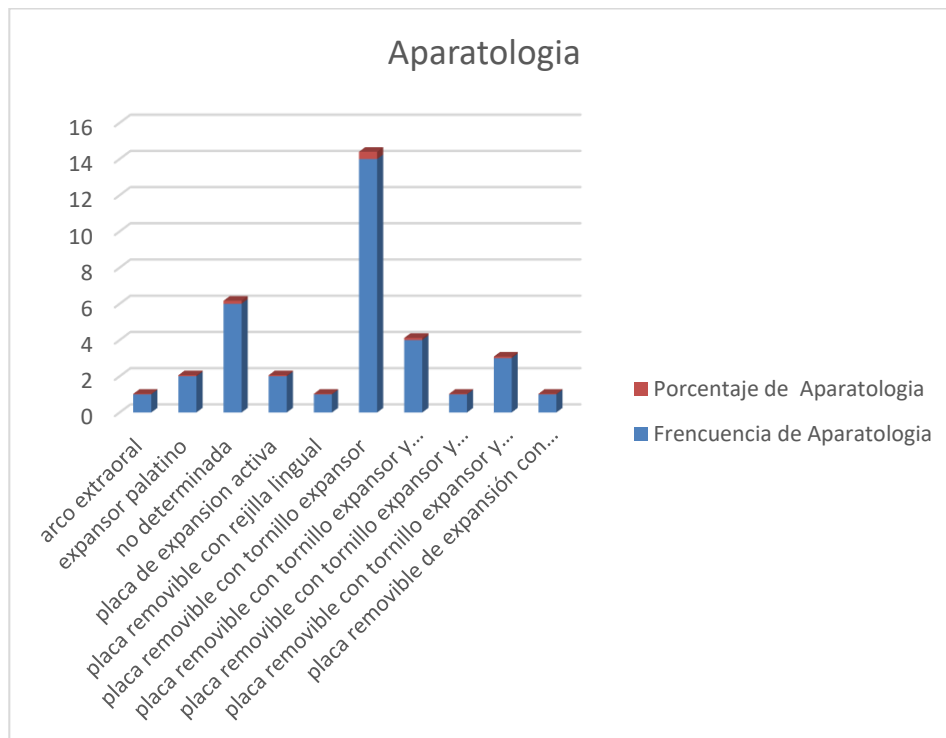


Figura 21. Aparatología utilizada

Fuente: Elaboración propia, 2025.

En relación con la aparatología utilizada para el tratamiento de los hábitos bucales, se observó una mayor frecuencia en el uso de placas removibles con tornillo expansor, seguidas de aparatologías combinadas con rejilla lingual y resortes de alineación.

La utilización claramente predominante de placas removibles con tornillo expansor se puede deber a la elevada presencia de alteraciones transversales y mordidas cruzadas observadas en los pacientes evaluados. Así mismo, el uso de aparatologías combinadas permitió abordar simultáneamente alteraciones funcionales y dento-esqueléticas.

4.7 Relación entre hábitos bucales y efectos clínicos

Tabla 11. Relación hábitos bucales y efectos clínicos

Cuenta de Efecto Clínico	mordida abierta anterior	mordida borde a borde anterior	mordida cruzada anterior	overjet aumentado	Total general
deglución atípica	3				3
interposición lingual		1			1
respiración bucal	2			1	3
succión no nutritiva	4			2	6
Total general	9	1	2	1	13

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Nota: Se consideraron únicamente los efectos clínicos más representativos asociados a los hábitos bucales observados en la muestra estudiada.

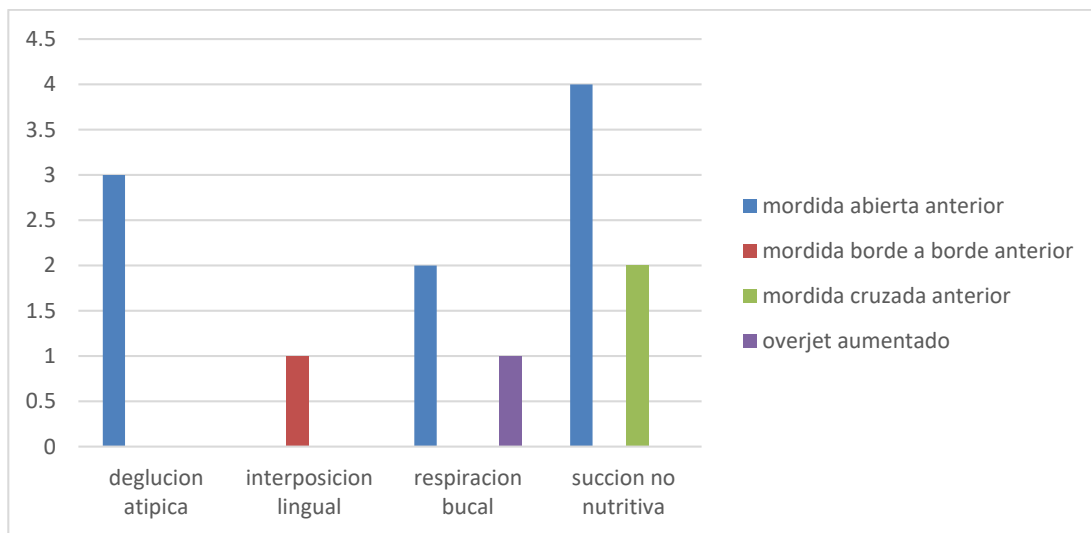


Figura 22. Relación hábitos bucales y efectos clínicos

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Al relacionar los hábitos bucales con los efectos clínicos observados, se evidenció que la succión no nutritiva y la deglución atípica se relacionan con la mordida abierta anterior principalmente, así también la respiración bucal está asociada con la mordida abierta anterior y la mordida cruzada anterior.

Estos resultados reflejan la influencia que ejercen los hábitos bucales persistentes sobre el desarrollo de las estructuras dentomaxilofaciales durante la infancia. La acción repetitiva de fuerzas musculares inadecuadas puede alterar la posición dentaria y modificar el crecimiento óseo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. En la población estudiada predominó el sexo femenino, representando el 60% de los pacientes evaluados, siendo el grupo de 8 años el más frecuente dentro de la muestra.
2. La presencia de hábitos bucales fue frecuente en los pacientes atendidos en la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UAJMS, observándose principalmente hábitos de succión no nutritiva, deglución atípica y respiración bucal.
3. Entre los efectos clínicos observados con mayor frecuencia se identificó la mordida abierta anterior, seguida de mordida cruzada anterior y mordida borde a borde anterior, evidenciando la influencia de los hábitos bucales sobre el desarrollo dentomaxilofacial.
4. La aparatología que más se utilizó en la Clínica de Ortodoncia fue la placa removible con tornillo expansor.
5. Se evidenció relación entre determinados hábitos bucales y alteraciones clínicas específicas, principalmente entre la succión no nutritiva y la mordida abierta anterior, así como entre la respiración bucal y las alteraciones transversales del maxilar superior.
6. La intervención interceptiva durante la infancia constituye una alternativa terapéutica importante para disminuir la progresión de maloclusiones y favorecer un adecuado desarrollo funcional y estructural del sistema estomatognático.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el diagnóstico temprano de hábitos bucales durante la infancia mediante evaluaciones clínicas integrales en los servicios odontológicos pediátricos y ortodóncicos.
2. Promover programas de educación dirigidos a padres y tutores sobre la importancia de identificar y eliminar hábitos bucales persistentes antes que produzcan alteraciones funcionales y estructurales.
3. Incentivar el tratamiento interceptivo mediante aparatología ortopédica funcional en pacientes que presentan alteraciones asociadas a hábitos bucales.
4. Fomentar el trabajo interdisciplinario entre ortodoncistas, odontopediatras y otros profesionales de la salud para el manejo integral de pacientes con alteraciones funcionales.
5. Realizar futuras investigaciones con muestras más amplias y seguimiento clínico longitudinal que permitan evaluar la evolución de los hábitos bucales y la efectividad de los tratamientos interceptivos empleados.