



MediSur

E-ISSN: 1727-897X

mikhail@infomed.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas de

Cienfuegos

Cuba

Acevedo Sierra, Odalys; Rosell Silva, Clara Rosa; Mora Pérez, Clotilde; Padilla Gómez, Elsie María  
Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2005

MediSur, vol. 6, núm. 2, 2008, pp. 33-38

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos  
Cienfuegos, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020309009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## ARTICULO ORIGINAL

### Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2005.

Deforming buccal habits in children between 5 and 11 years old in Cienfuegos. 2005.

Dra. Odalys Acevedo Sierra,<sup>(1)</sup> Dra. Clara Rosa Rosell Silva,<sup>(1)</sup> Dra. Clotilde Mora Pérez,<sup>(2)</sup> Dra. Elsie María Padilla Gómez.<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. <sup>2</sup> Especialista de II grado en Ortodoncia. Ms. C. Educación Médica. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica de Especialidades. Cienfuegos.

## RESUMEN

**Fundamento:** Los hábitos son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja. La práctica de los hábitos bucales deformantes puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático. **Objetivo:** Caracterizar los portadores de hábitos bucales deformantes. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, en 341 niños de 5 a 11 años, del municipio Cienfuegos, en el período de diciembre 2004 a septiembre 2005. Además del examen clínico, se realizó entrevista a padres/tutores y maestros de cada niño. La información fue almacenada en un formulario de datos y se analizaron variables como: edad, sexo, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales. **Resultados:** La frecuencia de hábitos bucales deformantes fue de 73,9 %. Los hábitos más frecuentes fueron la protracción lingual (47,2%), la succión de biberón (32,6%) y la onicofagia (23,5%), con predominio de todos ellos en el sexo femenino. De los niños portadores de hábitos, el 72,2 % desarrolló anomalías, siendo la vestibuloversión (21,1 %), el resalte aumentado (20,2 %) y la incompetencia bilabial (17,9 %) las más frecuentes. **Conclusiones:** Se comprobó que los hábitos bucales deformantes constituyen un problema de salud que afecta el sistema estomatognático, lo que debe ser tratado por el Estomatólogo General Integral de forma directa y sistemática.

**Palabras clave:** Hábitos; anomalías del sistema

estomatognático; boca; anomalías máxilomandibulares

## ABSTRACT

**Background:** Habits are very complex neuromuscular patterns. Deforming buccal habits can obstruct the normal growth and development of stomatognathic system. **Objective:** To characterize subjects with deforming habits. **Method:** An observational, descriptive and correlational study was developed in 341 children between 5 and 11 years old in Cienfuegos from December 2004 to September 2005. In addition to the clinical examination, an interview was performed to parents/tutors and teachers. Data was collected in a data formulary and variables as age, sex, deforming buccal habits and dentomaxillofacial anomalies were analyzed. **Findings:** Deforming buccal habits frequency was 79%. The most common habits were lingual protraction (47, 2%), baby bottle suction (32, 6%) and onychophagia (23, 5%), all of them predominant in girls. 75% of the children with these habits developed anomalies; being vestibule-version (21, 1%), increased over bite (20,2%) and bilabial incompetence (17,9%) the most frequent. **Conclusions:** It was confirmed that deforming Buccal habits are a health problem that affects the stomatognathic system. This should be treated by the General Integral Dentist in a systematic and direct way.

**Key words:** Habits; stomatognathic system abnormalities; mouth; jaw abnormalities

**Recibido:** 18 de mayo de 2008

**Aprobado:** 9 de julio de 2008

## Correspondencia:

Dra. Odalys Acevedo Sierra.

Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Avenida 5 de Septiembre y calle 51-A. Cienfuegos. CP: 55 100.

E-mail: [odalys.acevedo@gal.sld.cu](mailto:odalys.acevedo@gal.sld.cu).

Clínica del Hospital: 591354

## INTRODUCCIÓN

La práctica de los hábitos bucales deformantes puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia de ello anomalías del aparato masticatorio, tanto morfológicas como funcionales, <sup>(1)</sup> conocidas como anomalías dentomaxilofaciales (ADMF). <sup>(2)</sup>

El grado de alteración producida por un hábito dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del mismo. También es importante la edad en que se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que en edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable. Algunos autores se han referido a la relación existente entre los hábitos deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales. <sup>(3,4)</sup>

No es labor del odontólogo, odontopediatra u ortodoncista el tratamiento psicológico del niño o adolescente, pero dentro de la concepción de multidisciplinariedad, la interconsulta con profesionales de la Psicología, orientación familiar, fonoaudiólogos, terapistas de lenguaje etc. es de gran utilidad. <sup>(5)</sup>

Tradicionalmente, cualquier desviación de la oclusión ideal ha sido calificada como maloclusión. <sup>(6)</sup> Actualmente se plantea que la maloclusión es la desviación de la oclusión normal. <sup>(2)</sup>

A principios de siglo se decía que las maloclusiones se producían por efecto del ambiente. Hoy en día se ha descubierto que es una interacción entre los factores ambientales y la herencia; estos actúan sobre todo en el período de la infancia, que está enmarcada por continuos cambios en la dentición, donde producen alteraciones manifiestas desde los primeros años de vida. <sup>(7,8)</sup>

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 % a 75 %, con diferencias en el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, que contribuye a la maloclusión aproximadamente en un 40 % a un 85 % de los casos. <sup>(9)</sup>

En Cuba, según estudios realizados en esta década, la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. Según una encuesta nacional realizada en 1998, de un total de 1 197 encuestados en las edades de 5, 12 y 15 años, el porcentaje de afectados fue de 29 %, 45 % y 35 % respectivamente, para un total de 36,3 %; el sexo más afectado fue el femenino (52,6 %), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas. <sup>11</sup>

Erradicar o paliar estos malos hábitos, es parte de las acciones de prevención y promoción que competen a la Estomatología General Integral, que en este sentido estarán específicamente encaminadas a educar sobre las anomalías bucomaxilofaciales y a divulgar la importancia de eliminarlas, así como dar a conocer su origen y consecuencias. <sup>(9)</sup>

El objetivo de este estudio es identificar los niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales que presentan.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, correlacional en la población infantil de 5 a 11 años (341 niños), perteneciente a los consultorios 19, 20, 21, 23 y 33 al 36 de los Consejos Populares "La Juanita" y "La Gloria", pertenecientes a las Escuelas Primarias "Roberto Fleites" y "Guerrillero Heroico" del Área II de Salud, municipio Cienfuegos, en el período comprendido de diciembre 2004 a septiembre 2005.

Fueron incluidos los niños que presentaban dentición mixta con presencia de los primeros molares permanentes, pertenecientes a los consejos populares antes mencionados, que no estuvieran recibiendo tratamiento ortodóncico, y que no presentaran enfermedades psíquicas / motoras que impidieran el examen bucal, ni enfermedades nasofaringeas.

Desde el punto de vista ético, se consideró el consentimiento informado de los padres o tutores.

El examen clínico (facial, bucal y funcional) se realizó en las escuelas utilizando luz natural, espejo bucal y/o depresor lingual y regla milimetrada. Las entrevistas a padres/ tutores y maestros se realizaron en los salones de las propias instituciones recogiendo los datos en un formulario confeccionado al efecto. (Anexo 1)

Para identificar el hábito protracción lingual se indicó a los niños tragar saliva sin separar sus dientes y se le separaron los labios para observar si ocurría proyección de la lengua entre las arcadas dentarias.

A los portadores de succión digital, además, se les realizó un examen de los dedos para detectar dedo limpio o con callosidades y a los que refirieron el hábito de onicofagia se les observó las uñas para detectar si eran escasas e irregulares.

En los niños identificados como respiradores bucales, se precisó si la causa de la respiración bucal era por enfermedad o por hábito, y si esto lo realizaban en un período anterior por lo menos de un año. Se descartaron los niños que presentaban enfermedades nasofaringeas.

Mediante el examen bucal se realizó el reconocimiento del lugar donde se localizaba la anomalía, se observaron las arcadas por separado y en oclusión. El cierre bilabial, la vestivuloversión, la adaquea y el resalte, se midieron con regla milimetrada.

Todas las variables operacionalizadas se procesaron mediante el procesador de texto Microsoft Word y como procesador de información el paquete de Estadística S.P.S.S., versión 11.0 para Windows.

Los resultados obtenidos fueron expresados en tablas y gráficos para su mejor análisis y comprensión.

## RESULTADOS

Fueron examinados 341 niños, 165 varones (48,4 %) y

176 hembras (51,6 %). La mayor cantidad de niños se agrupa en las edades de 6, 7 y 9 años (18,5 %, 17,0 % y 17,0 % respectivamente).

La frecuencia de hábitos bucales deformantes es de 73,9 %. En relación a la edad, el 87,3 % de los niños de 6 años está afectado por algún hábito. En orden decreciente les siguen los niños de 11 años y los de 7. En general, los hábitos se van incrementando hasta los 7 años y luego decrecen, para finalmente aumentar en los 11 años. (Tabla 1)

Excepto la respiración bucal, los hábitos bucales deformantes predominaron en las niñas con un 77,3 %.

La protracción lingual (47,2 %), la succión de biberón (32,6 %) y la onicofagia (23,5%) fueron los hábitos que predominaron. No se detectó ningún niño con hábitos posturales. La protracción lingual afectó más a los niños de 6 años lo que representó un 66,6 % del total de niños de esa edad. (Tabla 2 y figuras 1, 2 y 3)

Las anomalías más frecuentes según la edad, fueron la vestibuloversión (21,1 %), el resalte aumentado (20,2 %) y la incompetencia bilabial (17,9 %), siendo los niños de 8 años, los más afectados en cada una de ellas. (Tabla 3 y figuras 4 y 5).

En relación al sexo, el predominio de anomalías se observó en las niñas.

Al analizar la relación de los portadores de hábitos bucales deformantes con presencia de anomalías dentomaxilofaciales según edad, encontramos un elevado porcentaje de niños portadores de hábitos con anomalías, con predominio del sexo femenino. Los grupos de 5, 8 y 10 años se destacan con un 83,3 %, 82,2 % y 84,6 % respectivamente. Sólo en el 27,8 % de los niños estudiados, se detectó la presencia de hábitos deformantes, sin que estos ocasionaran anomalías; por otra parte, se encontraron niños no portadores de hábitos que presentaban alguna anomalía dentomaxilofacial (32,6 %). (Tabla 4)

## DISCUSIÓN

En cuanto a la frecuencia de hábitos bucales deformantes según edades, los resultados coinciden con un estudio similar realizado en escolares de primaria por Fernández,<sup>(10)</sup> en el que los hábitos van en aumento en las edades de 5 a 7 años y de los 8 años en adelante, se comportan en orden decreciente.

Si en estas edades se presenta alta frecuencia de hábitos, puede inferirse que aumenten las maloclusiones en un futuro, las que se pueden arraigar provocando la ruptura del equilibrio bucal y dentario, si no se realiza un tratamiento oportuno.

Proffit<sup>(4)</sup> refiere que en la maduración de las actividades orales, el patrón de deglución maduro o adulto se observa en algunos niños normales, incluso a los 3 años de edad, pero en la mayoría no se aprecia hasta los 6 años y el 10-15 % de la población no lo alcanza nunca, lo que pudiera explicar que la protracción lingual presente elevada prevalencia cerca de los 6 años de

edad en la serie estudiada.

La alta frecuencia de niños de 11 años afectados por el hábito onicofagia coincide con el estudio de Montiel.<sup>(11)</sup>

Da Silva<sup>(12)</sup> reportó mayor susceptibilidad en las hembras para presentar esta entidad. Posiblemente la causa esté relacionada con los estereotipos de masculinidad y feminidad que se le transmiten a los niños y niñas con una gran carga de sexismo y en los prejuicios que se expresan de manera abierta. Esto provoca que los niños se vean obligados a reprimir sus emociones ya que el llanto u otras formas de expresión, como los hábitos bucales deformantes, que son utilizadas para liberar tensiones, se conciben como sinónimo de debilidad.<sup>(13)</sup>

El hallazgo de un alto porcentaje de niños con hábitos y anomalías coincide con los datos obtenidos por varios autores en análisis similares.<sup>(3, 14, 15)</sup>

En cuanto a los grupos de edades que se destacan, también se reportan resultados similares en un estudio de salud bucal en niños de 0 – 14 años, donde se plantea que tanto la presencia como la gravedad de las maloclusiones aumentan con la edad, ya que la prevalencia de maloclusiones aumentó en la dentición mixta.<sup>(16)</sup> Otro estudio reporta lo mismo en niños de 6, 7 y 8 años en cuanto a la prevalencia de factores de riesgo para las anomalías dentomaxilofaciales.<sup>(17)</sup>

Proffit<sup>(4)</sup> plantea que si el hábito deformante ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente (6 horas o más diarias) podría llegar a desplazarlos, pero si el hábito durase menos tiempo cabría esperar un efecto escaso o casi nulo, cualquiera que fuera la intensidad de la presión. Con independencia de que una pauta de conducta sea esencial o no, innata o adquirida, su efecto sobre la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre ellos, sino del tiempo de su actuación, lo que pudiera explicar que en nuestro estudio existan niños con hábitos que no se les ha desarrollado anomalía.

El hecho de encontrar niños no portadores de hábitos con anomalías, reafirma que los malos hábitos orales no son los únicos que producen anomalías dentomaxilares, también otros factores como la genética, la nutrición, la pérdida de piezas dentarias, entre otros, inciden en su desarrollo. Sin embargo, los malos hábitos son relativamente sencillos de detectar y probablemente los más fáciles de eliminar, disminuyendo el daño que puedan causar y en algún grado la complejidad de la afección.<sup>(3)</sup>

La alta frecuencia de hábitos deformantes y el desarrollo de maloclusiones, concientizado como problema de salud, indica la necesidad de que el Estomatólogo General Integral sea capaz de detectar precozmente los hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilofaciales, mediante la vigilancia y el control, lo que incluirá la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación al nacimiento del niño, el control del brote de los dientes y la oclusión en dentición

temporal y mixta; ello favorecerá tener una población infantil y de adultos jóvenes con una oclusión compensada. Sin embargo, del cuidado y atención en este sentido, deben ser responsables todas aquellas personas que se relacionan de forma directa con el niño en sus actividades cotidianas.

**Tabla 1.** Hábitos bucales deformantes según edad.

Edad	Hábitos				Total	
	Sí		No			
	No	%	No	%	No	%
5	18	78,3	5	21,7	23	100
6	55	87,3	8	12,7	63	100
7	46	79,3	12	20,7	58	100
8	35	72,9	13	27,1	48	100
9	37	63,8	21	36,2	58	100
10	26	52	24	48	50	100
11	35	85,4	6	14,6	41	100
Total	252	73,9	89	26,1	341	100

**Tabla 2.** Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos según edad.

Tipos de hábitos	Edad							Total n=341								
	5 n=23	6 n=63	7 n=58	8 n=48	9 n=58	10 n=50	11 n=41									
	No	%	No	%	No	%	No	%								
Succión digital	3	13	11	17,5	8	13,8	10	20,8	5	8,6	6	12	5	12,5	48	14,1
Succión de biberón	14	60,9	38	60,3	27	46,5	12	25	9	15,5	3	6	8	19,5	111	32,6
Succión de tete	0	0	4	6,3	2	3,4	1	2,0	1	1,7	0	0	0	0	8	2,4
Respiración bucal	2	8,6	0	0	3	5,1	5	12,5	5	8,6	4	8	7	17	27	7,9
Protracción lingual	11	4,3	42	66,6	27	46,5	26	54,1	26	44,8	14	28	15	36,5	161	47,2
Onicofagia	5	21,7	9	14,2	13	22,4	14	29,1	13	22,4	8	16	18	43,9	80	23,5



**Figura 1.** Protracción lingual.



**Figura 2.** Succión de biberón.



**Figura 3.** Onicofagia.



**Figura 4.** Vestibuloversión y resalte aumentado.



**Figura 5.** Incompetencia bilabial.

**Tabla 3.** Frecuencia de anomalías dentomaxilofaciales según edad.

Anomalías dentomaxilofaciales	Edad							Total n=341								
	5 n=23	6 n=63	7 n=58	8 n=48	9 n=58	10 n=50	11 n=41									
Incompetencia bilabial	2	8,7	9	14,3	8	13,8	16	33,3	8	13,8	5	10	13	31,7	61	17,9
Vestibuloversión	3	13	5	7,9	11	18,9	17	35,4	15	25,9	12	24	9	21,9	72	21,1
Apiñamiento	2	8,7	8	12,7	6	10,3	12	25	6	10,3	6	12	4	9,7	44	12,9
Adaquia	7	30,4	4	6,3	5	8,6	6	12,5	3	5,2	1	2	2	4,9	28	8,2
Mordida cruzada anterior	4	17,4	6	9,5	3	5,2	1	2,1	3	5,2	2	4	1	2,4	20	5,8
Mordida cruzada posterior	2	8,7	4	6,3	5	8,6	5	10,4	2	3,4	5	10	1	2,4	24	7
Resalte aumentado	3	13	5	7,9	11	18,9	16	33,3	15	25,9	10	20	9	21,9	69	20,2
Sobrepase aumentado	1	4,3	2	3,2	2	3,4	7	14,6	8	13,8	4	8	7	17,1	31	9
Total	24	43	51	80	60	45	46	349								

**Tabla 4.** Anomalías dentomaxilofaciales en pacientes portadores de hábitos deformantes según edad.

Edad	Portadores de hábitos	Anomalías en portadores de hábitos				No portadores hábitos	Anomalías en no portadores de hábitos				
		Sí		No			Sí		No		
		No	%	No	%		No	%	No	%	
5 (n=23)	18	15	83,3	3	16,7	5	1	20	4	80	
6 (n=63)	55	29	52,7	26	47,3	8	1	12,5	7	87,5	
7 (n=58)	46	33	71,7	13	28,3	12	5	41,7	7	58,3	
8 (n=48)	35	29	82,8	6	17,2	13	5	38,5	8	61,5	
9 (n=58)	37	29	78,4	8	21,6	21	6	28,6	15	71,4	
10(n=50)	26	22	84,6	4	15,4	24	10	41,7	14	58,3	
11(n=41)	35	25	71,4	10	28,6	6	1	16,7	5	83,3	
Total	252	182	72,2	70	27,8	89	29	32,6	60	67,4	

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Cabaña Lores C, Masson Barceló R, Valverde Martín R, Valdés Álvarez R, Cubero Menéndez W, Soto Cantero L, et al. Temas de la Asignatura Ortodoncia. Estomatología Infantil. Primera parte. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996. p. 128-38.
2. Podadera Valdés ZR, Ruiz Nuñez 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]. 2003 [Consultado: 10 de junio de 2005];41(2): [Aprox.: 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000200004&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200004&lng=es&nrm=iso&tlang=es).
3. 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 [Consultado: 10 de junio 2005];70(6): [Aprox.: 10 p.] Disponible en: [http://scielo-test.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://scielo-test.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=es&nrm=iso&tlang=es).
4. Proffit WR, Fields HW. Ortodoncia contemporánea, teoría y práctica. 3<sup>a</sup>. ed. Madrid: Harcourt; 2001.p. 113-45.
5. Díaz Da Silva CI. La orientación masticatoria como terapia coadyuvante en maloclusiones. Rev latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría [Serie en Internet]. 2004 [Consultado: 12 de septiembre de 2005]: [Aprox.: 13 p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/>.
6. Vela Hernández A. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en la infancia. [en línea]. Canarias: Dirección General de Salud Pública; 2005 [consultado 10 de junio de 2005]. [Aprox.: 11 p.]. Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3\\_5/3\\_5\\_1\\_fter\\_3/prevenc/maloclusiones.jsp](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3_5/3_5_1_fter_3/prevenc/maloclusiones.jsp).
7. Yassaei S, Rafiean M, Ghafari R. Abnormal oral habits in the children of war veterans. J Clin Pediatr Dent [Serie en Internet]. 2005 [Consultado: 10 de junio de 2005];29(3): [Aprox.: 7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Display&DB=pumbed>.
8. Ooki S. Genetic and environmental influences on finger-sucking and nail-biting in Japanese twin children. Twin res Hum Genet [Serie en Internet]. 2005 [Consultado: 13 de junio de 2005];8(4): [Aprox.: 15 p.]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Display&DB=pumbed>.
9. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
10. Fernández Torres CM, Acosta Coutin A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod. 1997;12(2):91-5.
11. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Rev ADM [en línea] 2004[consultado 2 de septiembre de 2005];LXI(6):209-14.URL disponible en: [http://www.bvs.cfg.sld.cu/DOC/estomatologia/\\_documentos/Hab.Deform/od046c.pdf](http://www.bvs.cfg.sld.cu/DOC/estomatologia/_documentos/Hab.Deform/od046c.pdf).
12. Da Silva Filho OG, Do Rego M, E Silva P, Cavassan AO, Fernández Sánchez J. Hábitos de succión y maloclusión, epidemiología en dentición temporal. Rev. Ortodoncia española [Serie en Internet]. 2004 [Consultado: 10 de junio de 2005];44(2):[Aprox.: 25 p.]. Disponible en: <http://sumaris.cbuc.es/cgis/sumari.cgi?issn=02101637&idsumari=A2004N000002V00044>.
13. Castro Espín M. Voy a tener que ser varoncita. Sexología y Sociedad.1994;1:18-21.
14. Fernández Ysla R, Cruz García A, Dago Farah S, Marín Manso G, Coutin Marie G. Factores de riesgo para anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 11 años, Ciudad de la Habana, año 2004. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.
15. González Valdez D, Fernández Ysla R, Alemán Sánchez PC, Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y. Disfunciones asociadas a anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 5 años. Provincia Habana. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.
16. Alfonso Betancourt NM, Martínez Naranjo T, Pria Barros C, Martínez A, García Alfonso A. Salud bucal de la población. Policlínico "Plaza de la Revolución" y "Héroes del Moncada", 1999-2001. Rev cubana Estomatol [Serie en Internet]. 2004 [Consultado: 10 de junio de 2005];41(1): [Aprox.: 3 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000100007&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100007&lng=es&nrm=iso&tlang=es).
17. Hernández Vázquez S, Casa Pérez L, Rodríguez Vigo Y. Prevalencia de factores de riesgo a anomalías dentomaxilofaciales en escolares del seminternado en Granma. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: Desoft; 2005.

**ANEXO I**  
**FORMULARIO DE DATOS**

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

1. Hábitos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Hábitos más frecuentes

Succión digital Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Succión de biberón Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Succión de Tete Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Respiración Bucal Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Protracción lingual Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Onicofagia Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

2. Anomalías dentomaxilofaciales Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Incompetencia bilabial Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Vestibuloversión Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Apiñamiento Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Adaquia Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Mordida cruzada anterior Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Mordida cruzada posterior Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Resalte aumentado Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Sobrepase aumentado Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_