



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA ODONTOLOGÍA**

Influencia de los Hábitos Orales en el Desarrollo de Maloclusiones en Niños  
de 3 a 6 Años y Estrategias Preventivas

**Trabajo de Titulación para optar al título de Odontólogo**

**Autor:**

Guevara Arias Said Josue

**Tutor:**

Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón

**Riobamba, Ecuador. 2026**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Said Josue Guevara Arias, con cédula de ciudadanía 0605752658 autor del trabajo de investigación titulado: *Influencia de los Hábitos Orales en el Desarrollo de Maloclusiones en Niños de 3 a 6 Años y Estrategias Preventivas* , certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 18 de febrero de 2026



Said Josue Guevara Arias  
C.I. 0605752658

## DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, **Gloria Marlene Mazón Baldeón** catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **Influencia de los Hábitos Orales en el Desarrollo de Maloclusiones en Niños de 3 a 6 Años y Estrategias Preventivas**, bajo la autoría de **Guevara Arias Said Josue**; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 18 dieciocho días del mes de febrero de 2026



---

Gloria Marlene Mazón Baldeón

C.I: 0601399843

## CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Influencia de los Hábitos Orales en el Desarrollo de Maloclusiones en Niños de 3 a 6 Años y Estrategias Preventivas, presentado por Said Josue Guevara Arias, con cédula de identidad número 0605752658, bajo la tutoría de Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, el 15 de mayo de 2026.

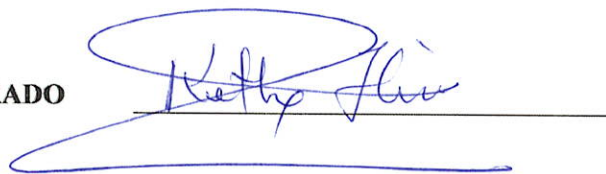
Dra. Sandra Marcela Quisiguiña Guevara  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Dra. Kathy Marilou Llori Otero  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**





# CERTIFICACIÓN

Que, **Guevara Arias Said Josue** con CC: **0605752658**, estudiante de la Carrera Odontología, Facultad de **Ciencias de la Salud**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**Influencia de los Hábitos Orales en el Desarrollo de Maloclusiones en Niños de 3 a 6 Años y Estrategias Preventivas**", cumple con el **4%**, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **Compilatio**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 18 de febrero de 2026

Dra. Gloria Marlene Mazón Baldeón  
**TUTOR(A)**

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a mis padres, sin su apoyo, comprensión y motivación constante, nada de lo que he conseguido y conseguiré sería posible. No exagero al decir que tengo los mejores padres del mundo. Mi madre Susana Arias quien siempre supo entenderme y darme su cariño, sin juzgarme por mis fracasos, y felicitándome y alegrándose por mis logros. Y mi padre Klever Guevara, quien dio todo su esfuerzo para que yo esté aquí, apoyándome de manera sincera, sacrificada y honrada, y a quien debo tan magníficos valores que espero aplicar en mi futuro profesional.

De igual manera, debo dedicarle este trabajo al resto de mi familia, a mis tíos y tías, primos y primas, abuelos y abuelas (entre ellos mi abuelito Telmo que en paz descansa), y demás miembros de mi hermosa familia. Mención especial a mi hermano Ronny, quien es una de las personas a las que más quiero y extraño en el mundo, es mi inspiración y modelo a seguir; a mi hermana Alisson a quien estimo mucho, aunque a veces no lo demuestre; y a mis primos Alex Arias, Dirzze Morocho, Sebastián Suarez, Verenice Arias, Cesitar y Mauri Bayas, quienes crecieron a mi lado, y espero verlos convertidos en unas excelentes personas, pues estoy y siempre estaré muy orgulloso y feliz de escuchar sus logros.

También a mis amigos y compañeros con quienes compartí toda la carrera, y aunque muchos de ellos fueron yendo y viniendo, a todos les debo algún acto de bondad, alguna risa, o conocimiento que me ayudó en su momento. Especial mención a mi mejor amigo David Fuenmayor, quien, aunque nunca fue mi compañero en la U, sí lo supo ser en el colegio en dónde nos volvimos incondicionales, y en mi etapa universitaria se convirtió en mi maestro, gracias por estar y seguir ahí.

Finalmente, quiero agradecer a mi pareja, Joselyn Clavijo, a quien conocí de forma tardía en la carrera, y a quien me hubiera gustado conocer desde mucho antes. Gracias por tu apoyo, motivación, y sobre todo, tu confianza en mi potencial. Tú me mostraste muchas cosas maravillosas, y espero seguir compartiendo mi futuro a tu lado.

*Said Josue Guevara Arias*

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo, por brindarme la oportunidad de formarme académica y profesionalmente, proporcionándome los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para el ejercicio responsable de la Odontología.

A mi tutora, Dra. Gloria Mazón, por su orientación constante, guía metodológica y valioso acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación. Su experiencia y compromiso fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

A la Magíster Eugenia Solís, por su apoyo técnico y asesoramiento oportuno, que contribuyeron significativamente al fortalecimiento académico y estructural de esta investigación.

Mi gratitud se extiende a todos los docentes y profesionales que formaron parte de mi proceso formativo. Algunos de los doctores y doctoras que fueron mis profesores, a parte de transmitirme sus conocimientos y habilidades, también me mostraron el tipo de profesional que quiero alcanzar, pero mucho más importante aún, la clase de persona que quiero ser.

## ÍNDICE GENERAL:

1.	CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.	14
1.1.	ANTECEDENTES .....	14
1.2.	PROBLEMA .....	15
1.3.	JUSTIFICACIÓN .....	16
1.4.	OBJETIVOS .....	17
1.4.1.	Objetivo General.....	17
1.4.2.	Objetivos Específicos .....	17
2.	CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	18
2.1.	HÁBITOS ORALES EN LA INFANCIA.....	18
2.1.1.	Definición de hábitos orales .....	18
2.1.2.	Clasificación de hábitos orales .....	18
2.1.3.	Principales hábitos orales nocivos.....	19
2.2.	MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS.....	21
2.2.1.	Definición de Maloclusión .....	21
2.2.2.	Clasificación de las maloclusiones .....	21
2.2.3.	Maloclusiones en el plano anteroposterior .....	21
2.2.4.	Maloclusiones en el plano transversal .....	25
2.2.5.	Maloclusiones en el plano vertical .....	27
2.2.6.	Apiñamiento .....	28
2.3.	ESTRATEGIAS PREVENTIVAS .....	29
3.	CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.	31
3.1.	Tipo de Investigación .....	31
3.2.	Nivel de Investigación .....	31
3.3.	Pregunta PICO .....	31
3.4.	Procedimiento de recuperación de la información y fuentes documentales.....	31
3.4.1.	Ecuación de búsqueda .....	32
3.5.	Criterios de inclusión y exclusión .....	33

3.6.	Resultados de la Búsqueda y selección de documentos .....	33
4.	CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
4.1.	RESULTADOS .....	35
4.1.1.	Descripción de la Tabla 5: .....	45
4.1.2.	Descripción de la Tabla 6: .....	56
4.1.3.	Descripción de la Tabla 7: .....	84
4.1.4.	Descripción de la Tabla 8: .....	100
4.2.	DISCUSIÓN .....	101
5.	CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	107
5.1.	CONCLUSIONES .....	107
5.2.	RECOMENDACIONES .....	108
6.	BIBLIOGRAFÍA	109
7.	ANEXOS	115

## ÍNDICE DE TABLAS.

<b>Tabla 1.</b> Pregunta PICO.....	31
<b>Tabla 2.</b> Ecuación de búsqueda .....	32
<b>Tabla 3.</b> Criterios de inclusión y exclusión .....	33
<b>Tabla 4.</b> Resultados de la Búsqueda .....	33
<b>Tabla 5.</b> Hábitos orales nocivos identificados en niños de 3 a 6 años.....	35
<b>Tabla 6.</b> Frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años.....	46
<b>Tabla 7.</b> Relación entre hábitos orales nocivos y maloclusiones.....	57
<b>Tabla 8.</b> Estrategias preventivas para hábitos orales y maloclusiones .....	86

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Clases de Angle, Relación molar .....	21
<b>Figura 2.</b> Clases de Angle, Relación canina .....	22
<b>Figura 3.</b> Overjet.....	23
<b>Figura 4.</b> Mordida cruzada anterior .....	23
<b>Figura 5.</b> Escalones terminales .....	24
<b>Figura 6.</b> Relaciones oclusales de los molares primarios y permanentes.....	25
<b>Figura 7.</b> Mordida cruzada posterior .....	26
<b>Figura 8.</b> Mordida bis a bis.....	26
<b>Figura 9.</b> Mordida abierta anterior.....	27
<b>Figura 10.</b> Mordida profunda .....	28
<b>Figura 11.</b> Apiñamiento.....	28
<b>Figura 12.</b> Intervención conductual no ortodóntica, protectores de pulgar .....	29
<b>Figura 13.</b> Intervención conductual ortodóntica, aparato removible.....	29
<b>Figura 14.</b> Intervención conductual ortodóntica, aparato fijo .....	30
<b>Figura 15.</b> Flujograma PRISMA .....	34

## RESUMEN

**Introducción:** Los hábitos orales nocivos y las maloclusiones presentan un gran impacto en la salud oral de las personas, especialmente de los niños y niñas, por lo que muchos estudios han intentado relacionarlos y prevenirlos. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en niños de 3 a 6 años mediante una revisión bibliográfica para establecer estrategias preventivas. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica de nivel descriptivo, mediante la utilización de 30 artículos científicos seleccionados de las bases de datos PubMed, SciELO y Google Scholar, siguiendo el método PRISMA. **Resultados:** Los resultados evidenciaron una elevada frecuencia de hábitos orales nocivos y una prevalencia considerable de maloclusiones en la dentición primaria, así como una relación consistente entre la persistencia de estas conductas y el desarrollo de estas alteraciones oclusales. Asimismo, se identificaron estrategias preventivas como la lactancia materna, programas educativos, y terapias psicológicas y conductuales. **Conclusión:** Se determinó que el hábito oral nocivo más común fue la succión digital, mientras que se identificó que la maloclusión más prevalente fue la mordida abierta anterior, de igual manera se relacionó positivamente a los hábitos orales con el desarrollo de maloclusiones. Finalmente, se estableció que las estrategias preventivas fueron útiles para reducir la progresión de los hábitos, y por ende disminuir la aparición de maloclusiones.

**Palabras clave:** hábitos orales, maloclusiones, dentición primaria, preescolares, prevención.

## ABSTRACT

**Introduction:** Harmful oral habits and malocclusions have a significant impact on oral health, particularly in children; therefore, numerous studies have attempted to establish their relationship and identify preventive approaches. **Objective:** Accordingly, this study analyzed the influence of oral habits on the development of malocclusions in children aged 3 to 6 years through a bibliographic review aimed at establishing preventive strategies. **Methodology:** To achieve this, a bibliographic review was conducted using 30 scientific articles selected from the PubMed, SciELO, and Google Scholar databases, following PRISMA guidelines. **Results:** The review revealed a high frequency of harmful oral habits and a considerable prevalence of malocclusions in the primary dentition. Furthermore, there was a consistent relationship between the persistence of these behaviors and the development of occlusal alterations. In addition, preventive strategies were identified, including breastfeeding, educational programs, and psychological and behavioral therapies. **Conclusion:** Based on these findings, it was determined that the most common harmful oral habit was digit sucking and that the most prevalent malocclusion was anterior open bite. Likewise, there was a positive association between oral habits and the development of malocclusions. Finally, it was established that preventive strategies were useful in reducing the progression of these habits and, consequently, decreasing the occurrence of malocclusions.

**Keywords:** oral habits, malocclusions, primary dentition, preschool children, prevention.



**Reviewed by:**

Mgs. Jessica María Guaranga Lema

**ENGLISH PROFESSOR**

C.C. 0606012607

# CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

## 1.1. ANTECEDENTES

La maloclusión es una alteración en la relación normal que existe entre los maxilares y los dientes. Su etiología es variable, pero se la asocia principalmente con factores ambientales y los llamados hábitos orales nocivos, estos últimos son de relevancia por su capacidad de alterar el desarrollo del sistema estomatognático de los infantes (1). La maloclusión afecta no solo la función masticatoria, sino también la parte estética y fonética, he ahí la importancia de su prevención, la cual depende de un diagnóstico oportuno de su etiología asociada (2).

La prevalencia reportada de la maloclusión es significativa en grupos etarios infantiles. Autores como Chen H et al. (3) observaron valores que iban del 28,4% al 83,9%, llegando la mayoría de los estudios a presentar más del 50%. Así mismo, López J. (4) encontró una prevalencia de 49,2%. En la misma línea, Ariostica M et al. (5) reportaron 54,35%. Pero los valores más altos los presentaron Navarrete et al. (6) con un 77%, y Santos et al. (7) con 72,64%, corroborando la magnitud de este problema en la infancia.

Por su parte, los hábitos orales nocivos también presentaron una prevalencia significativa, aunque dispareja, según Lima M et al. (2) esta oscilaba entre el 1,1% y el 71,4% en la población preescolar. La succión digital, la succión de biberón, la succión de chupón y la respiración bucal se reportaron como los hábitos más comunes (1).

Un tema muy estudiado ha sido la relación existente entre los hábitos orales nocivos y la aparición de maloclusiones. Estudios como el de Santos et al. (7) encontraron un valor de significancia ( $p$ -valor=  $<0,05$ ), lo cual quiere decir que hubo relación entre las variables propuestas, en este caso los hábitos deformantes y las maloclusiones. Se ha identificado que ciertos hábitos orales nocivos pueden afectar el desarrollo dental y óseo, lo cual desemboca en la aparición de maloclusiones como la mordida abierta, mordida cruzada y aumento del overjet (2).

Se han barajado una variedad de estrategias que podrían ayudar a prevenir la aparición de maloclusiones, dentro de ellas, la más estudiada es la lactancia materna. Esta juega un papel decisivo en el correcto desarrollo del sistema estomatognático, al influenciar positivamente en el componente muscular y funcional. Por otro lado, su ausencia puede favorecer la

prevalencia de hábitos inadecuados (1). Dicho esto, la lactancia materna ha demostrado ser, de hecho, un hábito adecuado y necesario para evitar la aparición de maloclusiones (5).

## 1.2. PROBLEMA

La maloclusión es un problema que, debido a su prevalencia y consecuencias funcionales, la OMS (Organización Mundial de la Salud) lo considera uno de los problemas bucales más relevantes (1).

La estadística nos dice que, a nivel internacional, la maloclusión está presente en un 39% a 93% de la población infantil y adolescente según la ONU (1). Estudios reportan prevalencias generales de entre 28,4% y 83,9% (5). En Asia, las cifras fueron de 61,81%, 61,50% en el continente europeo, y de 32,50% en África (3)

A nivel de Latinoamérica, las cifras muestran un problema a considerar. En Sudamérica la frecuencia fue de 52,69% (3). En Chile, Ariostica et al. (5) reveló una prevalencia del 54,35%, con presencia de hábitos orales nocivos en un preocupante 95,11%. Por otro lado, en Brasil, Pereira et al. (8) estudió la lactancia materna, encontrando un 85% de presencia de la misma, pero con la connotación de que solo el 32,2% de los niños estudiados recibió lactancia exclusiva los primeros seis meses, además observó asociación entre la maloclusión con hábitos de succión de biberón ( $p=0,016$ ) y succión de chupón ( $p=0,001$ ). Además, Lima M et al.(2) también evidenció una amplia distribución de los hábitos bucales en preescolares en la región.

A nivel de Ecuador, Quiñonez C et al.(9) reportaron una prevalencia de maloclusión del 49,8%, perteneciente a una población de escolares de dos escuelas del cantón Biblián, en la provincia del Cañar. Este valor es significativo, y se podría considerar a la maloclusión como un problema de salud pública en este lugar. Por su parte, Navarrete et al. (6) también realizó un estudio con población ecuatoriana, y encontró una frecuencia del 77%, además de destacar una asociación significativa con la mordida cruzada ( $p<0,001$ ).

Bajo este contexto, resulta evidente que existe una problemática en cuanto a la prevalencia tanto de la maloclusión como de los hábitos orales nocivos no solo a nivel mundial, sino también a nivel de nuestro país. A esto se le debe sumar el poco conocimiento que los padres tienen acerca de estos problemas. Quiñonez C et al. (9) reportó una falta de conocimiento de hasta el 86% por parte de los padres a la hora de identificar la presencia de maloclusiones.

Esto demuestra la necesidad de abordar estos temas y generar conocimiento para evitar a tiempo los desencadenantes de la maloclusión.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación es relevante debido a la alta prevalencia tanto de hábitos orales como de maloclusión en edades tempranas, recordando que esta etapa es fundamental en el desarrollo del menor. Al ser una problemática notable, este estudio resulta fundamental para la difusión del conocimiento acerca de la relación entre estos problemas oclusales y la presencia de estos hábitos, pues se aporta información actualizada y científica. Además, también se abordan las estrategias preventivas para prevenir la aparición de estas alteraciones, contribuyendo a su eliminación.

Los principales beneficiarios serán tanto los niños en edades preescolares, así como los padres de los mismos, quienes tendrán herramientas y conocimiento que les ayuden a detectar estos hábitos antes de que se presenten, y si ya lo han hecho, lidiar con ellos para conseguir su disminución o eliminación, previniendo así la aparición de maloclusiones. De la misma forma, tanto estudiantes como doctores odontólogos y demás profesionales de la salud, contarán con un trabajo de investigación útil en relación a la temática abordada.

La presente investigación es factible, debido a que, al tratarse de una revisión bibliográfica basada en artículos científicos, la información necesaria para su realización está disponible de manera sencilla, y sin necesidad de gastar recursos económicos como en el caso de intervenciones llevadas a cabo en la clínica. Esto facilita el cumplimiento con los tiempos establecidos y los objetivos propuestos

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Analizar la influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en niños de 3 a 6 años mediante una revisión bibliográfica para establecer estrategias preventivas.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Determinar los hábitos orales nocivos más comunes presentes en niños de 3 a 6 años.
- Identificar la frecuencia y el tipo de maloclusión más prevalente en niños de 3 a 6 años.
- Relacionar las maloclusiones con hábitos orales nocivos específicos en niños de 3 a 6 años.
- Establecer las estrategias preventivas en relación con los hábitos orales y el desarrollo de maloclusiones en niños de 3 a 6 años

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. HÁBITOS ORALES EN LA INFANCIA**

#### **2.1.1. Definición de hábitos orales**

En el trabajo de Ramírez C et al. (1) se define a los hábitos como patrones reflejo producto de la contracción muscular, mismos que se mantienen en el tiempo gracias a la repetición continua del acto, además añade que estos en un principio son voluntarios y conscientes, pero que luego pasan a ser automáticos e inconscientes. Hablando de los hábitos bucales, son estos patrones reflejos pero extrapolados a la cavidad oral, y cuya repetición constante puede afectar el desarrollo normal del sistema estomatognático (10), interfiriendo sobre todo con la función de la musculatura orofacial (11).

#### **2.1.2. Clasificación de hábitos orales**

Los hábitos orales se pueden clasificar en fisiológicos y no fisiológicos. Los primeros, como su nombre lo indica, hacen referencia a aquellas acciones que desempeñan funciones normales para el cuerpo como: La respiración nasal, deglución, masticación, lactancia y habla; es decir, que contribuyen en el desarrollo del sistema estomatognático. El resto de hábitos que no correspondan a acciones fisiológicas, pueden ser considerados como hábitos no funcionales (10).

Existe otra forma de clasificar específicamente a los hábitos agrupados dentro de la acción de succionar. Distinguimos hábitos de succión nutritivos, y hábitos de succión no nutritivos.

Hábitos de succión nutritivos: Por un lado, encontramos a la lactancia materna, el amamantamiento exclusivo es la fuente principal de alimentación, y supone una acción fisiológica que incentiva el ejercicio de la musculatura orofacial; por otro lado, tenemos a la succión de biberón, la cual por el contrario no es una acción fisiológica, sino que más bien conduce a alteraciones miofuncionales (1).

Hábitos de succión no nutritivos: No desempeñan una función alimentaria, sino que corresponden a acciones y conductas repetitivas relacionadas con la satisfacción, confort y control del estrés (9). Aquí encontramos a la succión digital, succión labial, succión del chupón, y masticación de objetos (1).

### **2.1.3. Principales hábitos orales nocivos**

Corresponden a los hábitos no fisiológicos, hablamos de la succión digital, succión de biberón, succión de chupón, succión labial, la respiración bucal, onicofagia, deglución atípica, protrusión lingual, bruxismo y masticación de objetos (10).

#### **2.1.3.1. Succión digital**

La succión digital es la acción de introducir uno o más dedos dentro de la boca, frecuentemente el pulgar. Se coloca la yema del dedo sobre el paladar o en las caras palatinas de los incisivos superiores (12). Al realizar este hábito, las arcadas permanecen separadas por la obstrucción provocada por el dedo, el cual ejerce presión empujado por la lengua (1). Puede ser de dos tipos: Succión activa, en este tipo, existe una gran fuerza por parte de los músculos durante la succión; succión pasiva, el niño mete el dedo en la boca, pero no ejerce mucha fuerza sobre los dientes ni la mandíbula. Dependiendo del tipo de succión digital y su duración, los efectos serán más o menos significativos (13).

#### **2.1.3.2. Succión de biberón**

La succión de biberón corresponde a un hábito de succión nutritivo, en el cual el infante se alimenta a través de un dispositivo artificial, que contiene leche de fórmula, llamado biberón. Este hábito implica la participación de músculos linguales, mandibulares y labiales al momento de realizar la succión (2).

#### **2.1.3.3. Succión de chupón**

Corresponde a un hábito de succión no nutritivo en el cual se introduce un objeto artificial, que emula la forma del pezón, en la boca del infante con la finalidad de satisfacer su necesidad de succionar, aliviando así su estrés y otorgándole confort y seguridad (12).

#### **2.1.3.4. Succión labial**

La succión labial es el acto de morder o introducir el labio inferior, o menos comúnmente el superior, entre los dientes, provocando presión en estas estructuras (12). Durante la ejecución de este hábito se produce retracción mandibular, lingualización de los incisivos inferiores y vestibularización de los superiores (1).

#### **2.1.3.5. Respiración bucal**

La respiración bucal es el acto contrario a la respiración nasal. Al practicar este hábito, el aire entra por la boca, comúnmente como consecuencia de una obstrucción nasal o simple costumbre (12). Esta forma de respirar supone la utilización de estructuras orales que no están del todo diseñadas para cumplir esta función (14).

#### **2.1.3.6. Deglución atípica**

La deglución atípica es, como su nombre lo indica, una forma anormal de tragar. Durante la deglución, el niño posiciona incorrectamente la lengua entre los dientes, generando una protrusión lingual (11).

#### **2.1.3.7. Protrusión lingual**

Va de la mano con la deglución atípica, consiste en el desplazamiento hacia delante de la lengua, interponiéndose entre ambas arcadas dentarias (12).

#### **2.1.3.8. Bruxismo**

El bruxismo es el acto de apretar o rechinar los dientes de forma involuntaria lo cual implica una sobrecarga de los músculos masticatorios. Normalmente se asocia con estrés y la noche (10).

#### **2.1.3.9. Onicofagia**

La onicofagia, como su nombre lo adelanta, es el acto de morderse o, en su defecto, comerse las uñas. Durante este hábito existe un contacto directo entre los dientes, las uñas y los tejidos periungueales (12).

#### **2.1.3.10. Masticar objetos**

Masticar objetos es el hábito de introducir cosas no nutritivas en la cavidad oral, mientras se genera presión sobre dientes y demás estructuras orales (9). Además, este hábito sobrestimula a los músculos masticatorios (15).

## 2.2. MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS

### 2.2.1. Definición de Maloclusión

En el trabajo de Ramírez C et al. (1) se define a la maloclusión como una alteración de la relación entre las arcadas dentarias o la alineación dentaria, provocando un desequilibrio del sistema estomatognático.

El libro de Proffit, por su parte, define a la maloclusión como “una desviación de la oclusión normal, caracterizada por una relación anormal entre los dientes superiores e inferiores o entre los dientes de una misma arcada” (16).

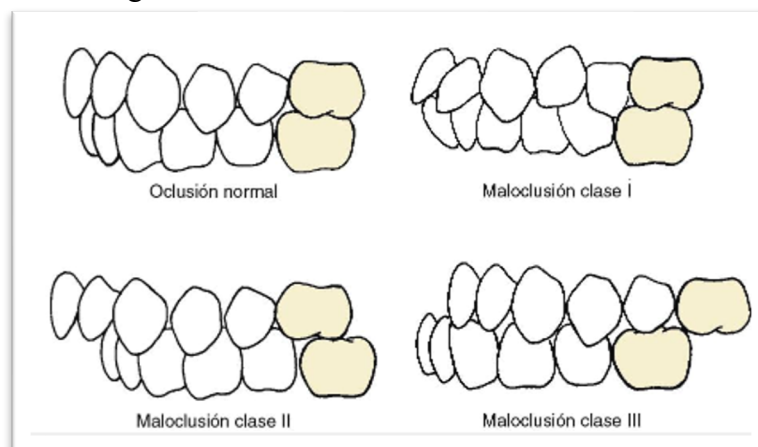
### 2.2.2. Clasificación de las maloclusiones

Las maloclusiones se pueden clasificar según el análisis tridimensional de la oclusión, el cual se divide en tres planos: plano anteroposterior, plano transversal y plano vertical (16).

### 2.2.3. Maloclusiones en el plano anteroposterior

Dentro del plano anteroposterior encontramos la clasificación más conocida de las maloclusiones, las Clases de Angle, en donde se utiliza como referencia tanto el molar como el canino para determinar la clase. La relación molar se establece analizando la posición de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior con respecto al surco mesiovestibular del primer molar inferior (16), mientras que la relación canina se define según la forma en que ocluyen los caninos entre sí (4).

**Figura 1.** Clases de Angle, Relación molar



Fuente: Tomado de (16)

### 2.2.3.1. Clase I de Angle

Una Clase I molar es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente entra en contacto con el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente. Es decir, corresponde a una relación molar normal. La clase I canina por su parte, es cuando la cúspide del canino superior contacta con la unión interproximal del canino inferior y el primer premolar inferior (16).

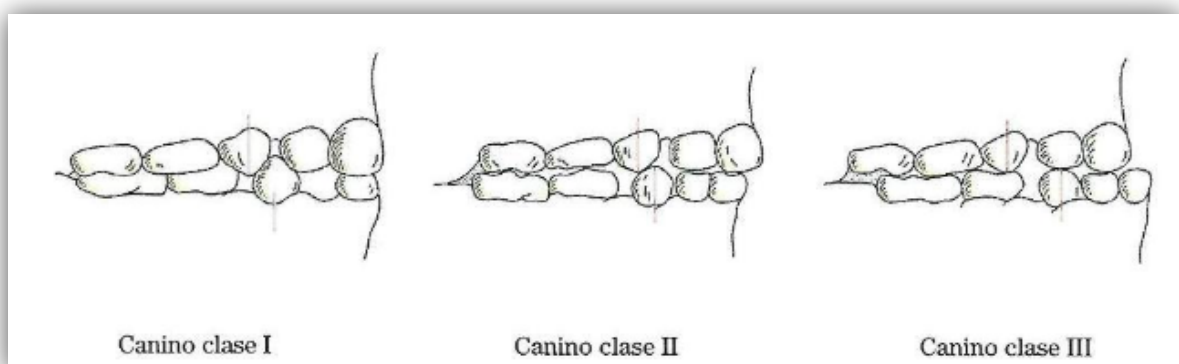
### 2.2.3.2. Clase II de Angle

Una Clase II molar es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente contacta por delante el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente. Es decir, corresponde a una relación molar distal. La clase II canina por su parte, es cuando la cúspide del canino superior contacta por delante de la unión interproximal del canino inferior y el primer premolar inferior (16).

### 2.2.3.3. Clase III de Angle

Una Clase III molar es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente contacta por detrás del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente. Es decir, corresponde a una relación molar mesial. La clase III canina por su parte, es cuando la cúspide del canino superior contacta por detrás de la unión interproximal del canino inferior y el primer premolar inferior (16).

**Figura 2.** Clases de Angle, Relación canina

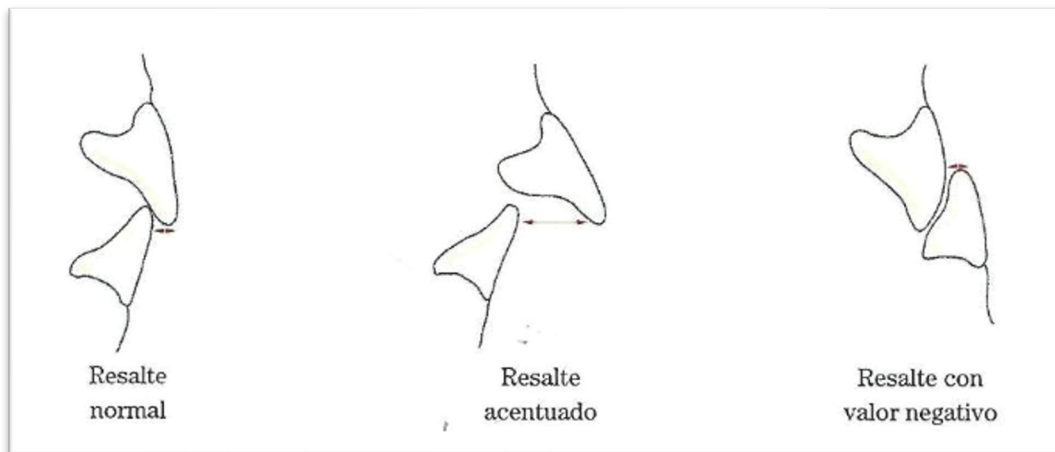


Fuente: Tomado de (4).

#### 2.2.3.4. Overjet aumentado

Conocido también con el nombre de sobre saliencia horizontal, el overjet corresponde a la distancia horizontal que existe entre la superficie vestibular de los incisivos inferiores (incisivo central inferior) y el borde incisal de los incisivos superiores (incisivo central superior). Es una medida lineal, paralela al plano oclusal. Se considera overjet aumentado cuando esa distancia es de más de 3 mm (3)(4).

**Figura 3.** Overjet



Fuente: Tomado de (4).

#### 2.2.3.5. Mordida cruzada anterior

Es cuando los incisivos inferiores, y/o caninos, se encuentran por delante de los incisivos superiores, presentando un overjet negativo (4). La causa puede ser tanto dental como esquelética (1). Suele estar relacionada con la presencia de una Clase III (16).

**Figura 4.** Mordida cruzada anterior

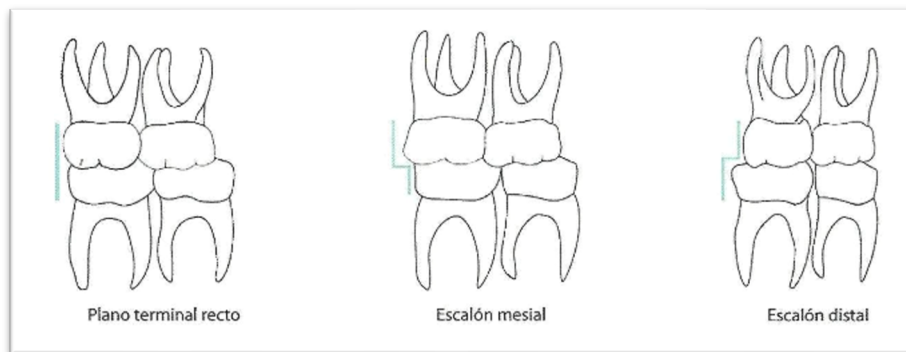


Fuente: Tomado de (16)

### 2.2.3.6. Escalón terminal recto

Corresponde a las características normales de la dentición decidua, y hace referencia a la posición de las caras distales de los segundos molares temporales, dependiendo de esta posición, se determinan tres tipos de escalones terminales. En el caso del escalón terminal recto, este se ve cuando las superficies distales de los segundos molares deciduos se encuentran al mismo nivel, formando una línea recta (1)(3). El escalón terminal recto deriva en una clase I de Angle si se presentan mecanismos como el espacio a la deriva y crecimiento diferencial de la mandíbula con respecto al maxilar (16).

**Figura 5.** Escalones terminales



Fuente: Tomado de (4).

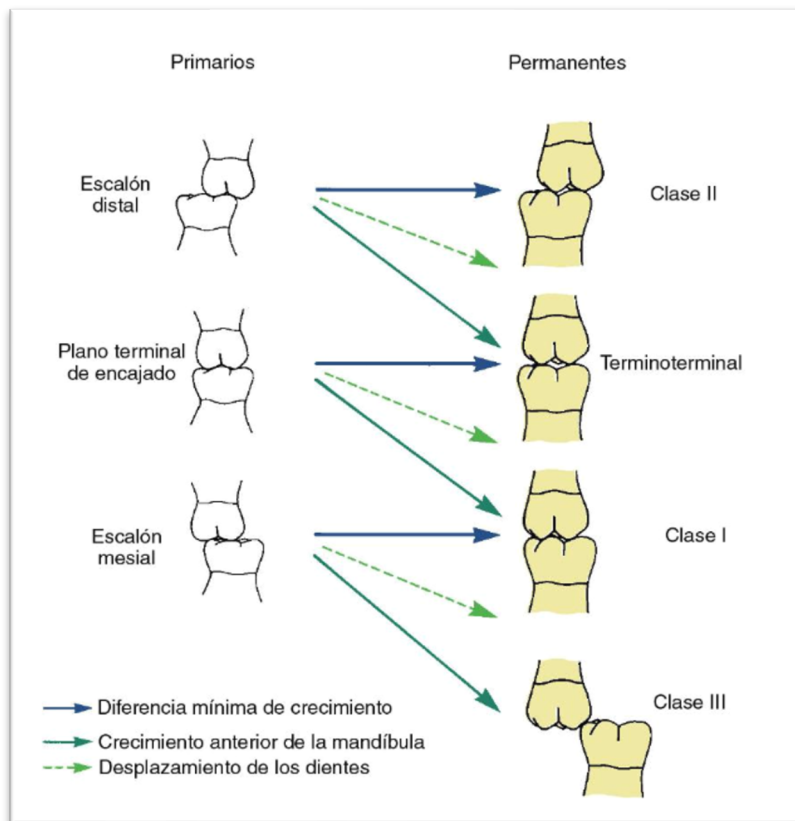
### 2.2.3.7. Escalón terminal mesial

El escalón terminal mesial se presenta cuando la superficie distal del segundo molar inferior deciduo se encuentra por delante de la superficie distal de segundo molar superior deciduo (3). El escalón terminal mesial deriva en una clase III de Angle si se presentan mecanismos como el espacio a la deriva y crecimiento diferencial de la mandíbula con respecto al maxilar, aunque también puede derivar en una Clase I de Angle en menor porcentaje (16).

### 2.2.3.8. Escalón terminal distal

El escalón terminal distal se presenta cuando la superficie distal del segundo molar inferior deciduo se encuentra por detrás de la superficie distal de segundo molar superior deciduo (3). El escalón terminal distal deriva en una tendencia a clase II de Angle en la mayoría de los casos (16).

**Figura 6.** Relaciones oclusales de los molares primarios y permanentes



Fuente: Tomado de (16).

## 2.2.4. Maloclusiones en el plano transversal

### 2.2.4.1. Mordida cruzada posterior

Es un problema transversal en el cual los dientes inferiores posteriores se encuentran hacia vestibular con respecto a los superiores, lo cual normalmente es al contrario (4). En pocas palabras, es cuando los dientes posteriores superiores quedan por delante de los inferiores. Esta maloclusión refleja con frecuencia una estrechez de la arcada superior, aunque puede deberse también a otras causas (16).

**Figura 7.** Mordida cruzada posterior



Fuente: Tomado de (16).

#### **2.2.4.2. Mordida bis a bis**

La mordida bis a bis es cuando los bordes incisales de los dientes de ambas arcadas contactan sin poder ejercer funcionalidad masticatoria (3).

**Figura 8.** Mordida bis a bis



Fuente: Tomado de (16).

#### **2.2.4.3. Mordida en tijera**

La mordida en tijera es cuando los dientes superiores directamente no ocluyen con los dientes inferiores debido a que los primeros están muy hacia vestibular. Este problema oclusal se relaciona con un maxilar muy grande a comparación de la mandíbula (3).

## 2.2.5. Maloclusiones en el plano vertical

### 2.2.5.1. Mordida abierta anterior

La mordida abierta anterior se define como la falta de contacto vertical entre los incisivos superiores e inferiores cuando los dientes posteriores sí están en oclusión (3). Su etiología es multifactorial, entre ellas se destaca la genética y factores ambientales (1). Se clasifica en dentales o esqueléticas: La mordida abierta dental suele ser más fácil de manejar y, a menudo, pueden tratarse con éxito en pacientes en crecimiento; la esquelética es más significativa y se relaciona con el patrón esquelético hereditario del paciente (17).

**Figura 9.** Mordida abierta anterior



Fuente: Tomado de (16).

### 2.2.5.2. Mordida profunda

La mordida profunda es lo opuesto a la mordida abierta, aquí existe una superposición excesiva de los incisivos superiores sobre los incisivos inferiores, es decir, los superiores tapan u ocultan a los inferiores (4).

**Figura 10.** Mordida profunda



Fuente: Tomado de (16).

### **2.2.6. Apiñamiento**

Vulgarmente conocida como “dientes chuecos”, en la dentición primaria hablamos de apiñamiento cuando no se encuentran presentes los espacios biológicos, diastemas y espacios primates. Está relacionada con una discrepancia entre el tamaño de los dientes, y la longitud del arco (4).

**Figura 11.** Apiñamiento



Fuente: Tomado de (16).

### 2.3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

El abandono de un hábito oral nocivo puede dar a menudo como resultado la resolución de las maloclusiones. El primer paso para un manejo eficaz es identificar la etiología del hábito, para ello resulta primordial elaborar la historia clínica, así como realizar una exploración clínica completa. La información de relevancia a obtener es la edad del paciente, la duración y frecuencia del hábito, y si se han probado métodos con anterioridad para eliminarlos. Una vez identificada la etiología, el siguiente paso es apoyar al niño para que abandone el hábito. Para lograr esto, a menudo se emplea una combinación de estrategias: Intervención conductual no ortodóntica (guantes, protectores de pulgar, sustancias amargas), intervención conductual ortodóntica (aparatos removibles y fijos), y terapias psicológicas (refuerzo positivo y refuerzo negativo) (17).

**Figura 12.** Intervención conductual no ortodóntica, protectores de pulgar



Fuente: Tomado de (17).

**Figura 13.** Intervención conductual ortodóntica, aparato removible



Fuente: Tomado de (17).

**Figura 14.** Intervención conductual ortodónica, aparato fijo



Fuente: Tomado de (17).

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.

### 3.1. Tipo de Investigación

Esta investigación es bibliográfica-documental, ya que se fundamenta en la revisión, análisis y síntesis de fuentes, principalmente artículos científicos, y en menor medida tesis y libros.

### 3.2. Nivel de Investigación

Su nivel de alcance es descriptivo, el corte es transversal pues la recolección de información se realiza en un solo momento temporal, permitiendo una visión global y actual del fenómeno analizado.

### 3.3. Pregunta PICO

Tabla 1. Pregunta PICO

<b>POBLACIÓN</b>	Niños de 3 a 6 años
<b>INTERVENCIÓN</b>	Presencia de hábitos orales nocivos y aplicación de estrategias preventivas
<b>COMPARACIÓN</b>	Niños sin hábitos bucales nocivos
<b>RESULTADOS</b>	Desarrollo de maloclusiones dentales y eficacia de estrategias preventivas

¿Cuál es la influencia de los hábitos orales nocivos en el desarrollo de maloclusiones en niños de 3 a 6 años, en comparación con aquellos que no presentan estos hábitos, y qué estrategias preventivas han demostrado ser eficaces?

### 3.4. Procedimiento de recuperación de la información y fuentes documentales

Para abordar de manera adecuada el tema, se ha diseñado una estrategia de búsqueda avanzada en diversas bases de datos académicas reconocidas: Scielo, PubMed, y Google Scholar. Estas ecuaciones de búsqueda se estructuran mediante el uso de términos booleanos, descriptores controlados (como MeSH) y frases clave que reflejan la edad específica de la población infantil estudiada.

### 3.4.1. Ecuación de búsqueda

**Tabla 2.** Ecuación de búsqueda

<b>Base de datos</b>	<b>Ecuación de búsqueda</b>
<b>PubMed</b>	("oral habit" OR "deleterious oral habit" OR "harmful oral habit*" OR "oral parafunction" OR "non-nutritive sucking" OR sucking OR "thumb sucking" OR "finger sucking" OR pacifier OR "pacifier use" OR "mouth breathing") AND (malocclusion OR malocclusions OR "occlusal alteration" OR "dental malalignment") AND (child* OR preschool OR "early childhood") AND (prevention OR preventive OR interceptive OR "early intervention" OR "preventive orthodontic")
<b>Scielo</b>	(malocclusion OR maloclusión OR maloclusão) AND ("hábitos orales" OR "hábitos bucales" OR "hábitos deletéreos" OR "oral habits") AND (niños OR infancia OR child OR children)
<b>Google Scholar</b>	("oral habits" OR "deleterious oral habits" OR "non-nutritive sucking" OR "thumb sucking" OR "pacifier use" OR "mouth breathing" OR "hábitos orales" OR "hábitos orales nocivos" OR succión digital OR respiración bucal) AND (malocclusion OR maloclusión) AND ("3 to 6 years" OR "3-6 years" OR "3 a 6 años" OR "3-6 años" OR preschool) AND (prevention OR preventive OR interceptive OR prevención OR preventiva)

### 3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión

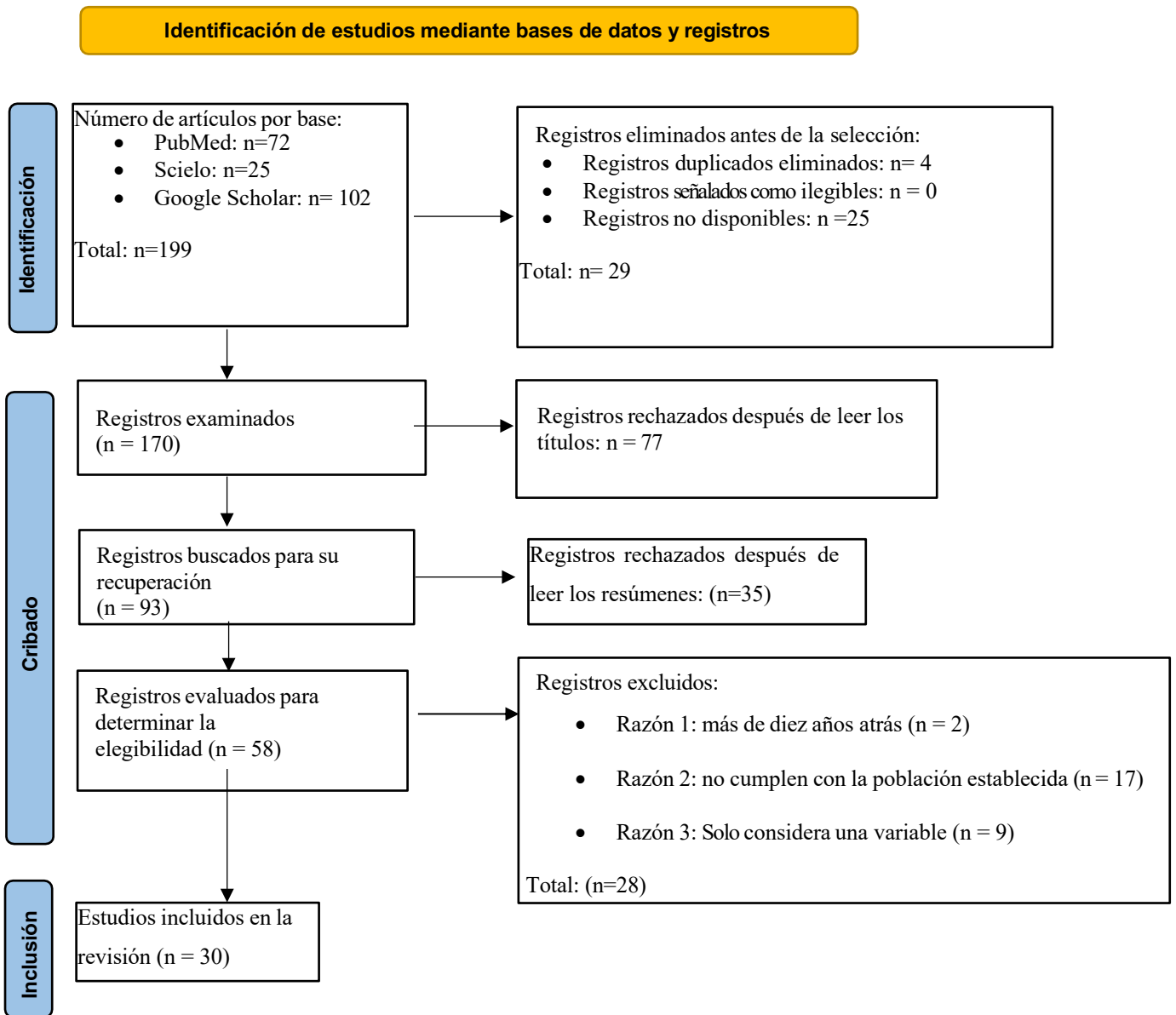
<b>Categoría</b>	<b>Criterios de inclusión y exclusión</b>
<b>Año de publicación</b>	Artículos publicados en los últimos 10 años
<b>Idioma</b>	Artículos escritos en inglés, portugués y español
<b>Pertinencia temática</b>	Artículos que aborden el tema y las variables del estudio
<b>Indexación</b>	Artículos provenientes de revistas científicas indexadas (PubMed, SciELO, Google Académico)
<b>Población de estudio</b>	Artículos que incluyan niños de 3 a 6 años
<b>Tipo de documento</b>	Artículos científicos (no páginas web u otros documentos no académicos)
<b>Disponibilidad</b>	Texto completo y gratuito

### 3.6. Resultados de la Búsqueda y selección de documentos

Tabla 4. Resultados de la Búsqueda

<b>Base de datos</b>	<b>Artículos candidatos encontrados</b>
<b>PubMed</b>	72
<b>SciELO</b>	25
<b>Google Scholar (búsqueda en español)</b>	102

Figura 15. Flujograma PRISMA



## CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. RESULTADOS

**Tabla 5.** Hábitos orales nocivos identificados en niños de 3 a 6 años

#	Autor(es)	Título	Año	Población estudiada	Hábitos orales nocivos	Frecuencia
1	Gomes D et al.	A importância da amamentação e sua relação com a instalação de hábitos bucais deletérios e a mordida aberta anterior (18)	2023	Madres de 38 niños de 3 a 6 años pacientes atendidos en la Clínica Pediátrica de una universidad en el extremo sur de Santa Catarina (18)	Succión de biberón Succión de chupón	71,05% 39,47% (18)
2	Jaccottet A et al.	Malocclusion and Associated Factors in Early Childhood and Knowledge Level of Mothers from Childcare Groups (19)	2021	47 niños de entre 18 y 72 meses de un grupo de cuidado infantil en la ciudad de Pelotas, ubicada en la región sur de Rio Grande do Sul, Brasil. (19)	Succión de chupón Succión de biberón	63,0% 56,5% (19)
3	Singh A et al.	<i>Prevalence of Malocclusion and Orthodontic Treatment Needs in Primary and Mixed</i>	2021	400 niños con dentición primaria y mixta seleccionados aleatoriamente del	Succión digital Bruxismo Respiración bucal	4,3% 1,7% 1,4% (20)

		<i>Dentition Using Baby Roma Index. (20)</i>		Departamento de Odontología Pediátrica y Preventiva (OPD) y de seis escuelas de la región de Lucknow Oriental, India. Fueron divididos en 2 grupos: El grupo I con edades comprendidas entre 3 y 6 años con dentición primaria, y el grupo II, con edades comprendidas entre 7 y 12 años con dentición mixta. (20)		
4	Assis W et al.	Factors Associated with Malocclusion in Preschool Children in a Brazilian Small Town. (21)	2020	148 niños de entre 4 y 6 años matriculados en escuelas primarias públicas de la ciudad de Aiquara, estado de Bahía, Brasil. (21)	Succión de biberón	91,21%
					Onicofagia	79,05%
					Succión de chupón	74,32%
					Succión digital	62,83%
					Masticar objetos	56,76% (21)

5	Ahmed F, Abuaffian A	Oral Habits and Occlusal characteristics in Preschool Children in Khartoum State. (22)	2016	417 niños en edad preescolar, seleccionados al azar de 11 escuelas preescolares en el estado de Jartum, Sudán. (22)	Succión digital Respiración bucal Deglución atípica	23,7% 11,5% 4,3% (22)
6	Ordaz L et al.	Breastfeeding, Oral Habits, and Malocclusions in Children Aged 3 to 6 Years. (23)	2024	125 niños y niñas pertenecientes a la Clínica Estomatológica “Hermanos Saiz”, del municipio de San Juan y Martínez en Pinar del Río, Cuba. (23)	Respiración bucal Succión digital Succión labial Deglución atípica	41,3% 34,7% 5,3% 10,7% (23)
7	Mendoza P et al.	Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusión y anomalías dentomaxilares en	2019	344 estudiantes del nivel de Educación Inicial entre ellos jardín, preescolar y maternal en Coronel Oviedo-Paraguay. (24)	Succión digital Succión de chupón Otros hábitos	13,8% 9,59% 38,95% (24)

		preescolares de Cnel. Oviedo, Paraguay (24)				
<b>8</b>	Morera A et al.	Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años (25)	2016	67 infantes de cinco años pertenecientes a la II área de salud del municipio cubano Cienfuegos. (25)	Hábitos orales nocivos en general	79,1% (25)
<b>9</b>	Carmininatti M et al.	Impact of dental caries, malocclusion and oral habits on the oral health-related quality of life of preschool children. (26)	2016	93 niños de tres a cinco años que esperaban atención en una clínica odontológica pediátrica institucional en Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. (26)	Succión de biberón Succión de chupón Respiración bucal Succión digital	86% 49,5% 30,1% 11,8% (26)
<b>10</b>	Mesa N, Medrano J.	Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. (27)	2017	132 infantes que forman parte del Policlínico Máximo Gómez del municipio cubano Holguín. (27)	Succión de biberón Deglución atípica Succión digital	69,69% 62,87% 45,45% (27)

<b>11</b>	Marcantonio C et al.	Associação de condições socioeconômicas, saúde bucal, hábitos orais e má oclusão com o desempenho escolar de escolares de 5 anos. (28)	2021	753 escolares de cinco años matriculados en el sistema escolar municipal de Araraquara, São Paulo, Brasil. (28)	Bruxismo	6,6%
					Succión de chupón	1,5%
					Succión digital	1,2%
					Succión de biberón	1,1% (28)
<b>12</b>	Marcantonio C et al.	Associação entre hábitos orais e má oclusão com problemas respiratórios em escolares de 5 anos. (29)	2021	753 escolares de cinco años matriculados en el sistema escolar municipal de Araraquara, São Paulo, Brasil. (29)	Bruxismo	6,6%
					Succión de chupón	1,5%
					Succión digital	1,2%
					Succión de biberón	1,1% (29)
<b>13</b>	Gutiérrez Y et al.	Factores de riesgo de maloclusión en escolares de primer grado de la escuela “Adalberto Pessant” (30)	2024	62 alumnos del 1º año de la escuela “Adalberto Pessant” perteneciente al municipio cubano Manzanillo en la provincia Granma. (30)	Succión digital	69,4%
					Deglución atípica	57,1%
					Respiración bucal	36,7%
					Succión labial	32,7%

					Bruxismo	20,4%
					Onicofagia	14,3% (30)
<b>14</b>	Fernández M et al.	Unhealthy oral habits and oral health-related quality of life in a group of Chilean preschool children. (31)	2025	192 padres, madres y cuidadores que representaban a 100 niños de 2 a 5 años de 40 jardines infantiles de la Región Metropolitana Noroeste, Santiago de Chile. (31)	Succión de biberón	57,6%
					Deglución atípica	19,2%
					Succión labial	18,1%
					Succión de chupón	16,4% (31)
<b>15</b>	Araujo A et al.	Investigation of Malocclusion and Associated Factors in Preschoolers: A Cross-Sectional Questionnaire Study. (32)	2024	523 niños preescolares de 26 a 80 meses que asistían a guarderías públicas municipales en Salvador, Bahía, Brasil. (32)	Bruxismo	19,69%
					Onicofagia	20,46%
					Masticar objetos	12,24%
					Succión digital	8,03%
					Succión de chupón	6,88% (32)

<b>16</b>	Santos Campos MP et al.	Influence of head and linear growth on the development of malocclusion at six years of age: a cohort study. (33)	2018	290 parejas madre-hijo de las ciudades de Palmares, Catende, Água Preta y Joaquim Nabuco, todas ubicadas a unos 120 km de Recife, capital del estado de Pernambuco, Brasil. (33)	Succión de biberón	77,9%
					Succión de chupón	58,9%
					Succión digital	11,4% (33)
<b>17</b>	Singh P, Jawdekar A.	Associations between nonnutritive sucking habits, developing malocclusion, and various feeding practices in 3–6-year-old Indian urban children: A case–control study. (34)	2024	350 niños, elegidos aleatoriamente, de 3 a 6 años de 11 centros preescolares, Navi Mumbai, Maharashtra, India. (34)	Succión de biberón	57,14%
					Succión digital	23,42%
					Respiración bucal	11,71%
					Succión labial	2,4%
					Succión de chupón	0,8% (34)
<b>18</b>	Góngora León I et al.	Association of breastfeeding duration with the development of non-nutritive habits, and transversal and vertical occlusal alterations in	2023	155 niños, de ambos sexos, de tres colegios públicos de Lima, Perú. (35)	Succión digital	91,6%
					Respiración bucal	79,4%
					Succión labial	71,0%

		preschool children: A cross-sectional study. (35)			Deglución atípica	58,7% (35)
<b>19</b>	Moraes R et al.	Pathways to anterior open bite after changing of pacifier sucking habit in preschool children: a cohort study. (36)	2021	Se evaluaron 407 niños. en edad preescolar (de 2 a 5 años) residentes en la ciudad de Santa Cruz do Sul de Brasil. (36)	Succión de chupón	67,8% (36)
<b>20</b>	Scarpelli B et al.	Evaluation of a preventive educational program for malocclusions: 7-year study. (37)	2016	506 tutores de niños de 0 a 6 años en Londrina, Brasil. (37)	Succión de biberón	56,1%
					Succión de chupón y biberón	18,4%
					Succión digital	11,9% (37)
<b>21</b>	Rai A et al.	Prevalence of Oral Habits and its Association with Malocclusion in Primary Dentition among School Going Children of Nepal. (38)	2022	625 niños que estudiaban desde la guardería hasta el primer grado, en nueve escuelas diferentes seleccionadas al azar de la ciudad sub-metropolitana de Dharan, Nepal. (38)	Hábitos orales nocivos en general	42,7%
					Onicofagia	19,5%
					Bruxismo	16,9%
					Empuje lingual	16,5%

					Respiración bucal	13,9%
					Succión digital	9,4%
					Succión de chupón	4,9% (38)
<b>22</b>	Paolantonio E et al.	Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. (39)	2019	1.616 niños (808 varones y 808 mujeres), de 3 a 6 años que visitaron jardines de infancia en las ciudades de Roma, Vicenza, Messina; Italia. (39)	Hábitos de succión no nutritiva	22%
					Respiración bucal	23% (39)
<b>23</b>	Carli E et al.	Early orthodontic treatment need in paediatric age: a prospective observational study in Italian school-children. (40)	2023	780 niños de entre 4 y 10 años con necesidad de ortodoncia interceptiva de la Unidad de Odontología Pediátrica del Hospital Santa Chiara en Pisa, Italia. (40)	A la edad de 4 años:	
					Succión de chupón	61,2%
					Succión digital	25,0%
					Succión labial	20,0%
					Respiración bucal y deglución atípica	36,0%

---

A la edad de 5 años:

Succión de chupón 20,0%

Succión digital 32,5%

Succión labial 30,0%

Respiración bucal y  
deglución atípica 29,0%

A la edad de 6 años:

Succión de chupón 13,7%

Succión digital 12,5%

Succión labial 10,0%

Respiración bucal y  
deglución atípica 13,0% (40)

---

#### **4.1.1. Descripción de la Tabla 5: Hábitos orales nocivos identificados en niños de 3 a 6 años**

En la tabla 5 se muestra la frecuencia reportada por los autores con respecto a los hábitos orales nocivos identificados en niños de 3 a 6 años. La presente descripción se limitará a mostrar las estadísticas encontradas sin dar detalles, explicaciones o comparaciones, actividad reservada para la discusión, esta aclaración aplica para el resto de las descripciones de esta sección. Se incluyeron las estadísticas de 23 artículos. La cantidad de hábitos estudiados e identificados varía según el autor, pero sumando todos los estudios analizados se encontraron frecuencias de hasta 10 hábitos orales nocivos, siendo estos: Succión digital, succión de biberón, succión de chupón, respiración bucal, deglución atípica, succión labial, bruxismo, onicofagia, empuje lingual, y masticación de objetos. Cabe recalcar que algunos estudios no hicieron diferenciación del tipo de hábitos, sino que agruparon todos en la categoría de: hábitos orales nocivos en general.

En referencia a los hábitos más comunes según su frecuencia y cantidad de apariciones, estos fueron: La succión digital, que apareció en 17 estudios, cuya frecuencia fue la más alta reportada, con un 91,6% (35), mientras que el valor mínimo bajó hasta el 1,2% (28) (29); la succión de biberón con un máximo de 91,21% (21), y un mínimo de 1,1% (28) (29) se estudió en 10 artículos; la respiración bucal con un máximo de 79,4% (35), y un mínimo de 1,4% (20) estuvo presente en 10 estudios; la succión de chupón con un valor alto de 74,32% (21), y un valor bajo de 0,8% (34), analizada en 12 estudios; la deglución atípica con valores de 62,87% (27) a 4,3% (22) en 7 estudios; succión labial con una frecuencia de 71,0% (35) a 2,4% (34) en 6 artículos; bruxismo con porcentajes de 20,4% (30) a 1,7% (34) distribuidas en 6 estudios; onicofagia reportada del 79,05% (21) al 14,4% (30) en 4 estudios; masticación de objetos con una máxima de 56,76% (21) y mínima de 12,24% (32) presentes en 2 estudios; empuje lingual reportado solo en un estudio, 16,5% (38); Con respecto a la presencia de hábitos orales nocivos en general, se reportó como valor más alto el 79,1% (25), y valor más bajo 42,7% (38).

**Tabla 6.** Frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años

#	Autor(es)	Título	Año	Población estudiada	Maloclusión	Frecuencia
1	Gomes D et al.	A importância da amamentação e sua relação com a instalação de hábitos bucais deletérios e a mordida aberta anterior (18)	2023	Madres de 38 niños de 3 a 6 años atendidos en la Clínica Pediátrica de una universidad en el extremo sur de Santa Catarina (18)	Mordida abierta anterior	13,16% (18)
2	Jaccottet A et al.	Malocclusion and Associated Factors in Early Childhood and Knowledge Level of Mothers from Childcare Groups (19)	2021	47 niños de entre 18 y 72 meses de un grupo de cuidado infantil en la ciudad de Pelotas, ubicada en la región sur de Rio Grande do Sul, Brasil (19)	Maloclusión general Clase I Clase II Clase III Mordida abierta anterior	41,3% 58,7% 34,8% 6,5% 47,6% (19)

3	Singh A et al.	<i>Prevalence of Malocclusion and Orthodontic Treatment Needs in Primary and Mixed Dentition Using Baby Roma Index.</i> (20)	2021	400 niños con dentición primaria y mixta seleccionados aleatoriamente del Departamento de Odontología Pediátrica y Preventiva (OPD) y de seis escuelas de la región de Lucknow Oriental, India. Fueron divididos en 2 grupos: El grupo I con edades comprendidas entre 3 y 6 años con dentición primaria, y el grupo II, con edades comprendida entre 7 y 12 años con dentición mixta. (20)	Maloclusión general Mordida abierta anterior Mordida Cruzada	69% 2,2% 3,4% (20)
4	Assis W et al.	Factors Associated with Malocclusion in Preschool Children in a Brazilian Small Town. (21)	2020	148 niños de entre 4 y 6 años matriculados en escuelas primarias públicas de la	Maloclusión (4 años) Maloclusión (5 años)	57,5%, 6,92%

---

ciudad de Aiquara, estado de Bahía, Brasil. (21)	Maloclusión (6 años)	72,46%
	Relación canina clase I	66,2%
	Relación canina clase II	38,25%
	Relación canina clase III	8,1%
	Overjet aumentado	34,5%
	Mordida bis a bis	17,6%
	Mordida cruzada anterior	10,68%
	Overbite reducida	20,9%
	Mordida profunda	8,1%
	Mordida cruzada posterior	20,9% (21)

---

5	Ahmed F et al.	Oral Habits and Occlusal characteristics in Preschool Children in Khartoum State. (22)	2016	417 niños en edad preescolar, seleccionados al azar de 11 escuelas preescolares en el estado de Jartum, Sudán. (22)	Escalón terminal mesial Escalón terminal recto Escalón terminal distal Clase canina I Clase canina III Overjet aumentado Mordida cruzada	77% 20% 3% 75% 23% 31% 6% (22)
6	Ordaz L et al.	Breastfeeding, Oral Habits, and Malocclusions in Children Aged 3 to 6 Years. (23)	2024	125 niños y niñas pertenecientes a la Clínica Estomatológica “Hermanos Saiz”, del municipio de San Juan y Martínez en Pinar del Río, Uruguay. (23)	Mordida Abierta Escalón terminal mesial	49,3% 28% (23)
7	Mendoza P et al.	Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusión y anomalías dentomaxilares en	2019	344 estudiantes del nivel de Educación Inicial entre ellos jardín, preescolar y maternal	Mordida abierta anterior	82,85%

		preescolares de Cnel. Oviedo, Paraguay (24)		en Coronel Oviedo- Paraguay. (24)	Mordida cruzada	11,34%
					Mordida profunda	9,01%
					Mordida bis a bis	26,74% (24)
<b>8</b>	Carmininatti M et al.	Impact of dental caries, malocclusion and oral habits on the oral health-related quality of life of preschool children. (26)	2016	93 niños de tres a cinco años que esperaban atención en una clínica odontológica pediátrica institucional en Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. (26)	Maloclusión en general	46,2% (26)
<b>9</b>	Mesa N, Medrano J.	Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. (27)	2017	132 infantes pertenecientes al Policlínico Máximo Gómez del Municipio cubano Holguín. (27)	Clase II (disto oclusión molar)	40,9%
					Labioversión con diastema	27,27%
					Apiñamiento inferior	25,75%
					Mordida abierta anterior	16,66%

						Apiñamiento anterior	6,06% (27)
<b>10</b>	Marcantonio et al.	C	Associação de condições socioeconômicas, saúde bucal, hábitos orais e má oclusão com o desempenho escolar de escolares de 5 anos. (28)	2021	753 escolares de cinco años matriculados en el sistema escolar municipal de Araraquara, São Paulo, Brasil. (28)	Clase I Clase II Clase III Overjet aumentado Mordida cruzada anterior	76,2% 12,5% 5,6% 16,9% 11,2% (28)
<b>11</b>	Marcantonio et al.	C	Associação entre hábitos orais e má oclusão com problemas respiratórios em escolares de 5 anos (29)	2021	753 escolares de cinco años matriculados en el sistema escolar municipal de Araraquara, São Paulo, Brasil. (29)	Mordida cruzada unilateral Mordida cruzada bilateral Mordida en tijera	3,4% 0,8% 0,3% (29)
<b>12</b>	Gutiérrez Y et al.		Factores de riesgo de maloclusión en escolares de	2024	62 alumnos de 1° año de la escuela “Adalberto Pessant” perteneciente al municipio	Clase I	56,5%

	primer grado de la escuela “Adalberto Pessant” (30)	cubano Manzanillo de la provincia Granma. (30)	Clase II  Clase III	30,6%  12,9% (30)
<b>13</b>	Araujo A et al. Investigation of Malocclusion and Associated Factors in Preschoolers: A Cross- Sectional Questionnaire Study. (32)	2024 523 niños preescolares de 26 a 80 meses que asistían a guarderías públicas municipales. en Salvador, Bahía, Brasil. (32)	Maloclusión en general  Clase II y III  Overjet aumentado  Overbite reducido  Mordida bis a bis  Mordida abierta  Mordida profunda  Mordida cruzada posterior unilateral	43,21%  34,03%  13,38%  10,52%  8,60%  7,07%  6,12%  5,93%

					Mordida cruzada posterior bilateral	0,96% (32)
<b>14</b>	Santos Campos MP et al.	Influence of head and linear growth on the development of malocclusion at six years of age: a cohort study. (33)	2018	290 parejas madre-hijo de las ciudades de Palmares, Catende, Água Preta y Joaquim Nabuco, todas ubicadas a unos 120 km de Recife, capital del estado de Pernambuco, Brasil. (33)	Maloclusión en general Maloclusión en plano anteroposterior Mordida abierta anterior	64,5% 38,3% 15% (33)
<b>15</b>	Singh P, Jawdekar A.	Associations between nonnutritive sucking habits, developing malocclusion, and various feeding practices in 3–6-year-old Indian urban children: A case–control study. (34)	2024	350 niños, elegidos aleatoriamente, de 3 a 6 años 11 centros preescolares, Navi Mumbai, Maharashtra, India. (34)	Mordida abierta anterior Overjet aumentado Apiñamiento Overbite aumentado Mordida cruzada posterior	12,57% 6,8% 2,2% 1,14% 1,4% (34)

<b>16</b>	Góngora León I et al.	Association of breastfeeding duration with the development of non-nutritive habits, and transversal and vertical occlusal alterations in preschool children: A cross-sectional study. (35)	2023	155 niños, de ambos sexos, de tres colegios públicos de Lima, Perú. (35)	Mordida profunda  Mordida abierta anterior  Mordida cruzada posterior	61,9%  12,9%  4,5% (35)
<b>17</b>	Moraes R et al.	Pathways to anterior open bite after changing of pacifier sucking habit in preschool children: a cohort study. (36)	2021	Se evaluaron 407 niños. en edad preescolar (de 2 a 5 años) residentes en la ciudad de Santa Cruz do Sul de Brasil. (36)	Mordida abierta anterior	32,9%
<b>18</b>	Paolantonio E et al.	Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. (39)	2019	1.616 niños (808 varones y 808 mujeres), de 3 a 6 años que visitaron jardines de infancia en las ciudades de Roma, Vicenza, Messina; Italia. (39)	Overjet aumentado  Overbite aumentado  Mordida cruzada  Mordida abierta  Overjet negativo	21%  20%  15%  12%  7% (39)

---

<b>19</b> Carli E et al.	Early orthodontic treatment need in paediatric age: a prospective observational study in Italian school-children. (40)	2023	780 niños de entre 4 y 10 años con necesidad de ortodoncia interceptiva. de la Unidad de Odontología Pediátrica del Hospital Santa Chiara en Pisa, Italia. (40)	Mordida cruzada posterior unilateral/bilateral	36,3%
				Mordida cruzada anterior	14,2%
				Overjet aumentado	13,7% (40)

---

#### **4.1.2. Descripción de la Tabla 6: Frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años**

En la tabla 6 se muestra la frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años reportada por 19 artículos. Se encontraron problemas en los tres planos correspondientes al análisis tridimensional de la oclusión (plano anteroposterior, plano transversal y plano vertical) sumando un total de 17 tipos de maloclusiones. Correspondientes al plano anteroposterior se encontró: Clase I de Angle, clase II de Angle, clase III de Angle, overjet aumentado, overjet negativo, escalón terminal mesial, escalón terminal recto, escalón terminal distal, y mordida cruzada anterior; en cuanto al plano transversal: Mordida cruzada posterior unilateral, mordida cruzada posterior bilateral, mordida bis a bis, mordida en tijera; y en el plano vertical se encontró: Mordida abierta anterior, mordida profunda, overbite aumentado, overbite reducido. Hay que tener en cuenta que algunos de los tipos tienen íntima relación con otros, y bajo determinados criterios se podría considerar como el mismo tipo de maloclusión, sin embargo, por fines de practicidad se respetó la clasificación dada por los autores. En relación con las maloclusiones más comunes, según su frecuencia y cantidad de apariciones, entre las más destacadas tenemos: Mordida abierta anterior, presente en 11 artículos, con una frecuencia máxima de 82,85% (24), y mínima de 2,2% (20); clase II de Angle presente en 4 estudios, con valores de entre 40,9% (27) y 12,5% (28); clase I de Angle con una máxima de 76,2% (28) y mínima de 56,5% (30) abordada en 4 estudios; clase III de Angle con porcentajes de entre 23% (22) a 5,6% (28); mordida cruzada posterior estudiada en 8 artículos, con frecuencias de 36,3% (40) a 0,96% (32); mordida cruzada anterior con presencia del 14,2% (40) al 10,6% (21) en 3 estudios; overjet aumentado medida en 6 artículos, con resultados de 34,5% (21) y 6,8% (34); mordida profunda analizada en 4 artículos, con valores del 61,9% (35) al 6,12% (32); mordida bis a bis, 26,74% (24) a 8,60% (32) en 3 estudios; escalón terminal mesial con frecuencias del 77% (22) al 28% (23) otorgadas por 2 estudios; escalón terminal recto, presente en 1 estudio que reportó una frecuencia del 20% (22); y escalón terminal distal con la misma cantidad de apariciones que la anterior, reportando un valor de 3% (22). Como mención, se tiene que hablar también del apiñamiento, que no se clasificó dentro de ninguno de los planos del análisis tridimensional, pero apareció en 2 estudios, con una frecuencia máxima de 25,75% (27) y mínima de 2,2% (34).

**Tabla 7.** Relación entre hábitos orales nocivos y maloclusiones

#	Autor	Título	Población estudiada	Hábitos orales nocivos	Maloclusiones asociadas	Relación encontrada	Explicación/justificación dada por el artículo
1	Gomes D et al.	A importância da amamentação e sua relação com a instalação de hábitos bucais deletérios e a mordida aberta anterior. (18)	Madres de 38 niños de 3 a 6 años atendidos en la Clínica Pediátrica de una universidad en el extremo sur de Santa Catarina. (18)	Succión de biberón Succión de chupón	Mordida abierta anterior	p-valor = 1,000  No hubo relación significativa entre los hábitos verificados y la presencia de mordida abierta anterior. (18)	La justificación a la falta de asociación entre la mordida abierta anterior y los hábitos bucales nocivos es el pequeño número de participantes. (18)
2	Jaccottet A et al.	Malocclusion and Associated Factors in Early Childhood and Knowledge Level of Mothers from	47 niños de entre 18 y 72 meses de un grupo de cuidado infantil en la ciudad de Pelotas, ubicada	Succión de chupón	Mordida abierta anterior	p-valor = <0,001  Alta prevalencia de mordida abierta en los usuarios de chupón. (19)	El uso del chupete podría promover una alineación inadecuada, lo que causa un crecimiento palatino inadecuado. (19)

	Childcare Groups (19)	en la región sur de Rio Grande do Sul, Brasil (19)					
3	Assis W et al. Factors Associated with Malocclusion in Preschool Children in a Brazilian Small Town. (21)	148 niños de entre 4 y 6 años matriculados en escuelas primarias públicas de la ciudad de Aiquara, estado de Bahía, Brasil. (21)	Succión de chupón	de	Mordida abierta anterior, y mordida cruzada posterior.	Se observó que el componente (duración del uso del chupete) fue responsable del 28,2 % de la variación en el diagrama de dispersión acerca de la relación entre maloclusiones y hábitos deletéreos. (21)	El uso prolongado del chupón se asocia directamente con alteraciones oclusales como la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior. La presión constante ejercida por el chupón sobre los incisivos superiores genera fuerzas vestibulares y apicales que interfieren con la erupción normal, mientras que los incisivos inferiores son desplazados hacia lingual, favoreciendo el aumento del overjet y overbite. Esta interferencia mecánica impide el contacto adecuado entre los

---

incisivos, originando mordida abierta anterior. Además, la succión sostenida modifica el equilibrio muscular, especialmente por la hiperactividad del músculo buccinador y el descenso de la lengua dentro de la cavidad oral. Este cambio funcional limita el crecimiento transversal del maxilar superior, favoreciendo la atresia maxilar. Como consecuencia, se incrementa la probabilidad de desarrollar mordida cruzada posterior, que puede manifestarse de forma unilateral o bilateral según la severidad y duración del hábito. (21)

---

4	Ahmed F, Abuaffian A	Oral Habits and Occlusal characteristic in Preschool Children in Khartoum State. (22)	417 niños en edad preescolar, seleccionados al azar de 11 escuelas preescolares en el estado de Jartum, Sudán. (22)	Succión digital	Overjet aumentado	Se mostró que existe una relación significativa entre el hábito de succión del pulgar y un aumento del overjet (> 4 mm) (22).	Los bebes usan el dedo, el pulgar, el chupete u otros objetos para sentirse seguros y aprender sobre el mundo exterior. El hábito de succión es común cuando el niño está ansioso, inseguro o rodeado de extraños, y en familias separadas de sus padres. El hábito de succión induce el sueño y, por lo tanto, calma y relaja al bebé y al niño. El efecto del hábito de succión prolongado en los niños puede provocar aumento del overjet. (22)
				Respiración bucal	Mordida y abierta anterior	p valor = 0,000	La respiración bucal produce deformidades mandibulares, posición o forma inadecuada

				succion digital		Se encontró un alto valor significativo de la mordida abierta anterior con la succion del pulgar y la respiración bucal (22)	del proceso alveolar y maloclusión (22)
5	Mendoza P et al.	Prevalencia de hábitos de succion no nutritiva y su relación con maloclusión y anomalías dentomaxilares en preescolares de Cnel. Oviedo, Paraguay (24)	344 estudiantes del nivel de Educación Inicial entre ellos jardín, preescolar y maternal en Coronel Oviedo-Paraguay. (24)	Succion digital	Mordida abierta anterior	p-valor =0.000 Se encontró que la presencia de succion digital está relacionada con la mordida abierta. (24)	Las maloclusiones esqueléticas principalmente la mordida abierta anterior causada por los hábitos de succion no nutritivos constituyen un factor de riesgo que incrementa la tendencia a que se produzca una supresión en el crecimiento vertical de la zona frontal del proceso alveolar. (24)

				Succión de chupón	Mordida abierta anterior	p-valor = 0.002	La succión de chupete se encuentra relacionada con la mordida abierta. (24)
6	Mesa N, Medrano J.	Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. (27)	132 infantes que forman parte del Policlínico Máximo Gómez del municipio cubano Holguín. (27)	Hábitos de presión (deglución atípica, succión digital)	Apiñamiento	Se descubrió que las alteraciones durante el crecimiento del macizo facial, ATM y maloclusiones, podrían ser ocasionadas por	La presión es un hábito nocivo puesto que altera el desarrollo del macizo facial, afectando principalmente la función de la musculatura orofacial. Este hábito genera presiones constantes de hasta 50mg durante 12 horas, favoreciendo el

---

		hábitos nocivos. desplazamiento progresivo de una pieza dental. (27)
Deglución atípica	Mordida abierta anterior	Se halló que el desarrollo de la mordida abierta anterior está relacionado con la deglución atípica. (27)
		La mordida abierta anterior está directamente relacionada con la deglución atípica, ya que puede generar 500g de fuerza en los incisivos. Este hábito ocurre de manera rutinaria al menos unas 500 a 1000 veces diarias, suficiente para inducir cambios dentoalveolares en la región anterior, aumentando la probabilidad de crear esta maloclusión, además de incrementar la actividad muscular perioral para suplir

---

la deficiencia en el cierre oral.  
(27)

7	Gutiérrez Y et al.	Factores de riesgo de maloclusión en escolares de primer grado de la escuela “Adalberto Pessant” (30)	62 alumnos del 1º año de la escuela “Adalberto Pessant” perteneciente al municipio cubano Manzanillo en provincia Granma. (30)	Hábitos orales nocivos en general	Maloclusiones (Clase I, II, III)	Se encontró una relación entre los hábitos bucales, y las maloclusiones. (30)	Los hábitos nocivos o hábitos deformantes afectan el correcto crecimiento y desarrollo dentoalveolar, además interfieren en la dirección de crecimiento de varias estructuras del macizo facial. (30)
8	Araujo A et al.	Investigation of Malocclusion and Associated Factors in Preschoolers: A Cross-Sectional Questionnaire Study. (32)	523 niños preescolares de 26 a 80 meses que asistían a guarderías públicas municipales. en	Succión digital	Maloclusiones en general	En este estudio, la succión digital se asoció con la aparición de maloclusión en el grupo de edad de 2 a 6 años, con una relación	La prevalencia de estos hábitos de succión no nutritiva puede justificarse por la experiencia de sentimientos como ansiedad y tristeza en los niños durante este período, y la consiguiente necesidad de satisfacer esta demanda. El

---

Salvador, Bahía,  
Brasil. (32)

estadísticamente  
significativa (3,1  
veces más  
problable la  
maloclusión en  
presencia del  
hábito). (32)

Masticar  
objetos

Maloclusiones  
en general

El estudio  
evidenció que el  
hábito de morder  
objetos también se  
asoció con  
significancia  
estadística con la  
aparición de  
maloclusión. Se  
observó una  
probabilidad 1,56  
veces mayor de  
maloclusión en los

						niños con este hábito perjudicial. (32)	
				Succión de chupón	de Maloclusiones en general	El estudio no identificó una asociación entre la aparición de maloclusión y el hábito de chupar el chupón	El estudio sugiere que no encontró relación porque el efecto del chupón depende de la frecuencia, intensidad y duración del hábito. Si en su muestra esos factores fueron bajos o muy variables, la asociación pudo subestimarse y no detectarse estadísticamente. (32)
9	Santos Campos MP et al.	Influence of head and linear growth on the development of malocclusion at	290 parejas madre-hijo de las ciudades de Palmares, Catende, Água	Succión de biberón y chupón	de Maloclusión y en general	p-valor: 0.01  La succión no nutritiva fue predominante, y	La succión no nutritiva puede interferir negativamente en la relación entre la oferta y la demanda de leche, y puede convertirse en un sustituto de

		<p>six years of age: Preta y Joaquim Nabuco, todas ubicadas a unos 120 km de Recife, capital del estado de Pernambuco, Brasil. (33)</p>					<p>un amplio porcentaje de la muestra tenía algún tipo de maloclusión, mostrando una asociación significativa entre estas dos variables. (33)</p>	<p>la alimentación, reduciendo así la duración de la lactancia materna, lo cual es perjudicial porque se evidenció que los niños que no fueron amamantados tuvieron 2,19 veces más probabilidades de presentar anomalías oclusales. (33)</p>
10	Singh P, Jawdekar A.	<p>Associations between nonnutritive sucking habits, developing malocclusion, and various feeding practices in 3–6-year-old Indian urban</p>	<p>350 niños, elegidos aleatoriamente, de 3 a 6 años 11 centros preescolares, Navi Mumbai, Maharashtra, India. (34)</p>	<p>Succión de biberón</p>	<p>de Maloclusiones (overjet aumentado, mordida profunda, mordida abierta y mordida cruzada posterior)</p>	<p>Los niños alimentados con biberón durante un período más prolongado mostraron una probabilidad significativamente mayor de desarrollar hábitos bucales nocivos y</p>	<p>Los niños que usaban biberon mostraron mayor tendencia a desarrollar habitos bucales nocivos, debido al estrés como resultado de la atención o afecto insuficiente que percibe el niño por parte de sus padres o cuidadores El desarrollo de estos hábitos tiene poco o ningún efecto si está presente durante un período de tiempo</p>	

	children: A case-control study. (34)					maloclusiones dentales. (34)	corto; sin embargo, si se practica durante un período prolongado, estos tienen un efecto general en la dentición, las mandíbulas en desarrollo, y en las características oclusales: como el desarrollo de la mordida abierta anterior, el resalte aumentado, las mordidas cruzadas posteriores, la maloclusión Clase II de Angle y la relación Clase II canina. (34)
<b>11</b>	Góngora León I et al.	Association of breastfeeding duration with the development of non-nutritive habits, and transversal and vertical occlusal	155 niños, de ambos sexos, de tres colegios públicos de Lima, Perú. (35)	Succión de biberón	de Mordida abierta anterior	p-valor = 0,037 El uso del biberón durante más de 24 meses influyó significativamente en la aparición de hábitos orales	Durante la lactancia materna, los bebés adoptan la respiración nasal debido al sello hermético de la boca que ocurre durante la succión, reforzando la respiración nasal durante la alimentación. Durante la succión, los niños

---

alterations in  
preschool  
children: A  
cross-sectional  
study. (35)

nocivos, en abren, protruyen, cierran y  
especial la retruyen sus mandíbulas,  
respiración bucal, desarrollando todo el sistema  
y mordida abierta muscular de los músculos  
anterior. (35) masetero, temporal y  
pterigoideo. Además, la  
articulación  
temporomandibular es  
estimulada durante la  
lactancia materna y se espera  
el crecimiento anteroposterior  
del cuerpo mandibular. Por el  
contrario, durante la  
alimentación con biberón, la  
lengua se coloca más abajo y  
más atrás, y los labios están  
separados; por lo tanto, la  
propulsión lingual es más  
débil. Además, los músculos  
pterigoideos y maseteros se  
utilizan menos, ya que, debido

---

a la depresión lingual al momento de la deglución, no pueden sincronizarse con la respiración, aumentando así la probabilidad de respiración bucal. El uso del biberón disminuye la necesidad y frecuencia de la lactancia materna, la cual favorece la respiración nasal por succión, lo que produce un adecuado desarrollo craneofacial. Sin esta el niño es más propenso a desarrollar maloclusiones como la mordida abierta anterior. (35)

12	Moraes R et al.	Pathways to anterior bite changing of pacifier sucking	to open after of	Se evaluaron 407 niños (de 2 a 5 años) residentes en la	Succión de chupón	de Mordida abierta anterior	p-valor = <0,01 Se realizaron 2 mediciones, un al inicio del estudio,	El uso del chupón puede estar asociado con comportamientos desfavorables respecto a la lactancia materna y puede
----	-----------------	--	------------------	---	-------------------	-----------------------------	--	--

---

habit in ciudad de Santa  
preschool Cruz do Sul de  
children: a Brasil. (36)  
cohort study.  
(36)

y otra como conducir al destete, incidiendo  
seguimiento. Al en la presencia de  
inicio un total de maloclusión. Se ha  
67,8% demostrado que la  
presentaron el interrupción del hábito (la  
hábito de succión interferencia mecánica del  
del chupete, y en hábito de succionar el chupón)  
seguimiento el conduce a una disminución de  
valor bajó a la mordida abierta anterior con  
17,8%. Por otro el tiempo, lo que demuestra la  
lado, al inicio los capacidad del cuerpo para  
niños presentaron establecer su forma y función  
mordida abierta a esta edad. Además, los niños  
anterior en un que tenían el hábito de chupar  
32,9%, mientras chupete al inicio y presentaron  
que en el mordida abierta anterior  
seguimiento el fueron más propensos a  
porcentaje bajó a cambiar el hábito. Una posible  
16,0%. La explicación de este hallazgo es  
presencia de la tendencia natural de los  
mordida abierta niños a abandonar el hábito de

---

---

anterior al inicio de chupar el chupete a medida se vio que crecen, ya sea por decisión directamente propia o por sentir vergüenza afectada por el frente a sus amigos. (36)

hábito de succión del chupete con lo evidencia el p-valor ( $<0,01$ ). Los niños que abandonaron el hábito de succión del chupete tuvieron una menor prevalencia de mordida abierta después. (36)

---

13 Rai A et al.	Prevalence of 625 niños que estudiaban desde la guardería hasta el primer grado, en nueve escuelas diferentes seleccionadas al azar de la ciudad sub-metropolitana de Dharan, Nepal. (38)	Succión digital	de	Escalón terminal distal	p-valor = <0,001	Se encontró que la asociación entre los hábitos orales y los rasgos de maloclusión varía entre los diferentes estudios, lo que podría explicarse porque los daños biológicos causados por los hábitos orales dependen de muchos factores, como la edad de inicio, la duración, la intensidad y el tipo de hábitos orales, y, sobre todo, las características biológicas y genéticas individuales. (38)
				Relación canina Clase II	p-valor = 0,001	
				Overjet aumentado	p-valor = 0,001	
		Succión de chupón		Escalón terminal distal	p-valor = 0,004	
				Relación canina Clase II	p-valor = 0,003	
				Overjet aumentado	p-valor = <0,001	
				Mordida cruzada	p-valor = <0,010	

					Onicofagia	Ausencia de espacios primates-apíñamiento	p-valor = 0,006 (38)	
<b>14</b>	Paolantonio E et al.	Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. (39)	1.616 niños (808 varones y 808 mujeres), de 3 a 6 años que visitaron jardines de infancia en las ciudades de Roma, Vicenza, Messina; Italia. (39)	Hábitos de succión nutritiva.	de no abierta anterior	Mordida	p-valor = 0,000 Los hábitos de succión se asociaron con la mordida abierta. (39)	La succión estimula los músculos orofaciales y contribuye al crecimiento normal, pero los hábitos persistentes de succión no nutritiva pueden ocasionar problemas a largo plazo y afectar el sistema estomatognático, provocando un desequilibrio entre los músculos externos e internos. El chupete o el pulgar interfieren con la erupción dental y el desarrollo esquelético, causando
						Overjet aumentado	p-valor = 0,000 Los hábitos de succión se asociaron con overjet aumentado severo (>6mm). (39)	

	Mordida cruzada	p-valor = 0,037 Los hábitos de succión se asociaron con mordida cruzada (39)	alteración del crecimiento dentoescelético y mordida abierta anterior. (39)
Respiración bucal	Mordida abierta anterior	p-valor = 0,017 La respiración bucal se asoció con mordida abierta anterior moderada y severa. (39)	Las personas que respiran oralmente suelen tener la boca abierta y una postura lingual baja, lo que les impide impulsar la lengua sobre el paladar, lo que provoca un déficit esquelético maxilar transversal y mordida cruzada.
	Overjet aumentado	p-valor = 0,008 La respiración bucal se asoció con overjet aumentado	Además, presentan una rotación en sentido horario y una posición distal de la mandíbula inferior, lo que les provoca un resalte aumentado

						moderado (3-6mm). (39)	y una mordida abierta anterior. (39)
					Mordida cruzada	p-valor = 0,000 La respiración bucal se asoció con mordida cruzada. (39)	
15	Hung M et al.	Pacifier Use and Its Influence on Pediatric Malocclusion: A Scoping Review of Emerging Evidence and Developmental Impacts. (41)	Revisión bibliográfica de 35 estudios que analizó el uso del chupete y su influencia en la maloclusión pediátrica. (41)	Succión de chupón	de Mordida abierta anterior	El uso del chupete se asoció consistentemente con una mayor prevalencia de maloclusiones, principalmente mordida abierta anterior, pero también mordida cruzada posterior y overjet	Se encontró que la succión del chupón impacta significativamente el crecimiento de la mandíbula superior: los niños que usaban chupetes experimentaron un mayor crecimiento en esta área y la relación fue estadísticamente significativa. Este crecimiento alterado favorece la falta de contacto vertical entre los dientes

aumentado. La estadística muestra que el 55 % de los usuarios de chupón presentaron mordida abierta anterior frente al 14 % de quienes no lo usaban. Así mismo se informó que los usuarios de chupón tenían 1,83 veces más probabilidades de desarrollar una mordida abierta anterior. (41)

<b>16</b>	Gao C et al.	Association between Non-nutritive	Revisión bibliográfica de 33 estudios que	Hábitos de succión nutritivos	de Mordida no abierta anterior	Los hábitos de succión no nutritivos (p. ej.,	Los hábitos de succión no nutritivos, como factor ambiental, interactúan con
-----------	--------------	-----------------------------------	---	-------------------------------	--------------------------------	---	--

---

sucking habits analizó la  
and Anterior sociación entre  
open bite: A hábitos de  
systematic succión no  
review and nutritivos y  
meta-analysis. mordida abierta  
(42) anterior en  
niños, en su  
mayoría, de  
edades  
comprendidas  
entre 2 a 6 años.  
(42)

chupar el chupete predisposiciones genéticas e  
o el dedo) se influencias funcionales (por  
asociaron con un ejemplo: postura lingual y  
mayor riesgo de patrones de deglución) para  
mordida abierta interrumpir el desarrollo  
anterior en normal de las arcadas  
dentición primaria dentales. Por ejemplo, la  
y mixta. Los succión prolongada del  
niños con hábitos chupete o del dedo puede  
no nutritivos más alterar el equilibrio de fuerzas  
prolongados y uso ejercidas sobre la dentición,  
diario de chupete provocando una mordida  
tienen mayor abierta anterior. Además, se  
probabilidad de encontró que el uso diario del  
desarrollar chupete tiene mayores  
mordida abierta probabilidades de desarrollar  
anterior. (42) mordida abierta anterior. Por  
otro lado, los hábitos de  
succión no nutritivos van de la  
mano con la disminución de la  
lactancia materna exclusiva, y

---

existen evidencias que señalan que la lactancia materna exclusiva durante más de 6 meses previene hábitos de succión no nutritivos, y, por ende, de la aparición de maloclusiones. (42)

17	Medeiros R et al.	Malocclusion prevention through the usage of an orthodontic pacifier compared to a conventional pacifier: a systematic review. (43)	Revisión bibliográfica de 3 estudios que evaluó la eficacia del chupón ortodóntico con estrategia preventiva frente a la aparición de maloclusiones en niños de 6 a 60 meses en	Succión de chupón.	de Mordida abierta anterior	La mordida abierta anterior fue mayor en los usuarios actuales de chupetes (3,6 mm) que en quienes los dejaron recientemente (2,0 mm) o de forma temprana (2,2 mm). (43)	La evidencia sugiere que los chupetes pueden ser un factor etiológico importante para el desarrollo de maloclusiones, debido a la interferencia en los movimientos fisiológicos de los músculos periorales. Además, se estima que una maloclusión asociada con el uso del chupete está influenciada por su frecuencia, duración e intensidad. Cuanto mayor sea la duración, mayor la
----	-------------------	---	---	--------------------	-----------------------------	--	--

					compración al uso del chupón convencional. (43)	Mordida cruzada posterior	Hubo un porcentaje significativamente mayor de mordida cruzada posterior (21,1%) entre aquellos que habían usado chupetes durante, más de 15,5 meses en comparación con los que tenían el hábito durante menos de 15,5 meses (6,1%) (43)		
<b>18</b>	Katib H et al.	Influence of Oral Habits on Pediatric Malocclusion: Etiology and	Revisión bibliográfica que identificó la asociación entre hábitos orales	Respiración bucal	Mordida abierta anterior Clase II	La literatura existente ha confirmado la influencia de la respiración bucal	La respiración bucal debido a una obstrucción de las vías respiratorias implica bajar la mandíbula y la lengua, e inclinar la parte posterior de la		

<p>Preventive Approaches. (44)</p>	<p>perjudiciales, como respirar por la boca, la protrusión lingual y la succión del pulgar o de los dedos, con el desarrollo o la progresión de la maloclusión en pacientes pediátrico. (44)</p>	<p>Overjet aumentado</p> <p>Mordida cruzada posterior</p>	<p>en la maloclusión, en especial en la aparición de mordida abierta anterior, Clase II, overjet aumentado y en menor medida mordida cruzada posterior. (44)</p>	<p>cabeza. Con el tiempo, esta postura continua puede provocar un aumento de la altura facial anterior, incompetencia labial y supraerupción de los dientes posteriores. La mandíbula rota hacia abajo y hacia atrás, lo que provoca una apertura de la mordida anterior y un aumento del overjet. Además, la presión excesiva de las mejillas estiradas puede provocar el estrechamiento de la arcada maxilar. Además, mantener la boca abierta durante un tiempo prolongado, ya sea por hábito o por amígdalas agrandadas, reduce el crecimiento transversal del maxilar y</p>
------------------------------------	--	---	--	--

---

provoca una mordida cruzada posterior. (44)

Succión digital	Mordida abierta anterior	Los hábitos de succión nutritivos asocian principalmente con mordida abierta anterior, resalte excesivo y relaciones caninas y molares de clase II. (44)	de no se	Succionar el pulgar desplaza la lengua a una posición más baja, lo que altera el equilibrio entre la propulsión lingual hacia afuera y la contracción interna de los músculos de las mejillas, resultando en un arco maxilar estrecho. Además, debido a la presión excesiva del pulgar entre los dientes anteriores, los incisivos inferiores se desplazan lingualmente y los superiores, labialmente. En consecuencia, pueden presentarse diversas
	Mordida cruzada posterior			
	Mordida cruzada anterior			
	Mordida bis a bis			

---

complicaciones, como mordida abierta anterior, protrusión de la premaxila, y mordida cruzada posterior. Así mismo, el hábito de succión digital guía la mandíbula hacia adelante, lo que puede provocar una mordida bis a bis o mordida cruzada anterior. (44)

Protrusión lingual	Mordida abierta anterior	Se ha propuesto una posible conexión entre la protrusión lingual y el desarrollo de maloclusión, en especial de mordida abierta anterior. (44)	Cuando la lengua se posiciona hacia adelante y reposa entre los incisivos, puede obstruir la erupción de estos y provocar una mordida abierta anterior. (44)
--------------------	--------------------------	--	--

---

#### **4.1.3. Descripción de la Tabla 7: Relación entre hábitos orales nocivos y maloclusiones**

La tabla 7 corresponde a la relación entre los hábitos orales nocivos y la presencia de maloclusiones. La evidencia recopilada de 18 artículos muestra relación entre hábitos de succión no nutritiva como lo son la succión de biberón, succión de chupón, succión digital; además de otras conductas como la respiración bucal, deglución atípica, masticar objetos, onicofagia, protrusión lingual, y hábitos orales nocivos en general; con diferentes tipos de maloclusiones correspondientes a los planos anteroposterior (Clase I, II, III, escalones terminales, overjet aumentado), transversal (mordida cruzada posterior) y vertical (mordida abierta anterior, mordida profunda), además de apiñamiento y maloclusiones en general.

La mordida abierta anterior fue la maloclusión más correlacionada, apareciendo en 10 de los 18 artículos utilizados para la tabla. Uno de los estudios reportó un valor de significancia (p-valor) fue de  $<0,01$  con la succión de chupón (36). Asimismo, otro artículo encontró que los niños que usaban el chupón tenía 1,81 veces más probabilidades de desarrollar esta maloclusión (41). Otro artículo identificó que existía relación entre esta maloclusión y los hábitos de succión nutritiva y la respiración bucal, con valores de significancia de 0,000 y 0,017 respectivamente (39). Igualmente, un trabajo relacionó la mordida abierta anterior con respiración bucal, succión digital y protrusión lingual (44). Y uno mas, también lo relacionó con el uso prolongado del biberón, con un p-valor de 0,037 (35).

Otra maloclusión asociada a diferentes hábitos fue el overjet aumentado. Algunos de estos hábitos orales nocivos fueron el uso prolongado del biberón (34), la succión digital y succión de chupón en cuyos casos se encontró un valor de significancia de  $(p=0,001)$  y  $(p=<0,001)$  respectivamente (38). De igual manera otro estudio lo relacionó con los hábitos de succión no nutritiva  $(p=0,001)$  y también con la respiración bucal  $(p=0,008)$  (39).

Por otro lado, otra maloclusión bastante estudiada fue la mordida cruzada posterior, un estudio la relacionó con el uso prolongado del biberón (34), y otro con la succión de chupón (presentando un p-valor de  $<0,010$ ) (38). En la misma línea, un artículo observó que existía mayor frecuencia de este problema en niños que usaban el chupón de forma prolongada (presencia del 21,1% de la maloclusión) en contraste con lo que lo usaban menos, en cuyo caso el valor solo fue de 6,1% (43). Otro estudio también la relacionó con la respiración bucal, aunque en menor medida (44).

Otras maloclusiones asociadas fueron: La mordida profunda que también se relacionó con un uso prolongado del biberón (34); la clase II con la succión digital (p-valor de 0,001) y succión de chupón (p-valor de 0,003) (38), también con la respiración bucal (44) y hábitos orales nocivos en general (30); con respecto a los escalones terminales, se halló relación entre el escalón terminal distal y la succión digital (p-valor = <0,001), así como la succión de chupón (p-valor = 0,004) (38); hablando de la mordida bis a bis, y la mordida cruzada anterior, estas fueron asociadas con la succión digital (44). Finalmente, el apiñamiento fue relacionado con la onicofagia (38).

**Tabla 8.** Estrategias preventivas para hábitos orales y maloclusiones

#	Autor(es)	Finalidad de la estrategia	Descripción de la estrategia preventiva	Resultados obtenidos
1	Parakh K et al.	Eliminación del hábito de succión digital para prevenir aparición de maloclusiones sobre todo de Clase II. (13)	La estrategia preventiva para reducir y eliminar la succión digital se orienta a evitar la instauración de maloclusiones en dentición temporal, con énfasis en discrepancias sagitales como la Clase II. Se propone un enfoque basado en la motivación del niño y el apoyo familiar, promoviendo actividades que disminuyan la necesidad de succionar y un entorno afectivo que reduzca factores emocionales asociados. En etapas tempranas, se recomienda la entrevista directa y el uso de refuerzo positivo mediante sistemas de recompensas y registros diarios, reforzando la adherencia. Como medidas de recordatorio se incluyen recursos químicos (sabores amargos) y mecánicos (cintas adhesivas, vendaje), así como barreras físicas que impidan el contacto dedo–boca. Si el hábito se mantiene o es crónico, se sugiere terapia con	La intervención temprana, preferiblemente antes de los 5 años, favorece la autocorrección oclusal y reduce la necesidad de tratamiento ortodóntico posterior. (13)

---

aparatos, especialmente dispositivos fijos intraorales que actúan como recordatorio y restricción, manteniéndolos de 3 a 6 meses para prevenir recaídas. (13)

---

2	Shah R et al.	Explorar cómo reconocer mordidas abiertas anteriores causadas por hábitos de succión no nutritivos en niños pequeños y cómo ciertas intervenciones pueden ser eficaces en su manejo. Se buscó proporcionar una guía práctica para odontólogos	Existen varios métodos para el cese de los hábitos de succión no nutritivos, a menudo se debe emplear una combinación de enfoques que incluyan un elemento de intervención conductual y apoyo psicológico. Dentro de las terapias psicológicas, se abordan los dos tipos de refuerzos: El refuerzo positivo consiste en recompensar al niño con algo por no continuar con el hábito, con la esperanza de que esto lo motive a abandonarlo. El refuerzo negativo, por otro lado, implica asociar algo desagradable con el hábito, por ejemplo, la aplicación de una sustancia de sabor amargo. Por otro lado, la intervención conductual puede ser no ortodóntica y ortodóntica.	La evidencia muestra que un paciente corrigió su mordida abierta anterior relacionada con el hábito usando un aparato de corrección ortodóntico fijo durante nueve meses, sin ninguna otra intervención. Sin embargo, se reconoce que gran parte de la evidencia sobre el manejo del abandono de hábitos es de baja calidad y se compone de informes de casos, series de casos y estudios retrospectivos. El tamaño de la muestra en muchos de estos estudios también es bajo. Por lo tanto, existe evidencia de baja calidad de que los arcos palatinos, las rejillas palatinas y
---	---------------	---	---	--

---

---

generales, ortodoncistas y odontopediatras que participan en el seguimiento del desarrollo dentario de estos pacientes. (17)

La no ortodónica hace referencia al uso de guantes, calcetines, protectores de pulgar como los de “Thumbsie” que pueden usarse como métodos de barrera para proporcionar una barrera física que ayude a dejar de usar los dedos, estos métodos son rentables y fáciles de adquirir, pero aún dependen del cumplimiento del paciente para garantizar que no se retire la barrera. Otra intervención consiste en aplicar una sustancia amarga en las uñas de los dedos/pulgares para crear una barrera química que ayude a dejar de usar los dedos.

La intervención ortodónica, consiste en la utilización de aparatos removibles y aparatos fijos. Los aparatos superiores removibles para romper el hábito pueden usarse para ayudar a dejarlo, las puntas metálicas que presentan estos no permiten que el niño coloque el dedo en la boca cómodamente. La desventaja de los aparatos removibles, sin embargo, es que el niño puede quitárselos, especialmente sin

las intervenciones psicológicas son eficaces para dejar de succionar, y que es necesario realizar más ensayos de alta calidad. (17)

supervisión. Para los pacientes que quizás no tienen fuerza de voluntad, siguen olvidando o realizan el hábito inconscientemente mientras duermen, un dispositivo fijo para romper el hábito puede ser más efectivo. Estos suelen erradicar el hábito inmediatamente, pero deben mantenerse durante al menos seis meses. (17)

3	Jaccottet A et al.	Reducir la aparición de hábitos orales nocivos y por lo tanto prevenir de la aparición de maloclusiones. (19)	Lactancia materna más prolongada. Es importante para el desarrollo funcional del sistema estomatognático y la ausencia de dicho estímulo puede causar deterioro en el desarrollo del sistema, la falta de lactancia materna puede favorecer la aparición de hábitos de succión deletéreos, como el uso del chupete, lo que lleva a la aparición de maloclusiones. (19)	Un mayor tiempo de lactancia materna se asoció con una menor prevalencia de maloclusión. Los niños que fueron amamantados durante más de 12 meses tuvieron una menor prevalencia de esta. (19)
4	Assis W et al.	Prevenir el desarrollo de maloclusiones desde etapas tempranas mediante	La estrategia se basa en programas de atención prenatal dentro del sistema de salud pública, donde los padres reciben educación médica desde el embarazo y son derivados tempranamente al odontólogo. Estos programas	Se identificó que la atención prenatal y la mayor duración de la lactancia materna actúan como factores protectores, disminuyendo la frecuencia de hábitos orales nocivos y

---

la promoción de la lactancia materna y evitar el destete prematuro y prevenir la maloclusiones en la dentición primaria. (21)

la orientación a los padres desde el período prenatal, reduciendo la instauración de hábitos orales nocivos. (21)

fomentan la lactancia materna prolongada para evitar el destete prematuro y prevenir la introducción de hábitos perjudiciales. Además, promueven un adecuado desarrollo muscular, respiratorio y funcional del sistema estomatognático, fortaleciendo el equilibrio orofacial desde los primeros meses de vida. (21)

reduciendo la aparición de maloclusiones en la dentición primaria. (21)

---

5 Morera A et al. Determinar la efectividad de una intervención educativa orientada a los factores asociados a las maloclusiones en infantes de cinco años. El nivel de conocimiento de los

Después del primer diagnóstico, se empleó un programa de intervención educativa orientado a los factores de riesgo relacionados a maloclusiones, sustentado en técnicas afectivo-participativas y en terapia miofuncional, dirigido a los padres y sus hijos. El programa se desarrolló en dos sesiones de aproximadamente 45 minutos con periodicidad semanal. (25)

Posterior a la intervención se evidenció una mejora total del conocimiento de hábitos deformantes, se obtuvo un 100% de asertividad. De la misma manera se constató una disminución significativa en la presencia de estos hábitos, eliminando el 94,3% de infantes estudiados. (25)

---

		padres se examinó por medio de encuestas pre y post intervención. (25)	
6	Fernández M et al.	Prevenir el desarrollo de maloclusiones la lactancia materna. (31)	Lactancia materna y duración de esta como estrategia preventiva ante desarrollo de hábitos orales nocivos y maloclusiones. En el estudio el 91,5 % de los participantes recibieron lactancia materna, de los cuales el 46,6 % durante más de un año, el 18,6 % durante más de seis meses y el 34,5 % durante seis meses o menos. (31)
			La lactancia materna tiene un efecto protector contra maloclusiones como la mordida cruzada posterior y mordida profunda, los niños amamantados por más de 6 meses presentaron una frecuencia menor de succión de chupón y succión digital. Por el contrario, quienes amamantan por períodos más cortos presentan una mayor prevalencia de hábitos orales nocivos. (31)
7	Scarpelli B et al.	Evaluar la eficacia de un programa educativo preventivo para maloclusiones, deteniendo los	Se invitó a 802 tutores de niños que mantenían hábitos de succión nutritiva a un programa llamado: “Protocolo para la Prevención de Maloclusiones (PPM)”. De los 802 invitados asistieron 506 a reuniones diseñadas para alertarlos y guiarlos para eliminar estos hábitos
			Después de la participación de los padres en las reuniones, 335 (66,2%) niños abandonaron sus hábitos. Solo el 27,4% de los niños que tenían un solo hábito oral no lo abandonaron, en comparación con el 51,9% de aquellos

---

hábitos bucales nocivos. (37)

de sus hijos, previniendo así la maloclusión en la dentición temporal. El programa se estructuró en cuatro reuniones trimestrales (inicial, a los 3, 6 y 9 meses) con tutores y profesionales para desarrollar estrategias que permitan eliminar hábitos orales nutritivos y no nutritivos en los niños. Se trabajó bajo la dinámica de enfoque de grupos focales (dinámica de grupo) según el cual 10 padres se organizaron en círculo para conversar informalmente durante 60 minutos. Se animó a los participantes a compartir sus dudas, experiencias, dificultades y logros en cuanto a la eliminación de hábitos de succión nutritivos y no nutritivos. Un odontopediatra dirigió las reuniones e intervino en ocasiones para presentar información sobre la asociación entre los hábitos de succión y el desarrollo de maloclusiones. También se informó a los tutores sobre la importancia de la eliminación temprana de hábitos bucales

con dos o más hábitos asociados. De los niños con un solo tipo de hábito, el 46,6% lo logró. En cuanto a los niños que tenían dos o más hábitos, solo el 21,8 % los abandonó durante los primeros tres meses.

También se demostró que el tipo de hábito oral influye significativamente en la probabilidad de abandono. El hábito del biberón fue el más frecuente y el más fácil de abandonar, ya que el 55,3 % de los niños con este hábito lograron abandonarlo 3 meses después de la primera reunión de PPM. Por otro lado, se necesitó más tiempo para abandonar el hábito de chuparse el dedo. (37)

---

---

perjudiciales para minimizar el desarrollo de maloclusiones. Después de cada reunión, se programaron citas regulares para evaluar a los niños en cuanto a la prevención de caries y los hábitos bucales. En estas citas regulares, se preguntó a los tutores si sus hijos habían abandonado el hábito; de lo contrario, se les proporcionó asesoramiento individual para reforzar la necesidad de abandono de hábitos. Los tutores de los niños que no reportaron abandono del hábito oral en una cita regular fueron invitados a continuar asistiendo a las reuniones del PPM. Una vez que los niños reportaron abandono del hábito oral, mantuvieron únicamente las citas regulares.

(37)

---

8	Medeiros R et al.	Evaluar la eficacia del chupón ortodóntico como estrategia	Se realizó una revisión sistemática para investigar la ocurrencia de rasgos de maloclusión entre niños usuarios de	No existe evidencia suficiente que respalde la idea de que existen diferencias en la incidencia de rasgos de maloclusión entre niños que usaron
---	-------------------	--	--	---

---

preventiva frente a chupón ortodóntico o convencional. El chupón ortodóntico se fabrica con una tetina aplanada para simular la anatomía del pezón materno, con el objetivo de reducir el riesgo de maloclusión debido a la posición de la lengua durante la succión y un sellado labial adecuado. (43)

convencional. (43)

chupetes ortodónticos o convencionales. Sin embargo, se observó una mayor prevalencia de maloclusión entre los niños que usaron chupetes que entre los que no los usaron, independientemente de la forma del chupete. (43)

Solo un estudio, con riesgo moderado de sesgo, indicó que la mordida abierta y el resalte (ambos  $p = 0,001$ ) fueron más frecuentes en niños que usaban chupetes convencionales en comparación con los que usaban chupetes ortodónticos. (43)

9	Katib H et al.	Examinar estrategias de prevención efectivas para abordar hábitos bucales	Las medidas preventivas deben iniciarse tempranamente para evitar que los hábitos bucales perjudiciales persistan por mucho tiempo. Se debe recomendar a los padres que amamanten a sus hijos durante un mínimo de seis meses, que sustituyan la succión del dedo	La intervención temprana y las estrategias preventivas no solo minimizan el daño, sino que también ayudan al niño a recuperar la confianza
---	----------------	---	---	--

---

deformantes  
pacientes  
pediátricos. (44)

en por un chupete ortodóncico y que limiten el uso  
del biberón solo hasta los tres años. (44)

en sí mismo y a mejorar su calidad de  
vida. (44)

Cada hábito puede abordarse de forma diferente. Por ejemplo, en el caso de la respiración bucal, el diagnóstico temprano de las causas subyacentes, como la obstrucción respiratoria, puede ayudar a prevenir otras anomalías craneofaciales. El manejo de un paciente con hábitos de respiración bucal debe seguir un enfoque sistemático. En primer lugar, es importante considerar la edad del niño. A todos los bebés se les debe realizar una prueba para detectar deformidades craneofaciales que puedan obligarlos a cambiar a la respiración oral. Además, la respiración oral suele corregirse por sí sola después de la pubertad, cuando las obstrucciones nasales se reducen a medida que se desarrollan los huesos craneofaciales, las oclusiones dentales y los tejidos blandos faciales del niño. En segundo

---

---

lugar, es fundamental una evaluación por parte de un otorrinolaringólogo para determinar si el problema radica en las amígdalas, las adenoides o el tabique nasal. En casos habituales, la afección puede persistir incluso después de eliminar la causa. Por último, la prevención y la intercepción del hábito mediante la detección temprana de la enfermedad bucal son cruciales para gestionar el problema de manera eficaz. (44)

En el caso de la succión digital, esta puede controlarse mediante diversas estrategias, como el consejo parental, la terapia conductual y las intervenciones de ortodoncia, las técnicas de modificación del comportamiento, como el refuerzo positivo, los calendarios de recompensas, la terapia y la aplicación de sustancias amargas en el pulgar o el dedo, se utilizan comúnmente para desalentar el hábito. Actualmente, se ha informado de una novedosa

La novedosa estrategia del reloj de pulsera ha demostrado ser muy eficaz, pues este dispositivo logró detener el hábito de succión digital en cinco meses. (44)

---

estrategia de manejo del comportamiento que consistía en un reloj de pulsera con alarma, diseñado para alertar a un niño de ocho años cuando comenzaba a chuparse los dedos. (44)

---

<b>10</b>	Barnawi B et al.	Identificar que aparatología para detener el hábito de succión no nutritiva es más eficaz. (45)	Esta revisión sistemática comparó la eficacia clínica de los aparatos fijos y removibles para romper el hábito y corregir las discrepancias dentoalveolares asociadas en niños. (45)	Los hallazgos generales indican que tanto los aparatos fijos como los removibles pueden ser eficaces para promover el cese del hábito y corregir los cambios dentoalveolares asociados; sin embargo, los aparatos fijos parecen lograr resultados más rápidos y consistentes. Los aparatos removibles, si bien teóricamente pueden producir correcciones oclusales equivalentes, su eficacia depende de la motivación del paciente y la supervisión de los padres. Varios ensayos controlados han demostrado mejoras dentoalveolares comparables cuando se mantiene la adherencia. Por otro lado, también se determinó que el
-----------	------------------	---	--	---

---

---

refuerzo conductual sigue siendo un complemento fundamental de cualquier intervención mecánica. El refuerzo positivo demostró ser eficaz en la reversión de hábitos, la participación de los padres, el estímulo y los sistemas de recompensa aceleran el abandono del hábito y reducen las recaídas. Por lo tanto, los dentistas deben integrar la orientación motivacional en los planes de tratamiento, establecer objetivos alcanzables e involucrar a los cuidadores en el seguimiento del progreso. Finalmente se estableció que la terapia miofuncional complementaria es un componente valioso para lograr la normalización funcional, y puede prevenir la protrusión lingual residual o patrones anormales de deglución que, de otro

---

---

modo, podrían perpetuar la recaída de  
la mordida abierta. (45)

---

#### **4.1.4. Descripción de la Tabla 8: Estrategias preventivas para hábitos orales y maloclusiones**

La tabla 8 corresponde a las estrategias preventivas, utilizadas en 10 estudios, para reducir la aparición o efectos de los hábitos orales nocivos, y, por ende, prevenir la aparición de maloclusiones dentales en niños de 3 a 6 años. Las estrategias encontradas se pueden resumir en: Lactancia materna, programas educativos, terapias psicológicas, y terapias conductuales (no ortodónticas y ortodónticas).

Tres estudios hablaron de la lactancia materna como estrategia preventiva ante la aparición de maloclusiones: El artículo de Jaccottet A et al. (19), el de Assis W et al. (21), y el de Fernández M et al. (31).

Las estrategias psicológicas, como los dos tipos de refuerzos, fueron estudiados por autores como Parakh K et al. (13), y Shah R et al. (17). Estos también abordaron las terapias conductuales no ortodónticas como las sustancias de sabor amargo.

En cuanto a los programas educativos, los estudios que los abordaron fueron: El de Assis W et al. (21) que habló de programas de atención prenatal dentro del sistema de salud pública; el de Morera A et al. (25) que empleó un programa de intervención educativa orientado a los factores de riesgo relacionados a maloclusiones; y el de Scarpelli B et al. (37) con su programa llamado “Protocolo para la Prevención de Maloclusiones (PPM)”

Dentro de las terapias conductuales ortodónticas se puede mencionar el estudio de Medeiros R et al. (43), el cuál evaluó la eficacia del chupón ortodóntico como estrategia preventiva frente a la aparición de maloclusiones en comparación al uso del chupón convencional. De igual manera Barnawi B et al. (45), quién comparó la eficacia clínica de los aparatos fijos y removibles para romper el hábito y corregir las discrepancias dentoalveolares.

Finalmente, se puede mencionar que algunos trabajos abordaron más de una estrategia de prevención, tanto psicológicas como conductuales, aunque de forma más general. Entre los más destacados tenemos el artículo de Shah R et al. (17), Assis W et al. (21), y el de Katib H et al. (44)

## 4.2. DISCUSIÓN

Con respecto a la frecuencia de los hábitos orales nocivos en niños de 3 a 6 años, se determinó que el hábito más común fue la succión digital, seguido de la succión de biberón y la succión de chupón. Se tomó en cuenta tanto el número de apariciones, como los porcentajes de frecuencia encontrados, para no caer en sesgos, ya que hubo hábitos que solo se estudiaron en un artículo y tenían una prevalencia alta.

El hábito de succión digital estuvo presente en 17 de los 23 artículos. Se reportaron prevalencias muy elevadas, como el 91,6% correspondiente al estudio de Góngora León I et al. (35) en el cual se estudiaron 155 niños de Lima, Perú. Así mismo, Gutiérrez Y et al. (30) reportaron una frecuencia del 69,4% en una población de 62 escolares del primer grado en una escuela primaria de Cuba. Ordaz L et al. (23) también encontraron este hábito en una población de 125 niños, pero con una frecuencia menor de 34,7%, aun así, se corroboró la alta prevalencia de este hábito en diferentes poblaciones y países. No obstante, en otros estudios se identificaron frecuencias bajas de 23,7% (22), 13,8% (24) y 11,8% (26), 8,03% (32); inclusive Singh A et al. (20) en su estudio de 400 niños en la India reportaron apenas 4,3%; por no hablar de los 2 estudios de Marcantonio C et al. (28) (29), cuya frecuencia observada fue la más baja con 1,2%. Estos porcentajes menores sugieren que, así como existieron poblaciones en las cuales la succión digital fue altamente prevalente, en otros grupos demográficos se presentaron otros hábitos orales nocivos más comunes, lo cual puede deberse a factores como la edad, el entorno y las prácticas de crianza.

La succión de biberón se identificó como el segundo hábito más frecuente, apareciendo en 10 de los 23 estudios analizados. La frecuencia más alta reportada fue de Assis W et al. (21) con un 91,21%, siendo el hábito más frecuente de su investigación. De manera similar, se reportaron otras frecuencias elevadas que confirmaron la distribución de este hábito, como la observada por parte de Santos Campos MP et al. (33) llegando al 77,9%, la de Gomes D et al. (18) con 71,05%, o la de Mesa N, Medrano J. (27) con 69,69%. Otros estudios reportaron estadísticas que no bajaron del cincuenta por ciento, como 57,14% (34) y 56,1% (37). No obstante, al igual que sucedió con el hábito anterior, no todos los estudios reportaron valores elevados, es el caso de los trabajos de Marcantonio C et al. (28)(29), mismos que observaron que la presencia de este hábito alcanzó apenas el 1,1%, mostrando que puede llegar a ser muy poco frecuente bajo ciertos contextos. En el caso de estas últimas investigaciones que revelaron valores bajos, para determinar la presencia o ausencia de un hábito oral nocivo únicamente se usó la percepción de los responsables de los niños, lo cual

puede explicar la poca frecuencia encontrada. En general, se determinó este hábito como el segundo más común, por detrás de la succión digital, principalmente por el número de apariciones, teniendo este último presencia en 7 artículos más que la succión de biberón, además de tener la frecuencia más alta reportada (35).

Por otro lado, la succión de chupón se estableció como el tercer hábito más común, apareciendo en 12 de los 23 estudios, presencia mayor que la del hábito de succión de biberón, pero el factor que lo coloca por debajo de este, es que la frecuencia reportada en promedio es más baja. El valor más alto observado fue de 74,32%, correspondiente al trabajo de Assis W et al. (21). En la misma línea, Jaccottet A et al. (19) reportaron una frecuencia de 63,0%, y Santos Campos MP et al. (33) encontró un 58,9% de presencia de este hábito. De igual manera, otros estudios mostraron valores significativos de 49,5% (26) y 39,47% (18), respaldando la amplia frecuencia de este hábito en la dentición primaria. Por otra parte, también existieron estudios que evidenciaron valores más bajos, como es el caso de Mendoza P et al. (24) con 9,59%, Araujo A et al. (32) con 6,88%, Rai A et al. (38) con 4,9%, y finalmente Marcantonio C et al. (28)(29), dónde una vez más se reportó el valor más bajo, llegando apenas al 1,5%. Estos valores disminuidos indican que, al igual que en los hábitos anteriores, la presencia de los mismos depende del contexto estudiado.

En referencia a la frecuencia y el tipo de maloclusión más prevalente en niños de 3 a 6 años, se dividió a la maloclusión según los tres planos del estudio tridimensional de la oclusión. En el plano anteroposterior, la clase II fue la más común, en el plano transversal lo fue la mordida cruzada posterior, y en el plano vertical la mordida abierta anterior, misma que a su vez fue la más frecuente en general. Refiriéndonos al plano anteroposterior, como ya se mencionó, la maloclusión más prevalente fue la clase II de Angle, como lo indica el estudio de Mesa N, Medrano J. (27), quienes identificaron una frecuencia de 40,9% en una población de 132 niños en Cuba . Así mismo Jaccottet A et al. (19) estableció esta maloclusión como la más frecuente dentro de este plano, con un valor de 34,8%; al igual que Assis W et al. (21) que reportó un valor de 38,25%. No obstante, no todos los artículos la ubicaron como la más frecuente de su plano de estudio, por ejemplo Ahmed F y Abuaffian A (22) reportaron como más común al escalón terminal mesial con un 77% , lo que corresponde a una clase III. De igual manera Ordaz L et al. (23) observó presencia de escalón terminal mesial, pero en un 28%. Terminado con este plano, otra maloclusión de relevancia fue el overjet aumentado, reportado por Marcantonio C et al. (28) con una frecuencia 16%. Pasando al plano transversal, la maloclusión más común fue la mordida cruzada posterior, presente en 8

artículos: Carli E et al. (40) observó una frecuencia de 36,3%, siendo la más alta. Le siguieron prevalencias de 20,9% (21), 15% (39), 11,34% (24) y de hasta 1,4% (34), siendo esta última la más baja reportada. Uno de los estudios, el de Assis W et al. (21), mostró la presencia de otro problema transversal, la mordida bis a bis, con un valor de 17,6%, cifra que supera algunas de las estadísticas encontradas en la mordida cruzada posterior. En el plano vertical, la mordida abierta anterior fue la más frecuente, y también fue la más frecuente de todos los planos, con presencia en 11 artículos. El valor máximo reportado fue el de Mendoza P et al. (24) con un 82,85%. Otras cifras que confirman esta prevalencia fueron las Ordaz L et al. (23) con 49,3%, Jaccottet A et al. (19) con 47,6%, y Moraes R et al. (36) con 32,9%. Sin embargo, hubo estudios en donde esta maloclusión no fue tan frecuente, el más llamativo de todos fue el llevado a cabo por Singh A et al. (20), en donde el valor apenas llegó al 2,2%; además en el artículo de Góngora León I et al. (35), otro problema vertical superó a la mordida abierta anterior, en este caso la mordida profunda, con un valor de 61,9% frente al 12,9%, cabe recalcar que este fue el único estudio en el cual la mordida abierta anterior no fue la maloclusión más común dentro de su plano de estudio. Estos hallazgos evidencian que, pese a que la mordida abierta mostró las mayores frecuencias, tal situación no fue la regla, pues hubo artículos en donde no fue la más común.

Al hablar de las maloclusiones y su relación con hábitos orales nocivos específicos en niños de 3 a 6 años, los resultados evidenciaron que existe relación entre diferentes hábitos orales nocivos y la aparición de maloclusiones. Entre los hábitos mayormente reportados se encontraron: la succión de biberón (un hábito de succión nutritiva pero no funcional) y aquellos pertenecientes al grupo de hábitos de succión no nutritiva (succión digital y succión de chupón). Por otro lado, entre las maloclusiones más asociadas a estos hábitos se encontraron: la mordida abierta anterior, el overjet aumentado, y la mordida cruzada posterior. Estos hábitos y maloclusiones no son los que presentaron mayor prevalencia, sino los que más se correlacionaron, por eso algunos no coinciden con los resultados de frecuencias mostrados en tablas anteriores. En los párrafos siguientes se desglosará con detalle los hallazgos con respecto a las maloclusiones más asociadas (mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior y overjet aumentado), sin embargo, antes de eso es necesario exponer brevemente las otras correlaciones existentes: La mordida profunda se relacionó con el uso del biberón, detallando que la prevalencia de este se debió a estrés y falta de atención al niño (34); la clase II con la succión digital y succión de chupón; escalones terminales con succión digital y succión de chupón; mordida bis a bis y la mordida cruzada

anterior con succión digital; y apiñamiento fue relacionado con la onicofagia (38), sin embargo, los autores mencionan que los daños causados por los hábitos dependen de diferentes factores.

La mordida abierta anterior, fue la maloclusión más estudiada y asociada con diferentes hábitos orales, principalmente los de succión no nutritivos. Moraes R et al. (36) reportaron una relación significativa con la succión del chupón, argumentando que la presencia de este hábito conduce al destete, incidiendo en la aparición de maloclusiones, entre ellas la mordida abierta, además indicó que una reducción de esta actividad venía acompañada de una reducción en la prevalencia de este problema oclusal. De forma similar, el estudio de Paolantonio E et al. (39) explicó que la presión que ejerce el chupón afecta a la erupción de los dientes y desarrollo esquelético, desembocando en mordida abierta. Hung M et al. (41) añadieron a esta explicación que el uso del chupón impacta en el crecimiento mandibular, lo cual favorece la falta de contacto de los dientes anteriores. De igual manera, Góngora León I et al. (35), relacionaron esta maloclusión con el uso del biberón, sosteniendo que su uso prolongado provoca una posición inferior de la lengua, propulsión lingual más débil y por ende menor actividad muscular, lo que conlleva a un inadecuado desarrollo craneofacial. No obstante, no todos los artículos encontraron relación con estos hábitos, Gomes D et al. (18) obtuvieron una correlación de ( $p$ -valor = 1,000), demostrando que no hubo asociación significativa, sin embargo, esto puede explicarse por la escasa población utilizada para el estudio.

Por otro lado, la mordida cruzada posterior mostró relación significativa con hábitos orales nocivos como la succión de chupón, succión digital y la respiración bucal. Rai A et al. (38) mostraron una asociación de esta maloclusión con la succión de chupón, explicando que los daños causados dependen de varios factores como la edad, características biológicas y genéticas. Así mismo, Medeiros R et al. (43) encontraron que existía un porcentaje mucho mayor (21,1%) de mordida cruzada en niños que habían usado el chupón por más tiempo, en comparación con los que no (6,1%), esta discrepancia la explicó haciendo mención a la interferencia que existe en los movimientos fisiológicos de los músculos periorales cuando se practica este hábito. Continuando con esta relación, Paolantonio E et al. (39), explicaron que los hábitos como la succión del chupete o el pulgar interfieren con la erupción dental y el desarrollo esquelético, provocando maloclusiones como la mordida cruzada. Por otro lado, Katib H et al. (44) relacionaron la respiración bucal con este problema oclusal, asegurando que el mantener la boca abierta por mucho tiempo reduce el crecimiento transversal del maxilar, lo que provoca una mordida cruzada posterior. No obstante, y en contraposición,

un estudio mencionó que el desarrollo de estos hábitos tiene poco o ningún efecto en la aparición de maloclusiones si está presente durante un período de tiempo corto (34), sin embargo, esto no opaca el resto de la evidencia encontrada acerca de la relación entre estas variables.

Otra de las maloclusiones relevantes encontradas fue el overjet aumentado, mismo que va de la mano con la clase II, pero en la mayoría de los estudios se los catalogó por separado. A este problema oclusal se lo relacionó con la succión digital, el uso del chupón y la respiración bucal. Rai A et al. (38), encontraron relación con la succión del chupón y la succión digital y aunque no explicó la fisiología detrás de esta asociación, si dijo que los daños que provocan estos hábitos dependen de ciertos factores. Paolantonio E et al. (39) explicaron la relación de esta maloclusión con los hábitos de succión no nutritiva, alegando la presencia de una alteración en el desarrollo tanto dental como esquelético. Katib H et al. (44) por su parte encontraron relación con la respiración bucal, explicando que, como consecuencia de este hábito, la mandíbula rota hacia abajo y hacia atrás, provocando un aumento del overjet; sin embargo, no hay que olvidar lo mencionado por Singh P, Jawdekar A. (34), quienes advirtieron un efecto nulo de los hábitos si se presentan en períodos cortos.

En cuanto a las estrategias preventivas usadas ante la presencia de hábitos orales nocivos para evitar el desarrollo de maloclusiones en niños de 3 a 6 años. Se estableció que la adopción de estas estrategias, independientemente del tipo que sean, contribuyeron a la disminución o eliminación del hábito, y por lo tanto se pudo prevenir la aparición de maloclusiones. Se agrupó a las diferentes estrategias en: lactancia materna, programas educativos, terapias psicológicas y terapias conductuales (sean ortodónticas o no).

La lactancia materna se reportó como una estrategia preventiva ideal, pues favorece el desarrollo funcional del sistema estomatognático y evita el destete prematuro, por lo que se reduce la aparición de hábitos de succión deformantes, y por ende de maloclusiones (19). Assis W et al. (21) afirmaron que la lactancia ayuda al equilibrio muscular orofacial, fomentando una relación intermaxilar adecuada, disminuyendo así la necesidad del niño de recurrir a hábitos compensatorios como succionar un chupón. Otro estudio afirmó que los niños amamantados por más de 6 meses presentaron una frecuencia menor de succión de chupón y succión digital (31), lo que coincide con Jaccottet A et al. (19), quienes encontraron que los niños que fueron amamantados durante más de 12 meses tuvieron una menor prevalencia de maloclusión. No hubo estudios que cuestionaran el papel de la lactancia materna como protector ante la aparición de problemas oclusales.

Continuando con las estrategias, en los programas educativos se usaron técnicas afectivo-participativas, y se observó que después de la aplicación de estas, se redujo hasta un 94,3% de los hábitos orales nocivos, y se alcanzó un 100% de respuestas correctas por parte de los padres en un cuestionario que se les aplicó acerca del conocimiento de estos hábitos (25); igualmente otro programa educativo logró la eliminación de los hábitos dañinos en el 66,2% de los participantes (37).

Pasando a las terapias psicológicas, se abordó tanto el refuerzo positivo (mediante sistemas de recompensas y registros diarios) como el negativo (que implica la asociación de actitudes a corregir con situaciones o cosas desagradables) para el control de hábitos, aunque la evidencia de su eficacia fue reportada como de baja calidad (13)(17). Las terapias conductuales por su parte pueden ser ortodónticas y no ortodónticas, en el primer caso, la aplicación de sustancias amargas en el pulgar o el dedo se utilizan comúnmente para desalentar hábitos como la succión digital, además de estrategias novedosas como el reloj de pulsera con alarma, mismo que logró detener el hábito de succión digital en cinco meses (44); dentro de estas terapias no ortodónticas también se destaca la terapia miofuncional, importante para lograr la normalización funcional lo cual puede prevenir hábitos residuales que perpetúen en la recaída de maloclusiones (45). Así mismo, Katib H et al. (44) enfatizó que la intervención temprana es fundamental para minimizar los efectos, y que esta ayuda a recuperar la confianza de los niños.

En relación a las intervenciones conductuales ortodónticas, los hallazgos de un estudio indicaron que tanto los aparatos fijos como los removibles pueden ser eficaces para promover el cese de los hábitos, enfatizando que los aparatos fijos parecen lograr resultados más rápidos y consistentes (45). Un estudio concluyó que el chupón ortodóntico no mostró evidencia suficiente que respalde la idea de que existan diferencias en la incidencia de rasgos de maloclusión, en comparación con el uso del chupón normal (43). Finalmente, Shah R et al. (17) advirtieron que gran parte de la evidencia sobre el manejo del abandono de hábitos es de baja calidad y se compone de informes de casos, con un tamaño de la muestra bajo.

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

Después de ejecutar el análisis de la influencia de los hábitos orales nocivos en el desarrollo de maloclusiones en niños de 3 a 6 años para establecer estrategias preventivas, se llegó a la conclusión de que efectivamente estos hábitos tienen una influencia directa en el desarrollo de problemas oclusales, tal como lo confirma la alta presencia de estudios que relacionan la prevalencia de succión digital, succión de chupón y succión de biberón; con la aparición de maloclusiones, en especial de mordida anterior. Es necesario aprovechar este conocimiento, pues al entender que los hábitos causan maloclusión, las estrategias deben inclinarse hacia la resolución del hábito, pues su disminución previene por sí sola la aparición de maloclusiones. Algunas de estas estrategias preventivas pueden ser la lactancia, programas educacionales, y terapias tanto psicológicas como conductuales.

Con respecto a la frecuencia de los hábitos orales nocivos en niños de 3 a 6 años, se determinó que los más comunes fueron la succión digital, seguido de la succión de biberón, y succión de chupón. Este orden específico se determinó al considerar dos factores, el número de estudios en los cuales apareció este hábito, y las frecuencias reportadas.

En relación a la frecuencia y tipo de maloclusión más prevalente en niños de 3 a 6 años, se identificó el tipo de maloclusión más común por cada plano del análisis tridimensional de la oclusión. En el plano anteroposterior, la más frecuente fue la clase II de Angle, en el plano transversal lo fue la mordida cruzada posterior, mientras que, en el plano vertical, la más común fue la mordida abierta anterior. Esta última también fue la maloclusión más frecuente en general.

Hablando de la relación entre los hábitos orales nocivos y la aparición de maloclusiones en niños de 3 a 6 años, se relacionó que los hábitos más asociados a estos problemas oclusales fueron los no nutritivos como la succión digital y succión de chupón. Estos hábitos se asociaron con maloclusiones como la mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior y overjet aumentado. De forma específica, la relación entre la mordida abierta anterior y los hábitos de succión no nutritiva se explica por la presión ejercida sobre la erupción dental, y el desarrollo craneofacial, lo que favorece la falta de contacto en el sector anterior. Por otro lado, el overjet aumentado y la mordida cruzada posterior se relacionaron con la succión de

chupón, succión digital y la respiración bucal, pues estos hábitos alteran el crecimiento normal de los maxilares.

Finalmente, en lo que respecta a las estrategias preventivas frente a los hábitos orales nocivos y el desarrollo de maloclusiones en niños de 3 a 6 años, se estableció que estas estrategias contribuyeron a la reducción e inclusive la eliminación total de algunos de los hábitos, lo cual se tradujo en la disminución del riesgo de presentar maloclusiones. Se encontraron diferentes tipos de estrategias, la primera de ellas correspondió a la lactancia materna, siendo la más importante de todas pues ayuda de forma directa en el desarrollo del sistema estomatognático, y disminuye la necesidad del niño de adquirir hábitos de succión para compensar su ausencia. De igual manera, los programas educativos mostraron su eficacia al reducir la prevalencia de los hábitos orales nocivos después de su aplicación. Con respecto a las terapias psicológicas como el refuerzo positivo y negativo, y las terapias conductuales como el uso de barreras físicas y la terapia miofuncional, estas mostraron cierta contribución al control de los hábitos. Las intervenciones ortodónticas por su parte, se dividieron en aparatología removible y fija, ambas mostrando eficacia preventiva significativa, principalmente la fija.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

Se recomienda realizar programas educativos dirigidos a promover el conocimiento acerca de hábitos y maloclusiones, dando información clara y entendible. Pues como se observó a lo largo del estudio, estos programas mostraron ser muy efectivos para la reducción de los hábitos, y por ende de las maloclusiones.

De igual forma se recomienda enfatizar en la importancia de la lactancia materna, pues esta actividad natural mostró las mayores tasas de éxito en cuanto a prevención de maloclusiones. Finalmente, se recomienda acudir tempranamente a un profesional de la salud oral especializado en tratar estos hábitos, en este caso, odontopediatra u ortodoncista. Pues existen situaciones en las que la intervención no ortodóntica no es suficiente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez C. Lactancia materna, hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años [Internet]. 2022 May 26 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9152>
2. Lima Illescas MV, Rodríguez Soto A, García González B, Lima Illescas MV, Rodríguez Soto A, García González B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2019 [cited 2026 Jan 17];56(2). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072019000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Chen H, Lin L, Chen J, Huang F. Prevalence of Malocclusion Traits in Primary Dentition, 2010–2024: A Systematic Review. *Healthcare (Switzerland)*. 2024 Jul 1;12(13):1321. doi:10.3390/HEALTHCARE12131321/S1
4. López Yáñez JP. Características oclusales y prevalencia de maloclusiones en niños preescolares que acuden a centros infantiles de la ciudad de Quito, parroquia Carcelén [Internet]. Quito: UCE; 2019 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18562>
5. Aróstica N, Carrillo G, Cueto A, Mariño D, Jofré T. Prevalence of malocclusions and dysfunctional oral habits in preschool children of municipal establishments in Viña del Mar. *Journal of Oral Research; IN PRESS* 9(4); 2020 [Internet]. 2020 Oct 26 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <https://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/155334>
6. Navarrete N, María Angela Pita Sobral. Factores relacionados con maloclusiones en niños ecuatorianos de 3-9 . 2013.
7. Santos M, Ribas-Perez D, Caleza Jimenez C, Cortes Lillo O, Mendoza-Mendoza A. Oral Habits in Childhood and Occlusal Pathologies: A Cohort Study. *Clin Pract*. 2024 Jun 1;14(3):718–28. doi:10.3390/CLINPRACT14030057 PubMed PMID: 38804389.
8. Pereira T, de Oliveira F, Cardoso MC de AF. Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis. *Codas*. 2017;29(3):e20150301. doi:10.1590/2317-1782/20172015301 PubMed PMID: 28538822.
9. Quiñonez AKQ, Pazmiño SCS, Pijal DCB. Estrategia de prevención sobre maloclusión dental infantil en Ecuador. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [Internet]. 2024 Dec 7 [cited 2025 Jun 30];43(0). Available from: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3614>

10. Mamani Nina EB. Hábitos orales nocivos asociados a las Maloclusiones en niños de 6 a 8 años en la I. E. Señor de los Milagros en la ciudad de Moquegua, 2019. Universidad José Carlos Mariátegui [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/922>
11. Cepero AS, Ulloa MT, Curbelo MÁ, González RC, Martín DL. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Revisión bibliográfica. *Mediciego* [Internet]. 2010 Feb 1 [cited 2025 Jun 30];16(Sup1). Available from: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1206>
12. Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG, Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. *International journal of odontostomatology*. 2018 Jun;12(2):188–93. doi:10.4067/S0718-381X2018000200188
13. Parakh K, Bali A, Jain D. Thumb Sucking: A Review Article. *International Journal of Medical Science and Current Research (IJMSCR) International Journal of Medical Science and Current Research* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 17];6(1):2209–862. Available from: [www.ijmscr.com](http://www.ijmscr.com)
14. Ormaza-Zamora AM, Tintín-Rea JF, Ramírez-Velásquez MDC. Prevalencia de maloclusiones en escolares de 6 y 12 años del cantón Biblián. Ecuador. *Killkana Salud y Bienestar*. 2020 Apr 2;4(1):27–33. doi:10.26871/KILLCANA\_SALUD.V4I1.583
15. Tunalı E, Karaçay Ş, Tabancalı A, İmamoğlu BS, Yıldırım E, Arık T. The Impact of Parafunctional Habits on Orthodontic Malocclusions in Children With Cerebral Palsy. *Child Care Health Dev*. 2025 Jul 1;51(4). doi:10.1111/CCH.70131 PubMed PMID: 40592466.
16. William R. Proffit. *Contemporary Orthodontics - 6th Edition* | Elsevier Shop [Internet]. 2018 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <https://shop.elsevier.com/books/contemporary-orthodontics/proffit/978-0-323-54387-3>
17. Shah R, Ashley P, Amlani M, Noar J. Non-nutritive sucking habits in a child: A clinical protocol to their prevention and management. *J Orthod*. 2021 Dec 1;48(4):410–6. doi:10.1177/1465312521994815 PubMed PMID: 33588612.
18. Gomes D, Zilli J, Tessmann M, Rodrigues A, Cristina Pias A. A importância da amamentação e sua relação com a instalação de hábitos bucais deletérios e a mordida aberta anterior [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 17]. Available from: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/9674>

19. Jaccottet A, de Paula T, Faccio D, Jaccottet C, Suca M, Lund R. Malocclusion and Associated Factors in Early Childhood and Knowledge Level of Mothers from Childcare Groups. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2021;21:e0177. doi:10.1590/PBOCI.2021.074
20. Singh A, Rathore M, Govil S, Umale V, Kulshrestha R, Kolhe T. Prevalence of Malocclusion and Orthodontic Treatment Needs in Primary and Mixed Dentition Using Baby Roma Index and Index of Orthodontic Treatment Needs. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2021;14(Suppl 1):S22. doi:10.5005/JP-JOURNALS-10005-2014 PubMed PMID: 35082462.
21. Assis W, Pereira JS, Silva YS, Brito FR, Nunes LA, Ribeiro ÍJS, et al. Factors Associated with Malocclusion in Preschool Children in a Brazilian Small Town. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2020;20:e5351. doi:10.1590/PBOCI.2020.069
22. Ahmed F, Abuaffian A. Oral Habits and Occlusal characteristic in Preschool Children in Khartoum State. *Neugeborenen- und Kindermedizin [Internet].* 2016 [cited 2026 Jan 17];0(0). Available from: <https://german.omicsonline.org/abstract/oral-habits-and-occlusal-characteristic-in-preschool-children-in-khartoumstate-71761.html>
23. Ordaz L, Pérez, D, Márquez I, Labrador D, Silva JW. Breastfeeding, Oral Habits, and Malocclusions in Children Aged 3 to 6 Years. *Odontologia (Montevideo).* 2024 Jul 29;2:101–101. doi:10.62486/AGODONTO2024101
24. Mendoza P, Méndez J, Florentín D, Martínez G, Aguilar G, Ríos-González CM. Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusión y anomalías dentomaxilares en preescolares de Cnel. Oviedo, Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud.* 2019 Oct 30;17(3):49–54. doi:10.18004/MEM.IICS/1812-9528/2019.017.03.49-054
25. Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. *MediSur [Internet].* 2016 [cited 2026 Jan 17];14(2):143–53. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
26. Carminatti M, Lavra-Pinto B de, Franzon R, Rodrigues JA, Araújo FB de, Gomes E. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. *Audiology - Communication Research.* 2017 Sep 21;22(0):e1801. doi:10.1590/2317-6431-2016-1801

27. Mesa N, Medrano J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez Deforming Oral Habits and Malocclusions in Children of Máximo Gómez Polyclinic. 2017.
28. Marcantonio C, Fabricio E, Bernardino LP, Pessoa MN, Marcantonio E. Associação de condições socioeconômicas, saúde bucal, hábitos orais e má oclusão com o desempenho escolar de escolares de 5 anos. *Rev Odontol UNESP*. 2021;50:e20210054. doi:10.1590/1807-2577.05421
29. Marcantonio CC, Ferraz LE, Kruger SL, Dovigo G, Marcantonio E. Associação entre hábitos orais e má oclusão com problemas respiratórios em escolares de 5 anos. *Rev Odontol UNESP*. 2021;50:e20210055. doi:10.1590/1807-2577.05521
30. Gutiérrez Y, Quesada L, Meriño Y, Sulany \*, Naranjo S, Sánchez L. Factores de riesgo de maloclusión en escolares de primer grado de la escuela “Adalberto Pessant.” *Rev Ciencias Médicas*. 2024;28:6343.
31. Fernández M, Rojas D, Inostroza Felipe. Unhealthy oral habits and oral health-related quality of life in a group of Chilean preschool children. *Revista CEFAC*. 2025;27(2):e13223. doi:10.1590/1982-0216/202527213223
32. Araujo A, Almeida TF de, Cabral MBB de S, Cangussu MCT. Investigation of Malocclusion and Associated Factors in Preschoolers: A Cross-Sectional Questionnaire Study. *Epidemiologia (Basel, Switzerland)*. 2024 Jun 1;5(2):275–88. doi:10.3390/EPIDEMIOLOGIA5020019 PubMed PMID: 38920754.
33. Santos Campos M, de Melo Valença PA, da Silva GM, Lima MDC, Jamelli SR, de Góes PSA. Influence of head and linear growth on the development of malocclusion at six years of age: a cohort study. *Braz Oral Res*. 2018;32. doi:10.1590/1807-3107BOR-2018.VOL32.0098 PubMed PMID: 30328898.
34. Singh P, Jawdekar A. Associations between nonnutritive sucking habits, developing malocclusion, and various feeding practices in 3-6-year-old Indian urban children: A case-control study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2024;42(1):46–51. doi:10.4103/JISPPD.JISPPD\_559\_23 PubMed PMID: 38616426.
35. Góngora-León I, Alarcón-Calle CS, Aliaga-Del Castillo A, Flores-Mir C, Arriola-Guillén LE. Association of breastfeeding duration with the development of non-nutritive habits, and transversal and vertical occlusal alterations in preschool children: A cross-sectional study. *Dent Med Probl*. 2023 Jan 1;60(1):47–53. doi:10.17219/DMP/145416 PubMed PMID: 36961402.

36. Moraes RB, Knorst JK, Pfeifer ABR, Vargas-Ferreira F, Ardenghi TM. Pathways to anterior open bite after changing of pacifier sucking habit in preschool children: A cohort study. *Int J Paediatr Dent.* 2021 Mar 1;31(2):278–84. doi:10.1111/IPD.12725 PubMed PMID: 32949057.
37. Scarpelli BB, Berger SB, Punhagui MF, de Oliveira CAZ, Ferelle A, Oltramari-Navarro PVP. Evaluation of a preventive educational program for malocclusions: 7-year study. *Braz Oral Res.* 2016;30(1):1–8. doi:10.1590/1807-3107BOR-2016.VOL30.0119 PubMed PMID: 27901201.
38. Rai A, Koirala B, Dali M, Shrestha S, Shrestha A, Niraula SR. Prevalence of Oral Habits and its Association with Malocclusion in Primary Dentition among School Going Children of Nepal. *J Clin Pediatr Dent.* 2022 Jan 1;46(1):44–50. doi:10.17796/1053-4625-46.1.8 PubMed PMID: 35311976.
39. Paolantonio EG, Ludovici N, Saccomanno S, La Torre G, Grippaudo C. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. *Eur J Paediatr Dent.* 2019;20(3):204–8. doi:10.23804/EJPD.2019.20.03.07 PubMed PMID: 31489819.
40. Carli E, Fambrini E, Lardani L, Derchi G, Defabianis P. Early orthodontic treatment need in paediatric age: a prospective observational study in Italian school-children. *Eur J Paediatr Dent.* 2023;24(2):94–8. doi:10.23804/EJPD.2023.1835 PubMed PMID: 37066972.
41. Hung M, Marx J, Ward C, Schwartz C. Pacifier Use and Its Influence on Pediatric Malocclusion: A Scoping Review of Emerging Evidence and Developmental Impacts. *Dent J (Basel).* 2025 Jul 1;13(7). doi:10.3390/DJ13070319 PubMed PMID: 40710164.
42. Gao C, Wang M, He H, Lei H, Mei L. Association between Non-nutritive sucking habits and Anterior open bite: A systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 2025 Dec 1;25(1). doi:10.1186/S12903-025-06040-Z PubMed PMID: 40619361.
43. Medeiros R, Ximenes M, Massignan C, Flores-Mir C, Vieira R, Porporatti AL, et al. Malocclusion prevention through the usage of an orthodontic pacifier compared to a conventional pacifier: a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2018 Oct 1;19(5):287–95. doi:10.1007/S40368-018-0359-3 PubMed PMID: 30054865.
44. Katib HS, Aljashash AA, Albishri AF, Alfaihi AH, Alduhyaman SF, Alotaibi MM, et al. Influence of Oral Habits on Pediatric Malocclusion: Etiology and Preventive Approaches. *Cureus.* 2024 Nov 4;16(11). doi:10.7759/CUREUS.72995 PubMed PMID: 39640127.

45. Barnawi BM, Al Rashidi WA, Al Qahtani RA, Alotaibi NA, Hejji AHA, Balkhy AH, et al. Comparative Efficacy of Fixed Versus Removable Habit-Breaking Appliances for the Management of Non-nutritive Sucking Habits: A Systematic Review. *Cureus*. 2025 Dec 12;17(12). doi:10.7759/CUREUS.99043 PubMed PMID: 41527596.

