



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MIOTERAPIA FUNCIONAL COMO AUXILIAR EN EL
TRATAMIENTO DE HÁBITOS NOCIVOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LEILANI SHARON AYLEEN CAB PARTIDA

TUTORA: Mtra. ROSAURA YARELI CAPDEVIELLE CUEVAS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias...

A mi mamá, por brindarme incondicionalmente su apoyo, por impulsarme siempre a seguir adelante sin importar las circunstancias y ser ese pilar que me sostuvo durante estos años, sin ella nada habría sido posible. Por siempre ser mi mayor ejemplo y motivación.

A mis abuelos, porque formaron parte fundamental de este camino, gracias por su infinito amor y ánimos que me dieron a lo largo de estos años.

A mi familia, por creer en mí y acompañarme durante esta etapa.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, por abrirme las puertas para formarme profesionalmente y convertirse en mi segundo hogar.

A Valeria, por ser esa amiga que se convirtió en una hermana incondicional que estuvo en los mejores y peores momentos, este logro también lo comparto contigo.

A mi tutora, la Mtra. Rosaura Capdevielle, por sus enseñanzas que despertaron en mí una profunda admiración hacía esta profesión. Por confiar en mí y brindarme su apoyo para poder realizar este trabajo.

A la Esp. Alicia Montes de Oca, por siempre hacer que diera ese máximo esfuerzo y también ser una inspiración para mí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. ANTECEDENTES	6
2. HÁBITOS NOCIVOS	8
2.1 CLASIFICACIÓN	8
2.2 ETIOLOGÍA	8
3. RESPIRACIÓN	9
4. RESPIRACIÓN BUCAL	10
4.1 ETIOLOGÍA	10
4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	11
4.3 DIAGNÓSTICO	12
5. DEGLUCIÓN	14
5.1 FASES DE LA DEGLUCIÓN	14
6. DEGLUCIÓN ATÍPICA	16
6.1 TIPOS DE DEGLUCIÓN ATÍPICA	17
6.2 DIAGNÓSTICO	18
6.3 MANIFESTACIONES BUCALES	19
7. SUCCIÓN DIGITAL	19
7.1 TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA SUCCIÓN DIGITAL	19
7.2 ETIOLOGÍA	20
7.3 EFECTOS BUCALES	20
8. ONICOFAGÍA	22
8.1 ETIOLOGÍA	22
8.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	22
8.3 TERAPEÚTICA	23

9. BRUXISMO	24
9.1 ETIOLOGÍA	25
9.2 DIAGNÓSTICO.....	26
10. MIOTERAPIA FUNCIONAL	27
10.1 INDICACIONES.....	27
10.2 CONTRAINDICACIONES.....	27
10.3 EJERCICIOS EMPLEADOS	28
9.4 TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL DE LOS HÁBITOS	35
CONCLUSIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38



INTRODUCCIÓN

En la atención odontológica del paciente pediátrico debemos considerar aquellos factores que van a afectar el crecimiento y desarrollo general del paciente. Una vez establecidas las condiciones, seremos responsables de corregir y restablecer el equilibrio de salud y quizás lo más importante será reeducar al paciente y a sus padres para concientizarlos sobre la importancia de la corrección de los hábitos nocivos y las posibles consecuencias que estos pueden traer.

Los hábitos nocivos son conductas repetitivas que pueden llevar a los pacientes a tener trastornos del desarrollo de los dientes y maxilares. Algunos hábitos se pueden considerar como normales en los primeros años de vida, pero si continúan por un periodo más prolongado pueden generar cambios funcionales y físicos en el complejo dentomaxilar.

En esta revisión bibliográfica se describen los hábitos nocivos más comunes que afectan a los pacientes pediátricos, se describen los factores etiológicos, manifestaciones clínicas y bucales, así como los tratamientos empleados y se enfatiza en la terapia miofuncional como un auxiliar en la corrección de estos hábitos.

La mioterapia funcional tiene como objetivo ayudar a los pacientes con diversos hábitos nocivos a reeducar su función muscular de patrones anormales a través de diversos ejercicios. Propone diversas terapias para estimular a los músculos y obtener la funcionalidad deseada.



1. ANTECEDENTES

Según la Real Academia Española hábito significa, “modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”.¹

Maury Massler en 1983, refiere que, a diferentes edades, el hombre expresa sus sentimientos y sus tensiones a través de diversos movimientos musculares y acciones. Estos sentimientos y reacciones pueden ser conscientes y ocurrir ocasionalmente en respuesta a una situación específica. Sin embargo, cuando la acción es repetida una y otra vez, se convierte en un hábito y esto refleja un sentimiento inconsciente.

Olson en 1929, menciona diferentes tipos de hábitos, como aquellos que comprometen los dedos (onicofagia, rascarse, hurgar en la nariz, halar el cabello).

Josell en 1995, propuso una clasificación de los hábitos orales en tres grupos: hábitos de tipo nervioso (morderse el labio o el carrillo, deglución atípica, empuje lingual, onicofagia, bruxismo); hábitos profesionales (sostener objetos con la boca, presión con instrumentos musicales); hábitos ocasionales (fumar pipa o cigarrillo, masticar tabaco, respiración bucal, succión de labio o el dedo).

Miltenberger y cols. en 1998, señalan que son conductas repetitivas y estereotipadas que tienen efectos físicos (daño en los tejidos) o sociales (vergüenza, estigma social) negativos para el individuo.²

Lischer fue quién en 1912, introdujo el término de “Terapia Miofuncional”, sin embargo, fue Straub el verdadero responsable del inicio de la terapia miofuncional como tratamiento. Aspecto que se ha considerado de la mano de Barret y Hanson, en la década de los años 70.



Borrás y Rosell en 2008, definen terapia Miofuncional como, una disciplina que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones orofaciales que pueden interferir, tanto en el habla, como en la estructura de los dientes y relaciones maxilares.

En definitiva, la terapia miofuncional tiene como fin lograr el equilibrio anatómico y funcional de las estructuras y músculos orofaciales, posibilitando un desarrollo normal de las mismas. ³



2. HÁBITOS NOCIVOS

Los hábitos bucales son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida y se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión.

Cuando la actividad excede la tolerancia fisiológica individual, se presenta una alteración y puede ocurrir un daño a nivel dental, muscular o articular. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la frecuencia, la duración y la intensidad del hábito. ⁴

2.1 CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar a los hábitos bucales en: hábitos fisiológicos, son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal) y hábitos no fisiológicos, los que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos (succión digital, deglución atípica, respiración bucal, entre otros). ⁴

Otros hábitos bucales nocivos, no tan comunes pero que debemos de tomar en cuenta en relación a su comportamiento y distribución por su posible repercusión en el desarrollo de la oclusión son: la onicofagia, el bruxismo, la mordedura de objetos, la protracción lingual, y la queliofagia. ⁵

2.2 ETIOLOGÍA

Por lo general los hábitos nocivos contienen un aspecto psicológico muy fuerte y se trata de un escape contra presiones emocionales o físicas.

Los niños, en particular practican estos hábitos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el entorno familiar. ⁵

3. RESPIRACIÓN

El término respiración puede significar ventilación de los pulmones o uso de oxígeno en el metabolismo celular. La respiración proporciona oxígeno a los tejidos y retira el dióxido de carbono.

Las cuatro funciones principales de la respiración son: 1) ventilación pulmonar, que se refiere al flujo de entrada y salida de aire entre la atmósfera y los alveolos pulmonares; 2) difusión de oxígeno y de dióxido de carbono entre los alveolos y la sangre; 3) transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales hacia las células de los tejidos corporales y desde las mismas, y 4) regulación de la ventilación. ⁶

En este proceso se encuentran involucradas las siguientes estructuras anatómicas: pulmones, pared torácica (tórax), diafragma, abdomen y músculos intercostales. Adicionalmente trabajan en conjunto con el sistema nervioso central y el sistema cardio-pulmonar. ⁷

Un ser humano en reposo respira con una frecuencia de 12 a 15 veces por minuto y en cada una de estas respiraciones se inspiran y expiran 500ml de aire. ⁸ Figura 1

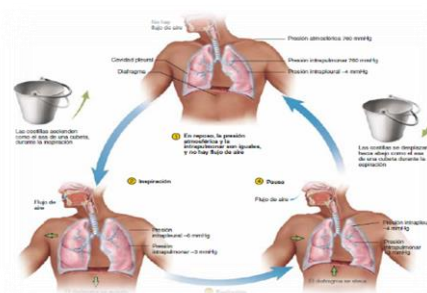


Figura 1. Ciclo Respiratorio ⁶



4. RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración bucal es una disfunción respiratoria que se caracteriza por la respiración habitual a través de la boca, ya sea por hábito o por obstrucción de las vías aéreas superiores, esto puede ocurrir de manera temporal o permanecer instalada en el paciente de forma crónica.⁹

Si es debida a una obstrucción, puede ocurrir en pacientes con desviaciones del tabique nasal, con hipertrofia de cornetes, por inflamación crónica y congestión de la mucosa nasal, faríngeas o ambas; por alergias, por hipertrofia adenoidea y amigdalina.

Se considera por mal hábito cuando se continúa efectuando la respiración por la boca aun cuando se haya eliminado el obstáculo que lo inducía.¹⁰

También existen falsos respiradores bucales, son pacientes que tienen la boca abierta, pero respiran por la nariz, algunos tienen interposición lingual entre las arcadas dentarias, y en otros casos se aprecia la boca abierta con la lengua apoyada sobre el paladar duro, en ambos casos son niños que tienen la boca entreabierta.¹¹

4.1 ETIOLOGÍA

Los principales factores que ocasionan la respiración bucal son:

- Pólipos nasales: que se constituyen en masas resultantes de la hipertrofia de la mucosa nasal y de los senos paranasales, que generan obstrucción en la región anterior o posterior de la nariz.
- Rinitis alérgica: generada por hipersensibilidad de la mucosa nasal a alérgenos comunes como, polvo o polen.
- Desviación del tabique nasal: producido por traumas, alteraciones del crecimiento, deformaciones del cartílago nasal; que generan cambios en la conducta respiratoria del sujeto.¹²

- Hipertrofia adenoidea: en la que el crecimiento del tejido linfoide adenoideo obstruye el paso del aire en el orificio posterior de la nariz.
- Vías nasales estrechas: asociado a la presencia de un maxilar estrecho, que disminuye la amplitud de los orificios nasales. ¹²

4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Cuando la respiración bucal se torna crónica, empiezan a existir cambios tanto a nivel de oclusión como a nivel facial.

Dentro de los cambios faciales podemos encontrar: aumento del tercio facial inferior, facies adenoideas (cara estrecha y larga, hipodesarrollo de los huesos propios de la nariz, ojeras profundas, ojos caídos, boca abierta e incompetencia labial), narinas estrechas, piel pálida, labio superior hipotónico, labio inferior hipertónico y labios resecaos con presencia de fisuras en las comisuras (queilitis angular). ¹³ Figura 2



Figura 2. Respirador bucal ¹³

Los cambios oclusales se manifiestan como: mordida abierta anterior con o sin interposición lingual, mordida cruzada posterior (unilateral o bilateral), arcada superior en forma triangular, apiñamiento, presencia de hábitos secundarios (deglución atípica, succión labial), proinclinación de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores y de dientes posteriores superiores, gingivitis crónica. ¹⁴

4.3 DIAGNÓSTICO

Para poder evaluar si un paciente es respirador bucal o no, debemos estar atentos desde el momento en el que el paciente ingresa a nuestro consultorio, su manera de hablar, de expresarse, sus rasgos y características faciales, y si mantiene los labios cerrados o abiertos cuando está en reposo. Procedemos a la anamnesis y al interrogatorio clínico de sus padres. ¹⁵

Debemos evaluar clínicamente la presencia de maloclusiones, la posición de la lengua, la forma del paladar, si posee incompetencia labial y la presencia de gingivitis, que son parte de las características que poseen los pacientes respiradores bucales. Como métodos de diagnóstico podemos recurrir a los siguientes:

Reflejo nasal de Gudín. El paciente debe mantener la boca bien cerrada, el operador comprime las alas de la nariz durante 20 a 30 segundos, soltándolas rápidamente; la respuesta reflejada será una dilatación inmediata de las alas nasales, permitiendo la inspiración nasal. En pacientes respiradores bucales la dilatación será muy poca o inexistente y por lo general tienden a auxiliarse abriendo ligeramente la boca para inspirar. ¹⁶ Figura 3



Figura 3. Reflejo nasal de Gudín ¹⁷

Apagar la vela. Se coloca una vela encendida a una distancia prudente cerca del orificio nasal (una vez por cada lado) y el paciente debe soplar por la nariz para apagarla. Si el paciente no puede apagar la vela de

alguno de los dos lados puede haber una obstrucción nasal respiratoria de ese lado. ¹⁶ Figura 4



Figura 4. Apagar la vela ¹⁷

Prueba del algodón. Se acerca un pequeño trozo de algodón al orificio nasal (una vez por cada lado) y el paciente debe inspirar y expirar, debiéndose observar el movimiento del algodón ante la corriente de aire. Si el algodón no se mueve de alguno de los dos lados puede haber una obstrucción nasal respiratoria de ese lado. ¹⁸ Figura 5



Figura 5. Prueba del algodón ¹⁷

Espejo de Glatzel. Colocamos un espejo bajo la nariz del paciente y le indicamos que inspire y espire. El espejo se empañara simétricamente, si el espejo no se empaña de alguno de los dos lados puede haber una obstrucción nasal respiratoria de ese lado. ¹⁸ Figura 6



Figura 6. Espejo de Glatzel ¹⁷

5. DEGLUCIÓN

La deglución es una acción compleja que requiere la intervención de más de 22 músculos de la boca, la faringe y el esófago, coordinados por el centro de deglución, un par de núcleos en el bulbo raquídeo. Este centro se comunica con los músculos de la faringe y el esófago mediante los nervios trigémino, facial, glossofaríngeo e hipogloso (pares craneales V, VII, IX y XII, respectivamente). ¹⁹ Figura 7



Figura 7. Mecanismo de la deglución ²⁰

5.1 FASES DE LA DEGLUCIÓN

En general, la deglución puede dividirse en: 1) fase voluntaria, que inicia el proceso de deglución; 2) fase faríngea involuntaria, que consiste en el paso de los alimentos hacia el esófago a través de la faringe, y 3) fase esofágica,

también involuntaria que ejecuta el paso de los alimentos desde la faringe al estómago.^{20, 21} Figura 8

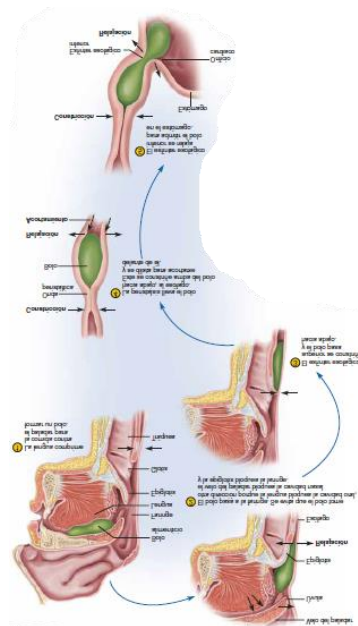


Figura 8. Etapas del proceso de deglución⁶

Fase voluntaria de la deglución. Cuando los alimentos se encuentran preparados para la deglución, la presión hacia arriba y hacia atrás de la lengua contra el paladar, los arrastra o desplaza “voluntariamente” en sentido posterior, en dirección a la faringe. A partir de ese momento la deglución pasa a ser un proceso total o casi totalmente automático y, en general, no se puede detener.

Fase faríngea de la deglución. Los mecanismos de la fase faríngea de la deglución comprenden, cierre de la tráquea, apertura del esófago y una onda peristáltica rápida originada en la faringe que empuja el bolo alimenticio hacia la parte superior del esófago. Todo este proceso dura menos de 2 segundos.²⁰

Fase esofágica de la deglución. La función primordial del esófago consiste en conducir con rapidez los alimentos desde la faringe hasta el estómago, por lo que sus movimientos están organizados específicamente para cumplir esta función.²¹

6. DEGLUCIÓN ATÍPICA

La deglución atípica se define como, cualquier desvío del patrón normal adulto de deglución. Es caracterizada por el posicionamiento de la lengua contra la superficie lingual de los dientes incisivos y caninos o la protrusión lingual entre las arcadas dentarias durante el reposo y la deglución (la punta de la lengua no toca la papila palatina).²² Figura 9



Figura 9. Paciente con interposición lingual en reposo y en deglución²³

Tras la erupción de los molares primarios durante el segundo año de vida, se inicia la función masticatoria como actividad neuromuscular en la que interviene todo el aparato estomatognático, el niño deberá dejar el biberón, y los movimientos de succión para empezar a beber en vaso o taza. Al cesar esta actividad de succión, se produce una transición gradual y espontánea en el patrón de deglución al patrón adulto.

Este tipo de deglución se caracteriza por cese de la actividad labial, es decir labios relajados, la lengua se interioriza, quedando la punta de esta contra los procesos alveolares, por detrás de los incisivos superiores y dientes posteriores ocluidos durante la deglución.²³

El cambio al patrón de deglución adulta se establece gradualmente y se debe a: la aparición de la dentición, al menor tamaño proporcional de la lengua respecto a la cavidad bucal, al cambio en la postura de la cabeza,

a la maduración neuromuscular y al cambio en la alimentación al comenzar la ingestión de alimentos sólidos. ²⁴ Figura 10

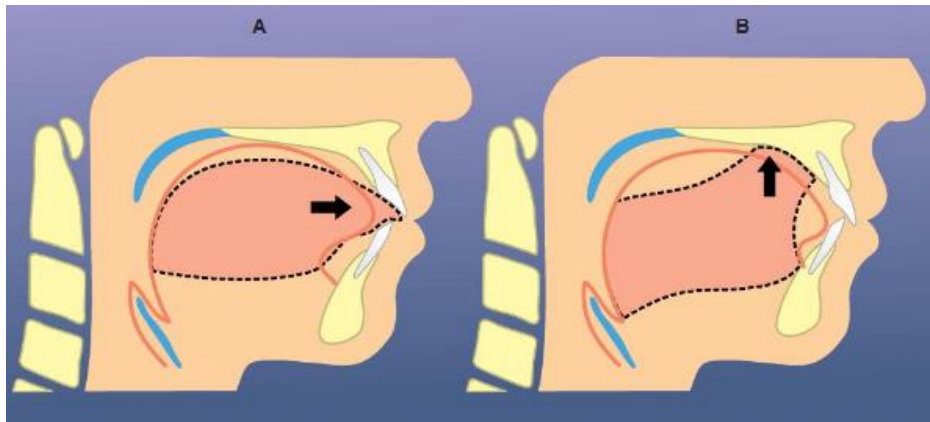


Figura 10. Esquema de la deglución infantil A y de la deglución adulta B ²²

6.1 TIPOS DE DEGLUCIÓN ATÍPICA

Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Se ha observado en estudios que una presión continua de 50mgs., durante un periodo de 12 horas, provoca un desplazamiento considerable de un diente. ²⁵

Deglución con presión atípica del labio (interposición labial). Ocurre en pacientes que normalmente en reposo, los labios no entran en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico y adquiere una configuración de labio corto. Mientras que, el labio inferior, por su gran participación se torna más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. ^{25, 26} Figura 11



Figura 11. Paciente con interposición labial inferior ²⁶

Deglución con presión atípica de la lengua. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose, a veces, entre premolares y molares. De igual manera, se observa contracción de las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción. Esta deglución puede ser de dos tipos: con empuje lingual simple o con empuje lingual complejo. ^{25, 26}

6.2 DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar una deglución atípica, se deben observar algunos aspectos en el paciente durante el acto de la deglución, tales como: posición atípica de la lengua, falta de contracción de los músculos maseteros, tamaño y tonicidad de la lengua, escupir o acumular saliva al hablar, babeo nocturno, dificultad al ingerir alimentos sólidos, alteraciones en la fonación. ²⁷



6.3 MANIFESTACIONES BUCALES

Diversas investigaciones han relacionado la deglución atípica con diferentes desórdenes dentofaciales: mordida abierta anterior, mordida abierta posterior, paladar alto y angosto, morfología facial larga, mayor inclinación de incisivos superiores, mayor respiración bucal, dificultad para el cierre labial mayor, entre otros.²⁷

7. SUCCIÓN DIGITAL

Casi todos los niños realizan algún tipo de succión no nutritiva como, chuparse el pulgar, otro dedo o algún objeto de forma parecida. Incluso se ha podido observar que algunos fetos se chupan el pulgar intraútero y la gran mayoría de los lactantes lo hace desde el nacimiento hasta los 2 años de vida o más.

La succión digital es uno de los hábitos bucales deformantes más frecuentes en el niño, capaz de producir grandes anomalías dentomaxilofaciales, alteraciones en la función masticatoria y del estado de salud general.²⁸

7.1 TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA SUCCIÓN DIGITAL

Hay diversas teorías que hablan sobre la succión digital, pero dos de las más relevantes son de las que hablaremos a continuación.

Teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual (Freud). Freud describe las 5 etapas de la personalidad o los estadios psicosexuales, que están asociados a zonas erógenas o áreas sensitivas en el cuerpo. El primer estadio es el oral o narcisista, que dura desde el nacimiento hasta el año de edad y se enfoca en las necesidades de satisfacción de la boca y el tracto digestivo, incluso la lengua y los labios.²⁸



La teoría psicoanalítica ve la continuación del hábito más allá de los 3 años como una manifestación de un disturbio psicológico y por lo tanto, un mecanismo para el manejo del estrés.

Teoría del aprendizaje. Esta segunda teoría sugiere que la succión digital no nutritiva es un patrón aprendido de comportamiento y que, en ciertas circunstancias, se convierte en adaptado. Da por sentado que no existe ninguna causa psicológica para el hábito prolongado y que si se elimina el hábito no aparecerá otro sustituto. ²⁹

7.2 ETIOLOGÍA

Los hábitos de succión tardíos son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro.

La succión digital se presenta en momentos de depresión aburrimiento o de cansancio, ya que genera tranquilidad e induce el sueño. La presencia del hábito disminuye con la edad y un alto porcentaje de niños lo abandonan alrededor de los 3 a 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológico, fonoaudiológico u odontológico. ³⁰

7.3 EFECTOS BUCALES

Usualmente, la succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentofaciales, especialmente en el sector anterior. La presencia y severidad de alteraciones en las estructuras dentofaciales dependerá de varios factores como, la frecuencia, la intensidad, la duración y la posición del dedo dentro de la boca. ³¹ Figura 12

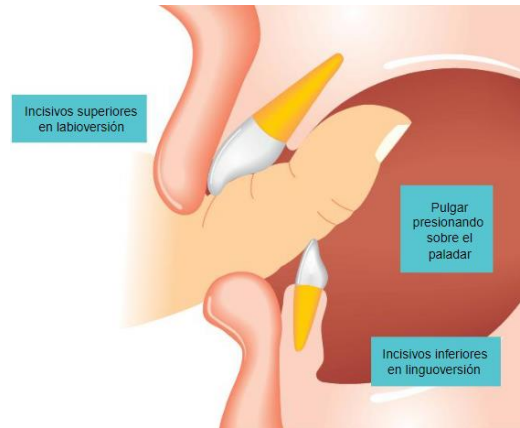


Figura 12. Incisivos inferiores en linguoversión ²⁹

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua, que deja de ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienen a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

Las principales alteraciones que podemos observar en pacientes con succión digital son, comprensión del maxilar dando como resultado una mordida cruzada unilateral o bilateral, protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas), retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, dimensión vertical aumentada. ³² Figura 13



Figura 13. Paciente que presenta succión digital ²³



8. ONICOFAGÍA

La onicofagia, del griego *onyx* –uña- y *phagein* –comer-, se define como una costumbre de comerse las uñas con los dientes, que puede provocar heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones.

Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal; también se ha asociado con disfunción temporomandibular. ^{33, 34}

8.1 ETIOLOGÍA

La etiología propuesta por Leung & Robson incluye el estrés, la imitación de otros miembros de la familia, herencia, transferencia del hábito se succión del pulgar y falta de cuidado en el trato de uñas y cutículas.

Morderse las uñas puede estar asociado con múltiples factores psicológicos, que incluyen trastornos de ansiedad o el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Este hábito es considerado como un mecanismo liberador de tensiones, la causa podría venir de frustraciones y tensiones interiores. ³⁵

8.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara ya que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, el crecimiento vertical de la cara, cuyo resultado conjuntamente con la deglución atípica, es el desencadenante de la mordida abierta.

A nivel oral podemos encontrar apiñamiento, rotación, desgaste, fracturas, protrusión de incisivos superiores, destrucción periodontal de la zona anterior, problemas estomacales, onicomycosis y paroniquia. ³⁶

Figura 14



Figura 14. Niño con el hábito de onicofagia y su mano con unas mordidas y cutículas heridas ²²

8.3 TERAPEÚTICA

Podemos encontrar cuatro métodos terapéuticos que nos sirven en el tratamiento de la onicofagia.

Terapia psicológica. Abordaje terapéutico que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos para que el niño deje la práctica del hábito. ³⁶ Figura 15



Figura 15. Motivación para la remoción del hábito de onicofagia; estimulando la vanidad ²²

Terapia cognitiva. Los patrones de pensamiento adversos, llamados distorsiones cognitivas, son reestructurados por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua.

Aparatos intraorales. Aditamentos instalados para obstruir el posicionamiento de las uñas dentro de la cavidad bucal. ³⁷

Terapia conductual. Terapia enfocada a cambiar las conductas y modificar reflejos.³⁷

9. BRUXISMO

Se define como el hábito de rechinar los dientes, está presente hasta en el 15% de niños y jóvenes. Generalmente, el bruxismo ocurre por la noche y provoca abrasión en los dientes primarios y en los dientes permanentes si se continúa durante un periodo prolongado.³⁷ Figura 16



Figura16. Bruxismo³⁸

También es un trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares que, de forma progresiva, desgasta los tejidos dentarios dando la apariencia de dientes muy pequeños reducidos en tamaño.³⁸ Figura 17



Figura 17. Abrasión severa en dientes anteriores primarios superiores³⁸



9.1 ETIOLOGÍA

La etiología del bruxismo es multifactorial, pudiendo ser causado por la combinación de diversos factores como de los que mencionaremos.

Factores locales. Presencia de trastornos temporomandibulares, traumatismos oclusales, maloclusiones, contactos prematuros, reabsorción radicular, pérdida prematura de dientes, tensiones musculares y excesos de materiales restauradores.

Factores sistémicos. Asociados a deficiencias nutricionales y vitamínicas, parasitosis intestinales, alergias, parálisis cerebral, deficiencias mentales. También se ha asociado con enfermedades sistémicas y del sueño, incluyendo parasomnias y problemas del estado de ánimo.

Factores psicológicos. Trastornos neuroconductuales, problemas familiares, de personalidad, tensiones emocionales, crisis existenciales, estados de depresión, ansiedad, miedo y hostilidad.

Factores ocupacionales. Por ejemplo, pruebas escolares, práctica de deportes competitivos y campeonatos.

Factores hereditarios. Algunas investigaciones reportan que los hijos de padres que tenían bruxismo en la infancia, aprietan o rechinan los dientes.³⁹



9.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del bruxismo es basado en la presencia de signos patognomónicos articulares, musculares, dentarios y/o periodontales observados en el paciente. Los músculos, dentro de las estructuras masticatorias, son los más afectados por el dolor, principalmente a la palpación.

En la dentición decidua, es importante que tengamos cuidado en el diagnóstico, pues podemos observar un porcentaje más significativo de facetas de desgaste al nivel de los dientes posteriores y anteriores que el porcentaje de bruxismo reportado.

El bruxismo puede causar otros traumas para la dentición y sus tejidos de soporte, que incluyen hipersensibilidad térmica, movilidad dental, daños en el ligamento periodontal, hipercementosis, fractura de cúspides e incluso pulpitis y necrosis pulpar.⁴⁰



10. MIOTERAPIA FUNCIONAL

La mioterapia funcional comprende un conjunto de procedimientos y técnicas utilizadas en la corrección del desequilibrio muscular orofacial, la normalización del comportamiento muscular, la reducción de hábitos nocivos y el mejoramiento de la estética del paciente.

La terapia miofuncional consta de tres etapas: concientización, corrección y reforzamiento e inconcientización, que tienen como fin lograr el balance orofacial e impedir, interceptar o tratar maloclusiones asimismo corregir problemas de lenguaje. Para todo ello, la clave del éxito es la motivación del paciente y sus padres. ⁴¹

10.1 INDICACIONES

Los ejercicios de reeducación son independientes de la técnica ortodóncica que se esté utilizando, de tal forma que estos ejercicios permitirán la sinergia entre la acción muscular restablecida y la acción mecánica del aparato, potenciando de esta forma el efecto terapéutico y la estabilidad de los resultados.

La terapia miofuncional mediante los ejercicios de reeducación está indicada antes y durante el tratamiento de la maloclusión con la finalidad de restablecer un equilibrio muscular. ⁴²

10.2 CONTRAINDICACIONES

Existen una serie de contraindicaciones que se deben tomar en cuenta antes de iniciar el tratamiento.

La edad del paciente, porque lo ideal es empezar con la reeducación alrededor de los 6 o 7 años, ya que los hábitos no están tan afianzados en el paciente, las estructuras óseas se modifican con mayor facilidad al igual que el balance muscular orofacial. ⁴³



La motivación del paciente, si este no está lo suficientemente motivado y con ganas de realizar los ejercicios, va a ser mi complicado llevar adelante el tratamiento, puesto que es él quien los debe realizar aunque cuente con la ayuda de sus padres y el terapeuta para corregirlo y estimularlo.

La colaboración de la familia, porque de ellos depende la asistencia a las consultas y en gran parte el éxito del tratamiento, ya que son los responsables de que el paciente haga los ejercicios de la forma adecuada.

43

10.3 EJERCICIOS EMPLEADOS

Los ejercicios aquí propuestos son ejemplos de cómo se puede intervenir en la rehabilitación de los trastornos orofaciales. Diversos métodos son utilizados por profesionales especializados con resultados satisfactorios.

Las cuatro etapas básicas del tratamiento de mioterapia son: 1) ejercicios musculares en los órganos fonoarticulatorios, para adecuar el tono y la movilidad; 2) Entrenamiento de la posición de reposo de los labios y la lengua; 3) entrenamiento de los nuevos patrones de respiración, deglución, masticación y fonación; 4) generalización o mantenimiento de los patrones aprendidos. ⁴⁴

A continuación describiremos algunos ejercicios propuestos por Zambrana y Dalva, de uso habitual para el tratamiento de hábitos nocivos.

- Ejercicio del botón

El paciente debe sujetar por detrás de los labios y por delante de los dientes un botón sujeto con un hilo dental. El terapeuta tira del botón mientras el paciente intenta que no se le escape con la fuerza de los labios. ⁴⁴ Figura 18

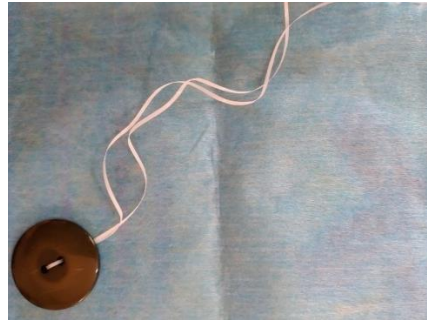


Figura 18. Ejercicio del botón ¹⁷

- Ejercicio de la cuchara

La extremidad de una cuchara de plástico se debe sujetar en el centro de los labios, manteniéndola en el plano horizontal. Una vez alcanzada esta posición, se coloca un peso sobre la cuchara y el paciente debe intentar equilibrarla con la fuerza de los labios, efectuando la función de contrapeso. ⁴⁴ Figura 19



Figura 19. Ejercicio de la cuchara ¹⁷

- Ejercicio del lápiz

Se debe sujetar un lápiz en el centro de los labios sin bajarlo ni levantarlo mientras el odontólogo cuenta hasta 8. El ejercicio se repite aumentando la cuenta hasta llegar a 15. ⁴³ Figura 20

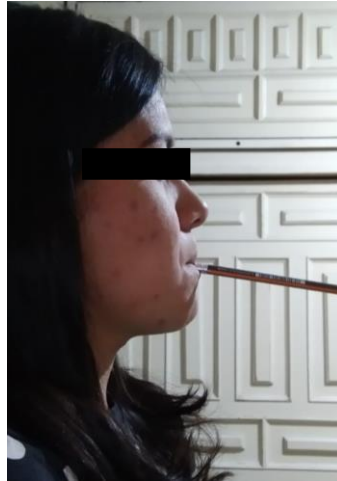


Figura 20. Ejercicio del lápiz ¹⁷

- Morder el labio superior

Con los dientes de la arcada inferior el paciente debe sujetar y mantener el labio superior. ⁴⁴ Figura 21



Figura 21. Morder el labio superior ¹⁷

- Ejercicio de la goma

El paciente debe mantener una pequeña goma tubular debajo del labio superior, mientras permanece con los labios cerrados. Después debe repetir el ejercicio con la boca abierta y evitar que la goma se caiga. ⁴⁴

- Micropore

Antes de dormir se sellan los labios del paciente con dos tiras de Micropore en forma de X. ⁴⁴

- Ejercicio muscular de la 'papada'

Con los dientes cerrados, el paciente debe elevar la punta de la lengua y apoyarla en el centro del paladar duro, empujando sobre él varias veces. Se observa cómo se forma la 'papada' por debajo de la mandíbula. ⁴⁴

- Ejercicio de resistencia

Con la lengua en punta apoyada en los pliegues palatinos se intenta abrir y cerrar la boca haciendo resistencia con la lengua para evitar que la boca se cierre. ⁴⁴

- Depresor de madera

El paciente debe empujar con la punta de la lengua el depresor que el terapeuta sujeta haciendo fuerza en el sentido contrario. ⁴⁴

Figura 22



Figura 22. Depresor de madera ¹⁷

- Para la posición de reposo
Mantener durante 10 minutos la lengua pegada al paladar. Se instruye para repetirlo en casa varias veces al día, aumentando la duración progresivamente. ⁴⁴
- Chasquear la punta de la lengua
El paciente debe realizar una serie de chasquidos con la punta de la lengua contra el paladar duro, manteniendo la boca abierta.

⁴⁴ Figura 23

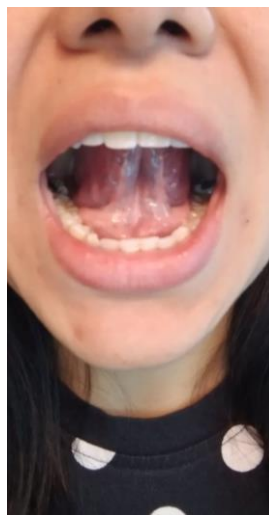


Figura 23. Chasquear la punta de la lengua ¹⁷

- Ejercicio de la goma
Con una goma tubular de unos 15 cm de largo se realizan ejercicios de masticación; colocar la goma en el lado derecho, sobre los molares y masticar. Repetir el ejercicio en el lado izquierdo y masticar unas 15-20 veces de cada lado. ⁴⁴
- Succión de la jeringa
Consiste en llenar de agua una jeringa de 5ml, insertarla parcialmente dentro de la boca y succionar el agua sin empujar el émbolo con la mano. ⁴⁴ Figura 24



Figura 24. Succión de la jeringa ¹⁷

- Articulación de los fonemas posteriores k y g
El paciente sujeta la nuca con las manos ejerciendo presión hacia delante. En el momento de la articulación de los fonemas debe mover la cabeza en sentido contrario. ⁴⁴
- Entrenamiento de la respiración nasal
Con la boca cerrada, el paciente debe realizar varias inspiraciones y espiraciones por la nariz, dejando empañada la superficie del espejo. Después debe inspirar el aire por una de las narinas y expulsarlo por la otra, varias veces seguidas. ⁴⁴
Figura 25



Figura 25. Entrenamiento de la respiración nasal ¹⁷

- **Entrenamiento del tiempo respiratorio**
El paciente acostado, inspira por la nariz y coloca la mano sobre el diafragma para sentir su expansión y elevación; después aguanta la respiración y espira lentamente por la boca, controlando el flujo de aire.
Cuando el paciente se encuentra sentado, va a inspirar el aire por la nariz, provocando la expansión costodiafragmática, y lo expulsa contando despacio hasta 4; luego repite el ejercicio avanzando progresivamente hasta llegar a 15. ⁴⁴
- **Masticación y deglución**
Empezamos el entrenamiento de líquidos para pasar después al entrenamiento de la deglución de la saliva. También recomendamos que chupen caramelos, para provocar la salivación, y que traguen correctamente.
Para la deglución de los alimentos sólidos, el paciente debe masticar el alimento con la boca cerrada, por los dos lados y triturarlo con los molares. Después debe juntarlo y tragarlo de la misma forma que con los líquidos y pastosos. ⁴⁴



9.4 TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL DE LOS HÁBITOS

El tratamiento para el respirador bucal requiere un enfoque multidisciplinario ya que, puede requerir tratamiento quirúrgico si la causa es obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etcétera); interconsulta con el otorrinolaringólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, entre otros; interconsulta con el fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla; tratamiento ortodóncico con aparatos de disyunción, corrigiendo la alteración transversal asociada con este hábito por medio de expansión rápida del maxilar. ⁴⁵

Para el tratamiento de la deglución atípica se pueden emplear, métodos funcionales, que son realizados por el fonoaudiólogo con el propósito de reeducar la musculatura que interviene en la deglución; también se sugieren métodos psicológicos; métodos mecánicos, ejecutados por ortodoncistas mediante aparatos que buscan impedir u orientar la posición de la lengua durante la deglución y por último los métodos mixtos, son aquellos que integran los aparato con los ejercicios miofuncionales, son los más recomendados. ⁴⁶

Actualmente las posibilidades terapéuticas para el hábito de succión digital son, tratamientos conductuales para modificar la conducta, tales como el reforzamiento diferencial, técnicas aversivas (sustancias líquidas de sabor desagradable impregnadas en los dedos del niño), técnicas de prevención de respuesta (uso de guantes); dispositivos ortodóncicos fijos o removibles, el más clásico es la rejilla lingual (actúa como barrera mecánica contra la succión de un modo pasivo) y la terapia miofuncional, incluye un conjunto de procedimiento y técnicas para reeducar el patrón muscular inadecuado existente en algunos pacientes. ⁴⁷

El tratamiento del bruxismo es variables, dependiendo de la etiología, de los diferentes signos observados durante el examen clínico y de los síntomas relatados por el paciente.



Los factores etiológicos descubiertos deben de ser eliminados, siendo necesario recurrir a profesionales de otras áreas aparte de la Odontología. También se sugiere el tratamiento sistémico para problemas físicos o deficiencias nutricionales y tratamiento psicológico y/o fonoterapéutico.

Las posibilidades de tratamiento varían desde la educación del paciente y la familia, el uso de aparatos intraorales, las técnicas psicológicas e incluso la medicación. Es necesario hacer u abordaje multidisciplinario.⁴⁸



CONCLUSIONES

Para erradicar los hábitos nocivos es necesario que el odontopediatra se auxilie de otros especialistas como lo es el otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo, ortodontista, psicólogo, entre otros para obtener mejores resultados en el tratamiento. Sobretudo el paciente y sus padres tienen que estar conscientes de que existe un problema y de esta manera sea más fácil poder corregirlo.

La terapia miofuncional no sustituye a otros tratamientos, tampoco representa una solución absoluta al tratamiento de los hábitos nocivos. Sin embargo, es otra alternativa para que los pacientes corrijan o eliminen dichos hábitos y desarrollen una fuerza muscular equilibrada.

Es importante no olvidar que cada paciente es diferente, por lo que debemos analizarlo por separado para poder decidir cuál es el mejor tratamiento y terapia según de las necesidades que presente.

Debemos abordar el problema de manera preventiva y solucionarlo cuando creamos que es más adecuado para reducir o evitar la necesidad de tratamientos más invasivos o costosos como la ortodoncia. También debemos evitar efectos negativos en el desarrollo físico, psicológico y social del niño.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. hábito | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. Consultado febrero 10, 2021. Disponible en:
<https://dle.rae.es/hábito>
2. Ocampo A., Johnson N., Lema MC. Hábitos orales comunes : revisión de literatura . Parte I. Rev Nac Odontol. 2014;9:83–90. Disponible en:
<https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434>
3. Rocha SJ, Jeldes P, Javiera D, Madrid M. Valoración de movimientos orofaciales en menores de 3 a 5 años con desarrollo normal: datos normativos.; 2011. Consultado abril 5, 2021. Disponible en:
<https://cutt.ly/OvQm8ym>
4. Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las maloclusiones. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría. Published online marzo de 2011:1–17. Consultado febrero 14, 2021. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
5. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011;68(1):26–33. Consultado febrero 14, 2021. Disponible en:
<https://cutt.ly/PvQQsmB>
6. Saladin KS, Pineda Rojas E. Anatom.a y fisiología la unidad entre forma y función. 6a ed. McGrawHill; 2013.



7. García G. Revisión bibliográfica de Pacientes respiradores bucales en edades tempranas. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica. Published online abril de 2011. Consultado febrero 12, 2021. Disponible en:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-8/>

8. Durán J., Merino M., Echarri P., Carrasco A. Una nueva propuesta de tratamiento para el paciente con el síndrome de la respiración oral. Ortod Clínica. 2009;12(2):73–79. Consultado marzo 12, 2021.

<https://cutt.ly/gvQQEfL>

9. De Lima B., Helia A., Quirós O. Estudio de la relación entre la respiración bucal y el rendimiento escolar en niños de edad preescolar. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatria. Published online 2015:1–12.

Consultado febrero 14, 2021. Disponible en:

www.ortodoncia.wshttp://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art28.asp

10. Belmont F., Godina G., Ceballos H. El papel del pediatra ante el síndrome de respiración bucal. Mex. 2008;29(1):3–8. Consultado febrero 12, 2021. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm081b.pdf>

11. Simoes N. Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. Published online 2015. Consultado febrero 12, 2021. Disponible en:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>

12. Gallardo A., Villarruel C. Síndrome de respiración bucal. Rev Actual Clínica Investig. Published online mayo de 2012. Consultado febrero 12, 2021. Disponible en:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v20/v20_a04.pdf



13. Mendoza L., Meléndez A., Ortiz R., Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Rev Mex Ortod* . 2014;2(4):220–227. Consultado febrero 12, 2021. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2014/mo144b.pdf>
14. Fieramosca F., Lezama E., Manrique R., et al. La función respiratoria y su repercusión a nivel del Sistema Estomatognático. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* . Published 2007. Consultado febrero 12, 2021. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/art-5/>
15. Pérez J., Martínez J., Moure M., Pérez A. Respiración bucal en niños de 3-5 años. Parroquia Catia la Mar Vargas. Enero-junio de 2008. *Rev Médica Electrónica* . 2010;32(5). Consultado febrero 17, 2021. Disponible en:
<https://cutt.ly/OvQQ5IY>
16. Acevedo E., Collante de Benítez C. Protocolo del trabajo de investigación: ubicación cefalométrica del hueso hioides en pacientes respiradores bucales. *Acta Odontológica Venez*. 2017;55(1). Consultado febrero 17, 2021. Disponible en:
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-11/>
17. Fuente directa. Alumna de Seminario de Titulación de Odontopediatría Cab Partida Leilani Sharon Ayleen.
18. Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el Estado Nueva Esparta 1996 - 2001. *Acta Odontológica Venez* . 2004;42(2). Consultado febrero 17, 2021. Disponible en:
<https://cutt.ly/GvQWcji>



19. Marmouset F., Hammoudi K., Bobillier C., Morinière S. Fisiología de la deglución normal. *EMC - Otorrinolaringol.* 2015;44(3):1–12.
doi:10.1016/s1632-3475(15)72752-9
20. Hall J., Guyton A. Guyton y Hall Tratado de Fisiología médica. 12a ed. McGrawHill Interamericana; 2011.
21. Aguilar F. Plasticidad y Restauración Neurológica MG Plasticidad y Restauración Neurológica Alimentación y deglución. Aspectos relacionados con el desarrollo normal. *Plast y Restauración Neurológica.* 2005;4(2):49–57. Consultado febrero 14, 2021. Disponible en:
https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2h.pdf
22. Correa M. Odontopediatría en la primera infancia. SAN; 2009.
23. Reni K., Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2014;25(2):380–388. doi:10.1016/s0716-8640(14)70050-1
24. González Y., Santos D., Lidia O., Concepción V. Patrón normal de maduración de la deglución. *Rev Científica Villa Cl.* 2019;23(1). Consultado febrero 15, 2021. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v23n1/mdc05119.pdf>
25. Jménez J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. *Odontol Sanmarquina.* Published online el 6 de septiembre de 2016:41–44. Disponible en:
doi:<http://dx.doi.org/10.15381/os.v19i2.12917>
26. Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. *Ortod Diagnóstico y Planif clínica.* Published online 2004:482.
27. Alarcón A. Deglución atípica - Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venez.* Published online el 25 de junio de 2013. Consultado febrero 15, 2021. Disponible en:
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art-20/>



28. Pipa A., Cuerpo P., López-Arranz E., González M., Pipa I., Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Av Odontoestomatol.* 2011;27(3):137–145. Consultado febrero 17, 2021. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol
29. Escobar F. *Odontología Pediátrica*. 2a ed. Actualidades Médico Odontológicas; 2004.
30. Rodríguez E., Cassasa R., Natera A. *1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos*. AMOLCA; 2007.
31. Lima M., Rodríguez A., García B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos | Lima Illescas | *Rev Cubana Estomatol.* *Rev Cubana Estomatol.* 2019;56(2). Consultado febrero 17, 2021. Disponible en:
<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1395/1331>
32. Carrillo M., Tello G., Navarrete N. Relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en niños ecuatorianos. 2016;18(1):13–19. Consultado febrero 17, 2021. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5597618>
33. Benítez J., Gasga-Argueta G. Modificación conductual en un caso de onicofagia. *Rev ADM.* Published online el 1 de mayo de 2013:151–153. Consultado febrero 19, 2021. Disponible en:
<https://cutt.ly/ovQW8rl>
34. Chamorro AF, García C, Mejía E, et al. ODONTOLOGÍA Frequently oral habits in patients the area of pediatric dentistry at the Universidad del Valle. *Rev CES Odontol* ISSN-e 0120-971X, Vol 29, N° 2, 2016. 2016;29(2):4. Consultado febrero 19, 2021. Disponible en:
<https://cutt.ly/OvQEEach>



35. Domínguez L., Guerra P., Catañeda R. La disfunción temporomandibular y su relación con la ansiedad y los hábitos parafuncionales Temporomandibular dysfunction, dental clenching and grinding related to anxiety and parafunctional habits. Vol 19.; 2013. Consultado febrero 19, 2021. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdc132b.pdf>
36. Parra S., Zambrano A. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. Int J Odontostomatol. 2018;12(2):188–193. doi:10.4067/s0718-381x2018000200188
37. Restrepo C. Tratamiento de la onicofagia en niños. Revisión sistemática. 2011;1(1). Consultado marzo 18, 2021. Disponible en:
<https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/111/134>
38. Bell RA, Dean JA, McDonald RE, Avery DR. Managing the Developing Occlusion. En: McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent. Elsevier Inc.; 2011:550–613. doi:10.1016/B978-0-323-05724-0.50031-X
39. Álvarez V., Baldeón M., Malpartida V. Bruxism in Children and Adolescents: A Review of the Literature. Odovtos - Int J Dent Sci. 2019;22(2):97–104. doi:10.15517/ijds.v0i0.36185
40. Fuentes F. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. Current knowledge for the understanding of bruxism. Literature review. Rev ADM. 2018;75(4):180–186. Consultado febrero 20, 2021. Disponible en:
www.medigraphic.com/adm
41. Morales C. Mioterapia Funcional, una alternativa en el tratamiento de desbalances musculares y hábitos nocivos. Acta Odontológica Venez. 2009;474(4). Disponible en:
www.actaodontologica.com



42. Barbería E., Boj J., Catalá M., Ballesta C., Mendoza A. Odontopediatría. 2a ed. MASSON; 2002.
43. González M., Flores P. Terapia Miofuncional como alternativa de tratamiento para evitar la Recidiva en Mordida Abierta Anterior. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría*. Published online 2014. Consultado marzo 5, 2021. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-35/>
44. Zambrana N., Dalva L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial: tratamiento precoz y preventivo. Terapia miofuncional. Editorial Masson; 2004.
45. González M., Guida G., Herrera D., Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Published 2012. Consultado febrero 15, 2021. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>
46. Martín L., García S., Expósito I., Estrada V., Pérez Y. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Rev Arch Médico Camagüey*. 2010;14(6). Consultado febrero 12, 2021. Disponible en:
<https://cutt.ly/2vQEHQN>
47. Romero M., Romero P., Pardo A., Sáez M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. *RCOE*. 2004;9(1):77–82. Consultado febrero 15, 2021. Disponible en:
<https://cutt.ly/LvQEBTa>
48. Hermida M., Cortese S., Kalil S., Ferreira R., Spatakis L. Tratamiento del bruxismo del sueño en niños. *Rev Odontopediatría Latinoam*. 2020;10(1):65–72. Consultado febrero 20, 2021. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2020/rol201f.pdf>