



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CAPÍTULO DE LIBRO: DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

**AUTOR: NEYDER KATHERINE VALDIVIESO TOCTO**

**DIRECTOR: OD.ESP. MAGALY NOEMÍ JIMÉNEZ ROMERO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CAPÍTULO DE LIBRO: DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

**AUTOR: NEYDER KATHERINE VALDIVIESO TOCTO**

**DIRECTOR: OD.ESP. MAGALY NOEMÍ JIMÉNEZ ROMERO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Neyder Katherine Valdivieso Tocto** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1105638132**. Declaro ser el autor de la obra: “**CAPÍTULO DE LIBRO: DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS.**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **28 de junio del 2023**



Firmado electrónicamente por:  
**NEYDER KATHERINE  
VALDIVIESO TOCTO**

F: .....

**Neyder Katherine Valdivieso Tocto**

**C.I. 1105638132**

## **Sinopsis**

En el presente capítulo se tratará acerca del diagnóstico de hábitos en ortodoncia. En Ecuador los hábitos que predominan son la onicofagia y succión del biberón. Dentro de los distintos hábitos de succión, se encuentran la alimentación con biberón, succión del chupete, digital y de labios, estos son comunes en los niños. Los hábitos de proyección son protracción lingual y protrusión mandibular. La protracción lingual se subdivide en simple, compuesta y compleja, produciendo una deglución incorrecta. En tanto que, la protrusión mandibular aumenta la probabilidad de que el paciente presente Clase III y abrasión anterior de las piezas dentales. Finalmente, se describe la onicofagia, que puede ser resultado del nerviosismo o ansiedad del paciente, mientras que, los hábitos posturales, se realizan de manera cotidiana, generando compresión lo cual a su vez puede llegar a producir alteraciones óseas.

## Tabla de contenido

<b>CAPÍTULO DE LIBRO: DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS</b> .....	3
<b>1. Hábitos orales</b> .....	3
<b>1.1 Prevalencia de hábitos orales en Ecuador</b> .....	3
<b>1.2 Clasificaciones de hábitos orales</b> .....	3
<b>1.2.1 Hábitos de succión</b> .....	4
<b>1. Hábito de alimentación con biberón</b> .....	4
<b>2. Hábito de succión de chupete o chupón</b> .....	5
<b>3. Hábito de succión digital</b> .....	6
<b>4. Hábito de succión de labios</b> .....	8
<b>1.2.2 Hábitos de proyección lingual y mandibular</b> .....	8
<b>1. Hábito de protracción lingual</b> .....	8
<b>2. Hábito de propulsión mandibular</b> .....	9
<b>1.2.3 Otros hábitos orales</b> .....	9
<b>1. Hábito de onicofagia</b> .....	10
<b>2. Hábitos posturales</b> .....	10

## **CAPÍTULO DE LIBRO: DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS.**

### **1. Hábitos orales**

Se define un hábito como una práctica de acción repetitiva y automática, la cual se vuelve involuntaria e inconsciente con el tiempo de repetición de este, generando una contracción muscular que puede generar trastornos de lenguaje, modificación de la posición de los dientes, de la forma y relación de los maxilares.<sup>1</sup>

Estos son de importancia en el desarrollo de las maloclusiones, debido a que puede causar alteraciones en la fisiología de la musculatura perioral y facial, lo que provoca alteraciones en el crecimiento del complejo maxilofacial. Se estima que la prevalencia de hábitos orales en niños preescolares se encuentra entre 1,1% al 71,4% de la población en general.<sup>1-5</sup>

#### **1.1 Prevalencia de hábitos orales en Ecuador**

Lima y Soto<sup>6</sup>, en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca encontró el 84,1% de hábitos orales perjudiciales, la onicofagia es el hábito que predominó con el 47,1%. Por otro lado, León y Jiménez<sup>7</sup>, en su estudio manifiesta que la succión de biberón presenta una prevalencia del 21%, la succión digital el 15% y la protrusión lingual el 10%, se evidenció una mayor frecuencia en el género femenino con un 54%. Además, respecto al tipo de lactancia y al género se observó que en el género femenino predomina la lactancia por biberón con el 41,5% y la lactancia materna exclusiva se encuentran en un 13,5%. De igual forma, en el género masculino predomina la lactancia por biberón con el 30% y la lactancia materna exclusiva representan el 15%.

#### **1.2 Clasificaciones de hábitos orales**

Herrero<sup>3</sup>, los encasilló de acuerdo a la forma en beneficiosos o funcionales y perjudiciales o nocivos; los primeros ayudan a estimular el desarrollo normal, en tanto que los otros se originan de la deformación de los hábitos funcionales generando una repetición que se convertirá en inconsciente y no necesaria.

Con respecto al momento, se describen los no significativos que se dan en edades y etapas en las que no produce una alteración y no requiere tratamiento, y los significativos, que ocurren en edades y etapas que generan anomalías bucales severas. En relación a la frecuencia e intensidad, están los no compulsivos, que se presentan ocasionalmente en el infante y no ocasionan alteraciones de relevancia clínica y los compulsivos, que se presenta cuando el paciente está sometido a episodios de estrés o donde se siente inseguro y amenazado, generando alteraciones de relevancia clínica.

Por otro lado, se clasifican en primarios, los cuales se dan de manera espontánea por un factor etiológico y deficiente maduración funcional; secundarios, por alteraciones morfoestructurales de un hábito primario y combinados, hace referencia a la presencia a un hábito primario y uno secundario. Es importante destacar que tanto el grado como el tipo de alteración oclusal que presente el paciente dependerá de la intensidad, frecuencia y duración del hábito, a esto se le conoce como la "Tríada de

Graber<sup>8</sup>, se pueden tomar en cuenta otros factores como hábitos secundarios adquiridos por el paciente y el patrón morfogenético del mismo. <sup>2,4</sup>

Considerando lo mencionado anteriormente, se analizará los siguientes hábitos, según Ustrell<sup>2</sup>: los hábitos de succión que abarcan biberón, chupete, succión digital, succión de labios<sup>1</sup>; hábitos de proyección donde destaca la protracción lingual y propulsión mandibular y otros como los posturales, onicofagia, morder e interponer objetos. <sup>6</sup>

### **1.2.1 Hábitos de succión**

La succión en neonatos y niños forman parte de sus necesidades biológicas para nutrirse y alimentarse, este es un reflejo primario para que pueda sobrevivir, además le brinda sensación de calma y confort. <sup>1,9</sup> Esto es propio de este grupo etario y es aconsejable que se suspenda esta actividad antes de la erupción de todos los dientes deciduos para de esta forma evitar cualquier tipo de alteración dental. <sup>1-4,10-12</sup> El impulso de la succión es ejercido mediante una succión nutritiva como la lactancia o la alimentación por medio del biberón, o la succión no nutritiva mediante succión de chupete, digital u otros objetos.<sup>1</sup>

#### **1. Hábito de alimentación con biberón**

El amamantamiento es parte clave de la alimentación y desarrollo del niño, le otorga beneficios a nivel conductual, inmunológico, motor neurológico y emocional; además, determina el desarrollo craneofacial<sup>4</sup>, dado que promueve las actividades de los músculos faciales<sup>4</sup> y estimula la función masticatoria, la articulación de palabras y la correcta forma para deglutir y respirar. Dicha función produce el desarrollo sagital de la mandíbula. <sup>4,9</sup>

Se dan pequeños movimientos con los labios, la lengua toma una posición anterior en conjunto con el labio inferior y existe poco ejercicio de los músculos linguales posteriores; el niño desciende el maxilar inferior y realiza movimientos hacia fuera para llegar al pezón de la madre, entrando en función los labios, la lengua y aquellos órganos pertenecientes a la cavidad oral y la faringe<sup>13</sup>, ejerciendo movimientos en toda la musculatura orofacial, esta función fisiológica contribuye al desarrollo del sistema dentomaxilar antes de la erupción de la dentición. <sup>9,14</sup>

#### **Diagnóstico del hábito de alimentación con biberón**

Según la American Academy of Pediatrics (AAP) el niño debe dejar progresivamente la alimentación con biberón a los 6 meses de edad <sup>15</sup>, para continuar con la alimentación complementaria, tomando en consideración el desarrollo neurológico, motor y la erupción dental. Por lo tanto, cuando el niño tenga 2 años de edad y una dentición decidua completa se debe incorporar una alimentación familiar. <sup>10</sup>

Durante la succión del biberón, en oposición a la lactancia materna, actúan estímulos a nivel bucal y las articulaciones temporomandibulares quedan anuladas, el niño no tiene que ejercitar la mandíbula porque ante una ligera succión obtendrá su alimento; por tanto, se producirá alteraciones dentoesceléticas y a nivel muscular. Con el biberón, la regulación de la salida del alimento depende de dos factores: la gravedad y la entrada de aire al biberón, así el niño adopta una postura lingual y mandibular menos protrusiva (Figura 1). Como consecuencia de esta succión artificial, existirá un

carente desarrollo mandibular anteroposterior, débil propulsión y presión de la lengua y menor fuerza de los músculos pterigoideos y maseteros, además el niño se acostumbra a tragar y aumenta la posibilidad de tener un hábito de respiración oral.<sup>2,9,16</sup>

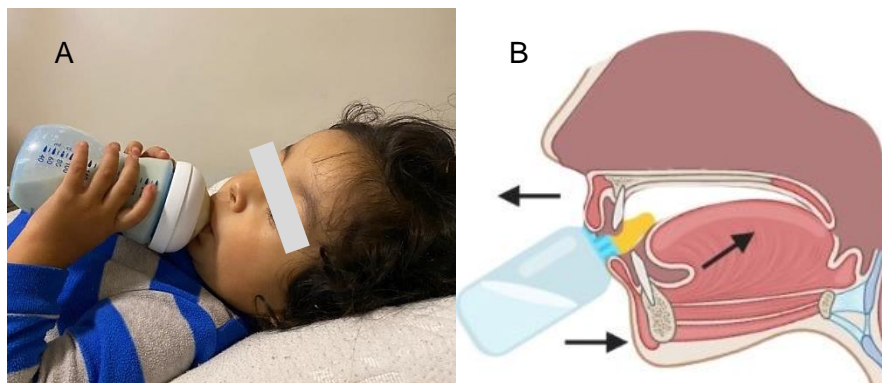


Figura 1. A. Paciente pediátrico que presenta alimentación con biberón, B. Movimientos anatómicos durante la succión de biberón

En los pacientes con el hábito de alimentación con biberón prolongada, se puede visualizar: escalón distal, mordida cruzada posterior, mordida abierta, malformaciones de los maxilares, mal posiciones dentarias, contracción del maxilar, vestibularización de incisivos centrales superiores, retrusión de los incisivos centrales inferiores, labio superior hipotónico, resalte aumentado y Clase II canina. <sup>2,4,17,18</sup>

Se pueden desarrollar hábitos secundarios como succión labial inferior, deglución atípica y respiración bucal, por lo tanto, el tono muscular se verá afectado, entonces el alimento no se masticará de forma correcta, debido a que el biberón no permite el correcto desarrollo de la articulación y altera la función succión-deglución. <sup>2,16</sup>

## 2. Hábito de succión de chupete o chupón

El uso de chupete o chupón es frecuente en niños dado que lo calma, le brinda satisfacción y permite que el niño continúe con movimientos anteroposteriores mandibulares, siempre y cuando el chupete sea anatómico, caso contrario, la lengua se mantiene en una posición baja, ya que causa un deslizamiento de la lengua sobre el maxilar inferior y una hiperfunción del músculo buccinador. La succión del chupete es normal hasta antes de culminar la erupción de la dentición temporal, posterior a este tiempo, es necesario que el niño abandone su uso para evitar cualquier tipo de malformaciones. <sup>1,2,4,11</sup>

### Diagnóstico de hábito de succión de chupete o chupón

Al momento de realizar el examen clínica de los niños con hábitos de succión de chupete o chupón se puede encontrar diferentes alteraciones: mordida cruzada posterior, la misma que está asociada al aumento en la actividad de los músculos de las mejillas; la deficiente presión lingual, debido a que la lengua se desliza hacia atrás y hacia abajo por la presencia del chupete y mordida abierta anterior, como consecuencia del bloqueo del crecimiento en altura de la zona anterior de las apófisis alveolares, inhibiendo el desarrollo de la cara en el mismo sentido<sup>2</sup> (Figura 2). Por los movimientos ya

mencionados se provoca un aumento de la distancia vertical del maxilar inferior y una reducción del maxilar superior en este sentido. <sup>1,2,4,9</sup>

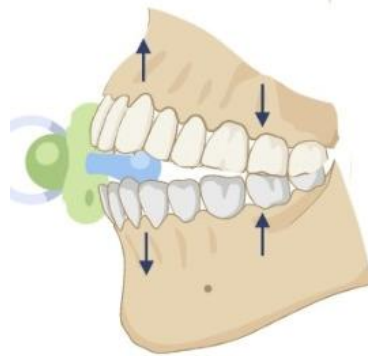


Figura 2. Alteraciones orales por la succión de chupete

En pacientes con dentición temporal y que han tenido hábito de succión de chupete o chupón aumenta la probabilidad de resalte aumentado y relación canina y molar Clase II. Además, existe una hipertrofia del sistema linfático<sup>1</sup>; por lo que, el niño puede desarrollar respiración bucal, clínicamente, puede observarse un paladar de forma ojival. Se recomienda que este hábito sea suspendido a los 2 años, puesto que puede existir una remodelación fisiológica del daño a nivel esquelético que se ha originado; es decir, a esta edad las consecuencias son reversibles. <sup>1,4,18</sup>

### 3. Hábito de succión digital

La succión digital es normal desde el nacimiento hasta los 2 a 3 años de edad, debe ser suspendido con la aparición de la dentición temporal completa; ya que, en este punto debe iniciar el proceso de masticación; caso contrario, se convierte en un hábito dañino que traerá problemas a futuro <sup>1,3,12</sup> (Figura 3).



Figura 3. Paciente con succión del dedo pulgar

#### Diagnóstico de hábito de succión digital

La presión que ejerce el dedo alivia el dolor que le produce la erupción dental, sin embargo, cuando se realiza el diagnóstico de pacientes con el hábito de succión digital se puede evidenciar que el dedo que interviene en este hábito se mantiene limpio, con apariencia de plato y podría tener alguna afección fúngica. A nivel oral se puede observar avulsión de las piezas temporales y dificultad en la erupción de

los dientes permanentes<sup>13</sup>, este hábito puede permanecer hasta la adolescencia y adultez o manifestarse con hábitos secundarios como onicofagia o mordedura de labios o mejillas. <sup>2,4,17</sup>

La succión digital causa malformación maxilofacial debido a la presión que ejerce el dedo sobre el paladar primario y el apoyo de la base del dedo contra la mandíbula lo que provocaría una proyección del maxilar superior hacia delante y hacia atrás del maxilar inferior, generando una protrusión de los incisivos superiores (Figura 4)<sup>1</sup> es decir, deficiente crecimiento mandibular, los músculos orbiculares de los labios y los buccinadores<sup>1</sup> sufren una contracción que presiona las zonas laterales del maxilar superior, dificultando el desarrollo óseo vertical, esto trae como consecuencia una mordida cruzada uni o bilateral. <sup>1,17,19</sup>

Como resultado de la presión ejercida se establece la maloclusión, la succión puede ser de uno o más dedos, o una o ambas manos, en ese caso los efectos serán más exagerados y nocivos. Este hábito se encuentra asociado a mordida abierta anterior y aumento del resalte horizontal, por ello se relaciona a los pacientes que tuvieron este hábito con maloclusión Clase II división 1 <sup>2,4</sup> (Figura 5) .

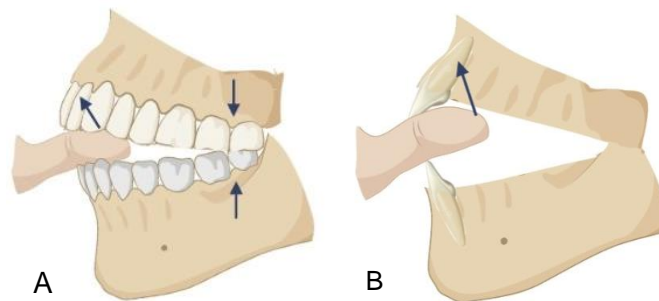


Figura 4. A. Alteraciones dentarias, B. Efectos ortopédicos



Figura 5. Mordida abierta en un paciente con succión digital

Entre otras alteraciones, cuando el hábito persiste después de la erupción de las piezas temporales se producirá labioversión de incisivos superiores y linguoversión de los inferiores, bloqueo de erupción de los incisivos, extrusión de molares, crecimiento sutural del maxilar, elevación palatal y ángulo nasolabial aumentado. También se puede presentar rugas palatinas hipertróficas, labio inferior hipotónico, acortamiento del labio superior, posición lingual baja y deglución atípica. <sup>2,17,18</sup>

#### **4. Hábito de succión de labios**

También conocida como interposición labial inferior, es un hábito característico de los respiradores bucales, el labio inferior se ubica en el espacio entre los incisivos mandibulares y maxilares, de tal forma que el labio superior es hipotónico y el inferior es hipertónico. <sup>1,2</sup>

#### **Diagnóstico de hábito de succión de labios**

Cuando se realiza el examen extra e intraoral en paciente con succión de labios se puede encontrar que a nivel dentoalveolar habrá un efecto similar al de la succión digital, protrusión superior, especialmente en incisivos y una retrusión dental y mandibular<sup>1</sup>, también existirá un resalte aumentado y mordida abierta. Estos pacientes se caracterizan por: surco mentolabial pronunciado, cierre labial forzado, crecimiento mandibular horizontal y músculo orbicular de los labios hipertrófico <sup>1,2,18,20</sup> (Figura 6).



Figura 6. Paciente con succión de labios

#### **1.2.2 Hábitos de proyección lingual y mandibular**

A continuación, se explicará acerca del hábito de protracción lingual y propulsión mandibular, el cual hace referencia a una inadecuada posición de la mandíbula y de la lengua.

##### **1. Hábito de protracción lingual**

Se conoce como la interposición de la lengua entre los dientes superiores e inferiores, ejerciendo presión lateral o hacia delante durante la deglución. (Figura 7) Se clasifica en: simple, cuando presenta mordida abierta anterior delimitada y adaptación oclusal; compuesta, también con mordida abierta anterior pero esta vez amplia y no definida, sin contacto entre las arcadas durante la deglución y la adaptación oclusal con gran inestabilidad a nivel de incisivos, caninos y premolares y complicada, al existir solo contacto oclusal entre arcadas en la fase terminal de la deglución y entre los últimos molares. <sup>1,2,18,20,21</sup>

#### **Diagnóstico de hábito de protracción lingual**

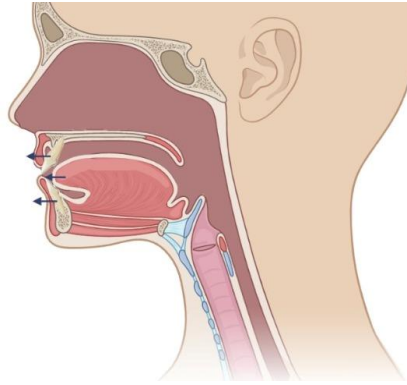


Figura 7. Protracción lingual

Durante el examen clínico, los pacientes con el hábito de protracción lingual pueden presentar vestibularización de incisivos maxilares y mandibulares<sup>1</sup>, desgaste de bordes incisales de incisivos y diastema central superior e inferior. A nivel craneofacial, la lengua determina la morfología de la cara, los músculos depresores de la lengua se mantienen en hiperactividad<sup>1</sup>, lo que hace que se posicione en el piso de la boca, por ello favorece el desarrollo del maxilar inferior en dirección transversal y sagital, ocasionando mordidas cruzadas; esta posición lingual no contribuye al crecimiento transversal del maxilar, generando una comprensión del hueso basal y aumento del tamaño de la mandíbula. <sup>1,18</sup>

## 2. Hábito de propulsión mandibular

La mandíbula tiene un movimiento de avance, producto de la molestia causada por una hipertrofia y sensibilidad de las amígdalas linguales, el niño realiza este movimiento para una sensación de alivio (Figura 8). <sup>2</sup>



Figura 8. A. Paciente con propulsión mandibular, B. Movimiento de la mandíbula durante este hábito.

### Diagnóstico de hábito de propulsión mandibular

En la examinación clínica de los pacientes con el hábito de propulsión mandibular se puede observar un crecimiento mandibular excesivo y una Clase III con abrasión del sector anterior.<sup>2</sup>

### 1.2.3 Otros hábitos orales

Después de los hábitos orales descritos previamente, se encuentran el hábito de onicofagia y los hábitos posturales.

### 1. Hábito de onicofagia

La onicofagia, morder objetos e interponerlos de forma repetitiva se convierten en hábitos orales que favorecen a la maloclusión, resultado de actitudes de nerviosismo, impaciencia e incertidumbre. <sup>2,19,22</sup>

#### Diagnóstico de hábito de onicofagia

Se diagnostica un paciente con el hábito de onicofagia cuando a nivel de la zona bucal, presenta deslizamiento de las piezas dentales, desgaste de las mismas con pequeñas fracturas en los incisivos centrales maxilares, afectación al periodonto, maloclusiones localizadas y erosiones dentales. En tanto que, a nivel de las uñas, es capaz de destruir estructuras como la matriz y el lecho ungueal <sup>18,20</sup> (Figura 9).



Figura 9. Dedo pulgar con hábito de onicofagia

### 2. Hábitos posturales

Son determinadas posiciones realizadas durante el día o la noche de manera cotidiana en zonas de crecimiento, generando una comprensión <sup>2</sup> (Figura 10).



Figura 10. Paciente con hábito postural de colocar su rostro sobre su mano

#### Diagnóstico de hábitos posturales

Los pacientes con hábitos posturales, durante el examen clínico pueden presentar mal posición de la mandíbula con respecto al cráneo, lateromentonismo, asimetrías faciales e incluso trastornos en la ATM. <sup>18</sup>

### Referencias bibliográficas

1. Muller R, Piñero S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2014;25(2):380-8. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864014700501?token=01C46CF0C2F556A440EFCA52ECE729773D3DA371A2AA3657F05F3951693FCC578FE41BA029236FCACE7CA76322124303&originRegion=us-east-1&originCreation=20230420175920>
2. Ustrell J. Diagnóstico y tratamiento en ortodoncia. Barcelona: Elsevier; 2016. 413-457 p.
3. Herrero Y, Arias Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. *Multimed Rev Medica Granma* [Internet]. 2019;23(3):580-91. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90513>
4. Lima M, Rodríguez A, García B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos Dental malocclusion and its relationship to harmful oral habits. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2019;56(2):1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2019/esc192i.pdf>
5. Awuapara S, Bendezú A, Vicente N, Bustos de la Cruz J, Otazú C, Camarena A, et al. Manejo de los hábitos orales en odontopediatría: Revisión de literatura. *Odontol Pediatr* [Internet]. 2021;20(2):74-84. Disponible en: <https://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/184/154>
6. Illescas M, Soto L. Hábitos bucales lesivos en estudiantes de 4 a 15 años, en Cuenca, Ecuador. *Invest Medicoquir* 2020 [Internet]. 2020;12. Disponible en: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/602/650>
7. León K, Jiménez Z. Prevalencia de hábitos nocivos en pacientes con lactancia materna y de biberón. *Rev Científica "Especialidades Odontológicas UG"* [Internet]. 2019;2(1):10-6. Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/25/19>
8. Graber V. Ortodoncia. Principios y técnicas actuales. 2011.
9. Cortez K, Garces M, Armijos F. Alteraciones orales por uso de biberón y chupete en niños menores de 3 años. *Gac Médica Estud* [Internet]. 2023;4(1):1-15. Disponible en: <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/285>
10. Morales F RE. Evaluación y manejo de dificultades de succión-deglución en recién nacidos y lactantes sin compromiso neuromuscular. *Neumol Pediatría* [Internet]. 2019;14(3):138-44. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/104>
11. Bencosme J. Chupetes para bebés: ¿Qué necesitan saber las enfermeras? *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2016;33(5):31-2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-chupetes-bebes-que-necesitan-saber-S0212538216301297>
12. González MF, 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. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría* [Internet]. 2012;(8). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>
13. García M. Prevalencia de maloclusiones en un consultorio de práctica privada en Cuautitlan Izcalli [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2020. Disponible en: [https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/DGB\\_UNAM/TES01000805132/3/0805132.pdf](https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/DGB_UNAM/TES01000805132/3/0805132.pdf)
  14. Otaño R. *Ortodoncia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
  15. Shu J. Del biberón a la taza: cómo ayudar a su hijo a hacer una transición saludable [Internet]. American Academy of Pediatrics. 2023. Disponible en: [https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Paginas/Discontinuing-the-Bottle.aspx?\\_ga=2.35329249.1553495267.1683257364-1670494746.1683257364&\\_gl=1\\*1unc1b1\\*\\_ga\\*MTY3MDQ5NDc0Ni4xNjgzMjU3MzY0\\*\\_ga\\_FD9D3XZVQQ\\*MTY4MzI1NzMy4xLjAuM](https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Paginas/Discontinuing-the-Bottle.aspx?_ga=2.35329249.1553495267.1683257364-1670494746.1683257364&_gl=1*1unc1b1*_ga*MTY3MDQ5NDc0Ni4xNjgzMjU3MzY0*_ga_FD9D3XZVQQ*MTY4MzI1NzMy4xLjAuM)
  16. Espinosa De Santillana I, Ortega L, Muñoz G, Romero T, Torres I. Trastornos temporomandibulares en niños y su relación con la lactancia artificial con uso del biberón. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 2020;23(4):393-9. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/19101>
  17. Solís M. Succión digital: repercusiones y tratamiento. *Rev Odontol Pediátrica* [Internet]. 2018;17(1):42-51. Disponible en: <https://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/21>
  18. Oliva T, Velázquez A, Arias M, Reyes D. Hábitos bucales deformantes. Características clínicas y tratamiento Deforming buccal habits. Clinical characteristics and treatment. *Rev científica Estud* 2 Diciembre [Internet]. 2018;1(1):80-8. Disponible en: <http://www.revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/11>
  19. García V, Ustrell J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2011;27(2):75-84. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n2/original2.pdf>
  20. Parra S, Zambrano A. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. *Int J Odontostomatol* [Internet]. 2018;12(2):188-93. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v12n2/0718-381X-ijodontos-12-02-00188.pdf>
  21. Vélez C, Terreros De Huc M. Disfunción lingual y su impacto en el desarrollo del complejo dentomaxilofacial. Revisión sistemática. *Espec Odontológicas UG* [Internet]. 2021;4(4):1-13. Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/1239/1212>
  22. Cortéz E, Oropeza R. Intervención conductual en un caso de onicofagia. *Enseñanza e Investig en Psicol* [Internet]. 2011;16(1):103-13. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29215963009.pdf>

**Autorización de publicación en el repositorio institucional**

**Neyder Katherine Valdivieso Tocto** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1105638132**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**CAPÍTULO DE LIBRO: DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS.**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **28 de junio del 2023**



Firmado electrónicamente por:  
**NEYDER KATHERINE  
VALDIVIESO TOCTO**

F: .....

**Neyder Katherine Valdivieso Tocto**

**C.I. 1105638132**