South American Publishing

*SAP Multidisciplinary Open.* 2025; 3:38
doi: 10.62486/mo202538

ORIGINAL

# Deforming oral habits in children with intellectual disabilities from the "Constancio C. Vigil" center, Buenos Aires

## Hábitos bucales deformantes en niños con discapacidad intelectual del centro "Constancio C. Vigil, Buenos Aires

Patricia Lucia Silisqui Flores[1], Gustavo Zunini[1], Atilio Vela Ferreira[1], Virginia Jewtuchowicz[1], María Isabel Brusca[1]

[1]Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Carrera de Odontología. Buenos Aires, Argentina.

**Cite as**
Silisqui Flores PL, Zunini G, Ferreira AV, Jewtuchowicz V, Brusca MI. Deforming oral habits in children with intellectual disabilities from the "Constancio C. Vigil" center, Buenos Aires. SAP Multidisciplinary Open. 2025; 3:38. https://doi.org/10.62486/mo202538

**Publication History**
**Submitted:** 14-05-2024
**Revised:** 17-08-2024
**Accepted:** 15-11-2024
**Published:** 01-01-2025

**ABSTRACT**

**Introduction**: deforming oral habits have a multi-causal origin, are based on neuromuscular factors, and are the result of voluntary or involuntary activities. They can also be harmful or beneficial to the dental health of the infant depending on the type and age; however, their impact is negative in most cases.
**Method**: a descriptive cross-sectional study was conducted in 29 children with intellectual disabilities selected in a non-random manner from April to October 2022. The variables analyzed were sex, age, present intellectual disability, dental habits, and stomach system disorders. Data were obtained from the medical history and by physical examination.
**Results**: 12 years was the most frequent age (20,7 %), males predominated (62,1 %), the most frequent habit was mouth breathing (44,8 %), followed by onychophagia (37,9 %) and digital sucking (10,3 %). The presence of malocclusion was higher in children with TDI (57,9 %), followed by patients with Down syndrome (31,6 %) and ASD (10,5 %). Among the sample that presented mouth breathing, the most frequent age was 11 years (23,1 %), there was a concentration of cases between the ages of 9 to 14 years mainly with only one case at 6 years.
**Conclusions**: the deforming oral habits mainly found in children with intellectual disabilities were digital sucking, onychophagia, mouth breathing and bruxism, with the presence of dental malocclusion in more than half of the sample.

**Keywords**: Habits; Alterations; Malocclusions; Neurodevelopmental Disorders; Dentomaxillofacial Anomalies.

**RESUMEN**

**Introducción**: los hábitos bucales deformantes tienen origen multicausal, su basee es neuromuscular, y son resultado de actividades voluntarias o involuntarias. A su vez, pueden ser perjudiciales o beneficiosos para la salud estomatológica del infante según el tipo y la edad, sin embargo, su repercusión es negativa en la mayoría de los casos.
**Método**: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en 29 niños con discapacidad intelectual seleccionados de forma no aleatorizada, de abril a octubre del 2022. Las variables analizadas fueron el sexo, la edad, la discapacidad intelectual presente, los hábitos dentales, las alteraciones del aparato estomacal. Los datos fueron onbtenidos de la historia clínica y mediante examen físico.
**Resultados**: 12 años fue la edad más frecuente (20,7 %), predominó el sexo masculino (62,1 %), el hábito más frecuente fue la respiración bucal (44,8%), seguido de la onicofagia (37,9 %) y la succión digital (10,3 %). La presencia de malocusión fue mayor en niños con TDI (57,9 %), seguido de los pacientes con S. Down (31,6 %) y TEA (10,5 %). Entre la muestra que presentó respiración bucal, la edad más frecuente fueron los 11 años (23,1 %), hubo una concentración de los casos entre las edades de 9 a 14 años principalmente con solo un caso a los 6 años.
**Conclsuiones**: los hábitos bucales deformantes principalmente encontrados en los niños con discapacidad intelectual fueron succión digital, onicofagia, respiración bucal y bruxismo, destaca la presencia de malocusión dental en más de la mitad de la muestra.

**Palabras claves**: Hábitos; Alteraciones; Maloclusiones; Trastornos Del Neurodesarrollo; Anomalías Dentomaxilofaciales.

© 2025; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## INTRODUCCIÓN

El niño debe ser guiado para llegar a la edad adulta desprovisto de enfermedad dental.[1] Uno de los principales objetivos al tratar pacientes infantiles, es prevenir enfermedades y mantener en buen estado de salud del sistema estomatognático.[2,3,4]

La literatura científica define un hábito como una costumbre o práctica que se adquiere mediante la repetición frecuente de un mismo acto que llega a generar satisfacción.[5,6] Todos los hábitos tienen su origen en el sistema neuromuscular, como reflejos de la contracción muscular, de naturaleza compleja, los cuales se aprenden; inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.[5,7,8,9,10] Los hábitos bucales son fenómenos psicodinámicos capaces de producir modificaciones conductuales en los niños.[11,12]

Los hábitos bucales deformantes (HBD) son considerados como problema de salud frecuente en la población infantil. Su origen multicausal, así como su mantenimiento o aparición en edades tempranas del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procederes con el objetivo de disminuir su incidencia.[1]

En 1915, Ceroy introdujo las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes. Los HBD se consideran como uno de los factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. El perfil epidemiológico de los hábitos bucales deformantes es variable ya que su frecuencia ha sido reportada en un rango que va desde un 23 % hasta un 90,7 % en países hispanoamericanos, y desde un 56 % hasta un 75 % a nivel mundial.[11]

Ciertos hábitos sirven de estímulo al crecimiento normal de los maxilares, pero otros interfieren el patrón regular del crecimiento facial. Los primeros son llamados beneficiosos o funcionales, por ejemplo: masticación, deglución y respiración normales. Y los segundos perjudiciales o deletéreos, resultan de la perversión de una función normal, se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario como la respiración bucal, succión digital, succión del biberón y del tete, deglución atípica, onicofagia, queilofagia.[1,5,11]

El hábito de succión digital es uno de los hábitos orales deformantes más frecuentes en el niño, la succión del pulgar es la forma más común, aunque se pueden encontrar casos de succión de otros dedos y en una variada gama de posiciones.[1,5]

La respiración bucal constituye un síndrome que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía. Los que respiran por hábito mantienen esa forma de respiración, aunque se les haya eliminado el obstáculo, convirtiéndose en respiradores bucales funcionales.[1,9]

La onicofagia se define como el hábito de comer o morder las uñas con los dientes, lo que afecta los tejidos blandos que las rodean, tales como la cutícula y piel de los dedos. Es bastante común en niños y adultos jóvenes, sin embargo, se observa con baja frecuencia antes de los cuatro años, puesto que la mayor parte de los casos ocurren entre los cuatro a seis años. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.[1,5]

Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo.[13] Si sumado a lo anterior, se consideran otros factores que pudieran influir en la salud bucal de los niños, el resultado es un grupo de riesgo que demanda de atención estomatológica especial.

Las maloclusiones o deformaciones dentoesquelética ocupan el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal; pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático, conllevando a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito.[5]

En este sentido, a pesar de las altas cifras de trastornos del neurodesarrollo en el mundo, los estudios realizados en relación a los problemas odontológicos en este grupo infantil especial son insuficiente.[14] La atención especializada a este grupo poblacional es crucial para lograr un adecuado desarrollo del aparato estomatológico de los pacientes, en aras de contribuir a una mejor calidad de vida.

Atendiendo a lo anteriormente plateado se realizó la presente investigación, con el objetivo de caracterizar la presencia de hábitos bucales deformantes en niños con discapacidad intelectual.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, de abril a octubre del 2022, en niños de la escuela especial para niños con discapacidad intelectual No. 14 DE3 “Constancio C. Vigil, en Buenos Aires. El universo lo constituyeron todos los niños de la escuela, de los cuales fueron seleccionados de forma no aleatorizada 29 pacientes con alteraciones del aparato estomacal.

Se incluyeron el día de la visita, niños de entre 6 y 15 años de edad, cuyos padres estuvieran de acuerdo con que participaran en la investigación. Las variables analizadas fueron el sexo, la edad, la discapacidad intelectual presente, los hábitos dentales, las alteraciones del aparato estomacal.

Entre la muestra seleccionada, se incluyen los siguientes trastornos:

- Trastorno del desarrollo intelectual. (TDI)
- Síndrome de Down. (S. Down)
- Trastorno del espectro autista. (TEA)

Los datos fueron obtenidos mediante las historias clínicas, el interrogatorio a los padres y el examen físico estomatológico a los pacientes. Se solicitó consentimiento informado, los datos incuidos en la presente investigación no permiten identificar a ninguno de los participantes.

## RESULTADOS

La tabla 1 permite observar como la mayor parte de los niños presentó 12 años en el momento de la investigación (20,7 %), predominó el sexo masculino con un 62,1 % del total de participantes, donde el 17,2 % tenía 12 años.

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según edad y sexo

| Edad | Femenino | | Masculino | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | % | No | % | No | % |
| 6 | 0 | 0 | 2 | 6,9 | 2 | 6,9 |
| 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 1 | 3,4 | 1 | 3,4 | 2 | 6,9 |
| 9 | 2 | 6,9 | 1 | 3,4 | 3 | 10,3 |
| 10 | 0 | 0 | 1 | 3,4 | 1 | 3,4 |
| 11 | 3 | 10,3 | 2 | 6,9 | 5 | 17,2 |
| 12 | 1 | 3,4 | 5 | 17,2 | 6 | 20,7 |
| 13 | 2 | 6,9 | 2 | 6,9 | 4 | 13,8 |
| 14 | 2 | 6,9 | 3 | 10,3 | 5 | 17,2 |
| 15 | 0 | 0 | 1 | 3,4 | 1 | 3,4 |
| Total | 11 | 37,9 | 18 | 62,1 | 29 | 100 |

El hábito más frecuente fue la respiración bucal (44,8 %), seguido de la onicofagia (37,9 %) y la succión digital (10,3 %). Entre los infantes con S. Down se encontó un 10,3 % de frecuencia de onicofagia y respiración bucal respectivamente. En el caso del TDI destaca la respiración bucal con un 31 %, mientras que en los niños con TEA; se encontró solo un caso presentando respiración bucal y otro bruxismo de forma respectiva (tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de la muestra atendiendo a los hábitos y trastorno del neurodesarrollo

| Hábito | S. Down | | TDI | | TEA | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Succión digital | 1 | 3,4 | 2 | 6,9 | 0 | 0 | 3 | 10,3 |
| Onicofagia | 3 | 10,3 | 8 | 27,6 | 0 | 0 | 11 | 37,9 |
| Respiración bucal | 3 | 10,3 | 9 | 31 | 1 | 3,4 | 13 | 44,8 |
| Bruxismo | 1 | 3,4 | 0 | 0 | 1 | 3,4 | 2 | 6,9 |
| Total | 8 | 27,6 | 19 | 65,5 | 2 | 6,9 | 29 | 100 |

La tabla 3 permite observar que la presencia de maloclusión fue mayor en niños con TDI con un 57,9 % del total, seguido de los pacientes con S. Down (31,6 %) y TEA (10,5 %).

**Tabla 3.** Distribución de la muestra atendiendo a la presencia de maloclusión según trastorno del neurodesarrollo

| Trastorno | No | % |
|---|---|---|
| S. Down | 6 | 31,6 |
| TDI | 11 | 57,9 |
| TEA | 2 | 10,5 |
| Total | 19 | 100 |

En la tabla 4 se observa cómo entre la muestra que presentó respiración bucal, la edad más frecuente fueron los 11 años (23,1 %), hubo una concentración de los casos entre las edades de 9 a 14 años principalmente con solo un caso a los 6 años.

**Tabla 4.** Distribución de la muestra según la edad y presencia de respiración bucal

| Edad | No. | % |
|---|---|---|
| 6 | 1 | 7,7 |
| 7 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 0 |
| 9 | 2 | 15,4 |
| 10 | 1 | 7,7 |
| 11 | 3 | 23,1 |
| 12 | 2 | 15,4 |
| 13 | 2 | 15,4 |
| 14 | 2 | 15,4 |
| 15 | 0 | 0,0 |
| Total | 13 | 100 |

## DISCUSIÓN

Durante la niñez todos los factores de riesgo involucrados en las enfermedades bucales pueden ser modificados a través de educación, promoción y controles periódicos, pues tienen gran repercusión; dependiendo de estilos de vida, así como de factores sociales entre ellos determinadas conductas, entre las que se encuentran la adquisición y el reforzamiento de ciertos hábitos.[15]

Algunos estudios como el de León Ramírez[11] obtienen que del total de niños entrevistados la mayoría poseía algún hábito bucal deformante (77,1 %). El mismo estudio, reporta predominio del sexo femenino para un 60,4 %. Castro Yero[6] coincidió con el predominio de las féminas para un 65,6 %. Para González Caballero[1] existió predominio del sexo masculino en relación con el femenino para un 54,9 %. Esto coincide con lo obtenido en el presente estudio.

La edad más frecuente para González Caballero[1] fue de ocho años para un 91,8 %. En el caso de León Ramírez[11] hubo un predominio de niños de 5 años (93,7 %)

Entre los 6 y los 7 años y hasta casi los 11 años, se extiende la etapa de vida escolar temprana, cuyo inicio señala un cambio radical en la vida del niño, por todas las características de la nueva situación social, en la cual tendrá lugar el desarrollo de su personalidad, ello explica la alta frecuencia de hábitos deformantes detectados en estas edades.[8]

El nivel educativo, los conocimientos y la actitud de los padres hacia la salud bucal influyen en gran medida en la salud bucal del niño.[10] La misma, no es más que el resultado de la tutoría de los adultos en el medio en que se desarrolla, dígase familiares, educadores y vecinos.

La bibliografía presenta una gran variación en cuanto a la frecuencia de hábitos reportada por estudio, dependiendo principalmente de las características de los mismos y sus grupos poblacionales. Algunos de los hábitos más frecuentes reportados fueron la succión digital y el uso del biberón los cuales representaron el 28,7 %;[6,15] la onicofagia, representado por el 30,5 %, la respiración bucal.[1]

La succión del pulgar desde el nacimiento hasta los dos años y medio y tres años, se considera normal; con la aparición de los dientes temporales es reemplazada gradualmente por la masticación, por lo que se convierte en hábito perjudicial cuando permanece luego de la edad antes señalada.[9,16] La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores: la edad en que este se inicia, el tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito y la frecuencia de este, es decir el número de veces al día.[2]

Un estudio sobre HBD en niños con TEA muestra que los hábitos encontrados con mayor frecuencia en los niños evaluados fueron respiración bucal (60 %) y morder objetos extraños (60 %), seguido del bruxismo (43,3 %) e interposición lingual (36,7 %). El bruxismo también constituye uno de los hábitos orales conseguidos con mayor frecuencia en los niños con TEA.[14]

Estudios que comparan la presencia/ ausencia de hábitos orales perjudiciales en niños autistas y no autistas evidencian que en el segundo grupo el hábito conseguido con mayor frecuencia es la succión digital, seguido de la respiración bucal y la interposición lingual. Sin embargo, en los niños con TEA los hábitos conseguidos en mayor proporción son el bruxismo, la respiración bucal y la interposición lingual.[14]

A pesar de los resultados encontrados y reportados en la bibliografía, no existen datos certeros sobre la etiología que podría tener un hábito bucal en pacientes con problemas intelectuales, a pesar de la tendencia a manierismos y actitudes repetitivas que determinan las propias causas de estos problemas de neurodesarrollo.

Los cambios bucales que provocan lo HBD son numerosos, entre los que se mencionan: estrechez transversal del paladar, protrusión de la arcada superior e inclinación anterosuperior del plano palatino. Puede existir retrognatismo mandibular o rotación mandibular hacia abajo y atrás, con aumento de la hiperdivergencia, arcada superior en forma triangular, posición baja de la lengua.[9]

Las anomalías dentomaxilofaciales pueden convertir a ciertas personas en tímidas, retraídas y temerosas, son capaces de producir malestar social, crear complejos en escolares y con posterioridad en su futura ocupación, sus ingresos y nivel social.[1] El impacto social y psicológico de las maloclusiones es muy negativo, debido a la deformidad estética que causan y al rechazo, burlas y complejos que experimentan los niños que las padecen; al sentirse fuera de contexto social, los niños manifiestan problemas académicos, rechazo a la escuela y, en ocasiones, malos comportamientos sociales.[9]

Si se valora que el principal objetivo de tratamiento y terapia a estos pacientes es incorporarlos a tener una vida lo más normal posible, y se considera también el impacto negativo en la salud mental y aceptación social que poseen las personas con anomalías dentomaxilofaciales, los pacientes con problemas intelectuales emergen como un grupo demandante de atención estomatológica permanente.

Investigadores reconocen la educación en salud bucal como una excelente intervención para elevar el nivel de conocimiento de todos los que conforman el entorno del niño, mucho más si para ello se utilizan actividades grupales que corrijan tanto el proceso como el producto del aprendizaje.[7,11,17,18]

El trabajo de prevención se dirige para adiestrar en técnicas de cepillado, higiene bucodental, educación nutricional y corrección de hábitos.[1,7] Durante la edad escolar, en la escuela o en el hogar, el trabajo educativo y de educación para la salud debe tener una estrecha interrelación de la institución, la familia y el medio social del entorno comunitario del niño; solo con el esfuerzo mancomunado de todos se lograrán los objetivos deseados.[6,13]

Entre las principales limitaciones de la presente investigación se encuentran que se trabajó con una muestra reducida del universo, que no se analizó asociación entre variables, el carácter observacional del estudio.

## CONCLUSIONES

Los hábitos bucales deformantes principalmente encontrados en los niños con discapacidad intelectual fueron succión digital, onicofagia, respiración bucal y bruxismo, más frecuentes entre los pacientes con trastorno del desarrollo intelectual; además, se encontró la presencia de malocusión dental en más de la mitad de la muestra.

## FINANCIACIÓN
Ninguna.

## CONFLICTO DE INTERESES
Ninguno.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA
*Conceptualización:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira, Virginia Jewtuchowicz, Maria Isabel Brusca.
*Curación de datos:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira.
Análisis formal: Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini.
*Investigación:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Virginia Jewtuchowicz, Maria Isabel Brusca.
*Metodología:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira, Virginia Jewtuchowicz, Maria Isabel Brusca.
*Administración del proyecto:* Patricia Lucia Silisqui Flores.
*Recursos:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira, Virginia Jewtuchowicz, Maria Isabel Brusca.
*Software:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira.
*Supervisión:* Patricia Lucia Silisqui Flores.
*Validación:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira, Virginia Jewtuchowicz, Maria Isabel Brusca.
*Visualización:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira, Virginia Jewtuchowicz, Maria Isabel Brusca.
*Redacción – borrador original:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira, Virginia Jewtuchowicz, Maria Isabel Brusca.
*Redacción – revisión y edición:* Patricia Lucia Silisqui Flores, Gustavo Zunini, Atilio Vela Ferreira, Virginia Jewtuchowicz, Maria Isabel Brusca.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
1. González-Caballero D de la C, Aguilar-Guerrero K, Raventos-Purón A. Hábitos bucales deformantes y autoestima en escolares de nueve a 12 años. Progaleno; Vol 4, No 1 (2021) 2021.

2. García M, Pérez C, Fernández R. Buccal habits: frequency and clinic appearance in children between 5 and 11 years Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. MediSur 2009;7.

3. Montano-Silva RM, Fernández-Breffe T, Abraham-Millán Y, Céspedes-Proenza I, Pantoja-García E. "Tooth fairy" educational strategy for infants in the fifth year of life. Community and Interculturality in Dialogue 2023;3:77. https://doi.org/10.56294/cid202377

4. Montano-Silva RM, Abraham-Millán Y, Reyes-Cortiña G, Silva-Vázquez F, Fernández-Breffe T, Diéguez-Mayet Y. Educational program "Healthy smile" for education preschool infants: knowledge on oral health. Community and Interculturality in Dialogue 2024;4:123. https://doi.org/10.56294/cid2024123

5. Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. International journal of odontostomatology 2018;12:188-93

6. de Castro-Yero JL, Yero-Mier IM, Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I, Álvarez-Morgado A, Gómez-Hernández IE. Caracterización de hábitos bucales deformantes en escolares de tercer grado. Revista 16 de abril; Vol 61, No 283 (2022): Enero - Marzo 2022.

7. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN 2014;18:606-12.

8. Mora-Pérez C, Alvarez-Mora I, Blanco-Hernández A, Espino-Sosa Y, Morera-Pérez A, Macías-Macías A. Efectividad de la Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Revista Nacional de Odontología 2017;13. https://doi.org/10.16925/od.v13i25.1884

9. Herrero Solano Y, Arias Molina Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Multimed 2019;23:580-91

10. Khattab NMA, Abd-Elsabour MAA, Omar OM. Parent-perceived oral habits among a group of school children: prevalence and predictors. BDJ Open 2024;10:77. https://doi.org/10.1038/s41405-024-00261-0

11. Medina CE, de León Ramírez LL, Cruz A, Rodríguez Y, Crespo M, Ramírez L. Hábitos orales deformantes en niños de cuatro y cinco años de edad 2021

12. Wong Silva J. Behavior of deforming oral habits in children from 5 to 12 years of age in a primary school. Odontologia (Montevideo) 2023;1:18. https://doi.org/10.62486/agodonto202318

13. Méndez de Varona YB, Peña Marrero Y, Lagoa Madeley JG, Batista Sánchez T, Carracedo Rabassa Z. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. Correo Científico Médico 2017;21:668-77.

14. Rincón A, Rivera N. Cracterísticas oclusales y su asociación a hábitos orales perjudiciales en niños con trastornos del espectro autista. Ciencia odontológica 2015;12:75-85.

15. Massón-Amarán EC, Rodríguez-Travieso JA, Hernández-González M, Milián-Mas E, Tuero-Sánchez A. Repercusiones del hábito bucal deformante succión digital. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2023;27

16. Ordaz Galván LN, Pérez Ayala D, Márquez Lozano I, Labrador Falero DM, Wong Silva J. Breastfeeding, Oral Habits, and Malocclusions in Children Aged 3 to 6 Years. Odontologia (Montevideo) 2024;2:101. https://doi.org/10.62486/agodonto2024101

17. Elrefadi R, Beaayou H, Herwis K, Musrati A. Oral health status in individuals with Down syndrome. Libyan J Med 2022;17:2116794. https://doi.org/10.1080/19932820.2022.2116794

18. Izarra J, Brusca maria isabel. Effectiveness of platelet-rich fibrin and chitosan as adjuvants for the treatment of chronic periodontitis. Odontologia (Montevideo) 2024;2:123. https://doi.org/10.62486/agodonto2024123