

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-USTA y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-USTA, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-USTA
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

Evidencia del seguimiento de los hábitos parafuncionales en los pacientes de la clínica integral del niño de la Universidad Santo Tomás Bucaramanga, durante 2016 y 2017

Eylen Adriana Ariza Jerez, Martha Juliana González Castro, Camilo Andrés Parada Moreno y
Juan Carlos Vera Suarez

Trabajo de Grado para optar por el título de Odontólogo

Director
Dra. Alba Rocío Pico Prada
Magister en evaluación en educación

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias de la salud
Facultad de Odontología
2019

Tabla de contenido

1. Introducción	9
1.1 Planteamiento del problema	10
1.2 Justificación	11
2. Marco Teórico	13
2.1 Historia clínica	13
2.1.1 Motivo de consulta	13
2.2 Hábitos Orales	13
2.2.1 Hábitos fisiológicos	14
2.2.1.1 Respiración nasal	14
2.2.1.2 Masticación	15
2.2.1.3 Fonoarticulación	15
2.2.1.4 Deglución	16
2.2.1.5 Bruxismo fisiológico	17
2.2.2 Prevalencia de hábitos orales parafuncionales	17
2.2.2.1 Bruxismo	19
2.2.2.2 Succión digital	21
2.2.2.3 Interposición lingual	23
2.2.2.4 Onicofagia	25
2.2.2.5 Hábitos que lesionan los tejidos blandos (succión de labio inferior, succión de carrillo)	26
2.2.2.6 Respiración bucal	28
2.2.2.7 Relación entre la lactancia materna y el desarrollo de hábitos parafuncionales.	29
2.2.2.8 Succión de chupo y otros objetos	30
2.2.2.9 Deglución atípica	31
2.2.3 Hábitos parafuncionales y trastornos mandibulares	32
3. Objetivos	32
3.1 Objetivo General	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4. Materiales y métodos	33
4.1 Tipo de estudio	33
4.2 Universo	33
4.2.1 Población	33
4.2.2 Muestra y muestreo	33

4.2.3 Criterios de selección	33
4.2.3.1 Criterios de inclusión	33
4.2.3.2 Criterios de exclusión	34
4.3 Variables	34
4.4. Instrumento	36
4.5 Procedimiento	36
4.6 Análisis estadístico.....	36
4.7 Consideraciones éticas	37
5. Resultados	37
7. Discusión.....	40
6.1 Conclusiones	42
6.2 Recomendaciones	43
7. Referencias.....	43
Apéndices.....	52
A. Operacionalización de variables	52
B. Instrumento	55
C. Consentimientos informados	56

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Estructuras Fonoarticuladoras</i>	16
Tabla 2. <i>Sexo de los niños que reportaron hábitos parafuncionales</i>	37
Tabla 3. <i>Edad de los niños que reportaron hábitos parafuncionales</i>	38
Tabla 4. <i>Pacientes con 1 hábito parafuncional</i>	38
Tabla 5. <i>Paciente con 2 hábitos parafuncionales</i>	39
Tabla 6. <i>Pacientes con 3 hábitos parafuncionales</i>	39
Tabla 7. <i>Variable anamnesis</i>	40
Tabla 8. <i>Variable plan de tratamiento</i>	40

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Desgaste dental a causa del bruxismo.	20
<i>Figura 2.</i> Tridente de Graber.	23
<i>Figura 3.</i> Desgaste en forma de V de los bordes incisales por onicofagia.....	26
<i>Figura 4.</i> Dispositivo para revertir habito de succión de labio inferior.	28
<i>Figura 5.</i> Pantalla vestibular.	29

Resumen

Introducción: Los hábitos parafunciones bucales son alteraciones de las funciones normales que se producen en la cavidad oral; se presentan en los niños de forma frecuente y pueden producir alteraciones corporales, faciales y bucales, afectando la calidad de vida, por lo cual es necesario que los padres los tomen como motivo de consulta odontológica y los odontólogos realicen las remisiones pertinentes. **Objetivo:** Determinar el registro en la historia clínica, sobre el seguimiento realizado a pacientes de 7 a 11 años con hábitos parafuncionales, que asistieron a la clínica integral del niño de la Universidad Santo Tomás, durante el segundo semestre del 2016 y el primer semestre del 2017. **Materiales y métodos:** Se diseñó un estudio observacional descriptivo de tipo serie de casos, no se realizó cálculo del tamaño de muestra, ya que se revisaron todas las historias clínicas disponibles de pacientes de 7 a 11 años, siendo 178 el total, de las cuales solo 20 cumplieron con los criterios de inclusión. Se revisaron las variables de anamnesis, hábitos parafuncionales, motivo de consulta y remisión; en el análisis estadístico se obtuvo la frecuencia absoluta y porcentaje para resumir la información recolectada. **Resultados:** De las 20 historias clínicas se evidenció que 1 de ellas tenía el registro de motivo de consulta por hábito parafuncional y en 3 historias el estudiante realizó remisión. **Conclusiones:** Se evidenció falta de conocimiento de los padres de hijos que reportaron hábitos parafuncionales sobre las consecuencias que estos pueden traer sobre el sistema estomatognático, debido a que, a pesar de presentarse en el apartado de hallazgos, no se evidenciaron en el motivo de consulta. También se observó que la mayoría de los estudiantes no consideran la presencia y manejo de hábitos parafuncionales dentro de los objetivos de tratamiento que plantean para su paciente o no tienen el conocimiento suficiente acerca de estos.

Palabras clave: Consulta odontológica, hábito parafuncional, manejo interdisciplinario, odontopediatría.

Abstract

Introduction: The parafunctional habits are alterations of the normal functions that take place in the oral cavity; they are common in children and can produce corporal, facial and oral alterations, affecting the quality of life, reason why it is necessary that the parents consult to the dentist and they make the relevant referrals. **Objective:** Establish the record in the clinical history of the follow-up performed from 7 to 11 years patients with parafunctional habits, who attended the "clínica integral del niño" of the Santo Tomás University, during the second semester of 2016 and the first semester of 2017. **Materials and methods:** This is a descriptive observational study of the series of cases type, the calculation of the sample size was not performed because all the clinical histories of patients from 7 to 11 years were reviewed, being 178 the total, of which only 20 met the inclusion criteria. The variables: personal information, parafunctional habits, reason for consultation and referrals were reviewed; in the statistical analysis, the absolute frequency and the percentage were obtained to summarize the information collected. **Results:** It was evidenced that 1 of the 20 clinical histories had the registration of the reason for the consultation for parafunctional habit and in 3 clinical histories the student made the referral. **Conclusions:** It was evidenced the lack of knowledge of the parents whose childrens reported that had parafunctional habits about the consequences of them, because, in spite of being in the findings, it was not reported in the consultation reason. Finally, it was observed that the majority of the students do not have the parafunctional habits as one of the goals of the treatment or do not have enough knowledge about them.

Key words: Odontological consultation, parafunctional habit, interdisciplinary management, pediatric dentistry.

1. Introducción

Un hábito hace referencia al comportamiento que se realiza de forma reiterativa, involuntaria e inconsciente. La cavidad oral es una estructura que permite por su fisiología la expresión de emociones tanto en los niños como en los adultos, buscando reprimirlas o aliviarlas a través de la estimulación de algunas de las estructuras que la conforman (1).

Cuando se habla de funciones de la cavidad oral se hace referencia a las competencias que poseen los órganos de esta, para trabajar de acuerdo con los parámetros normales. Las parafunciones son variaciones inútiles de las mismas, que pueden traer consecuencias indeseables en los que las practican (2,3).

Los hábitos orales asociados a las emociones generalmente son parafuncionales. Entre ellos se incluyen: succión digital, bruxismo, deglución atípica, respiración oral, onicofagia, queilofagia, uso frecuente de chupos, succión de carrillos, succión de labio inferior y/o superior, morder objetos e interposición lingual. Estos hábitos al no ser fisiológicos ejercen fuerzas excesivas las cuales pueden producir efectos nocivos en las estructuras de la cavidad bucal principalmente a nivel dentoalveolar, de los tejidos blandos, posición y sus estructuras adyacentes, desencadenando maloclusiones e induciendo deformaciones a nivel óseo. El grado del efecto perjudicial del hábito dependerá de tres factores: la duración por día, el grado y la intensidad de este (1,3).

Los hábitos parafuncionales hacen parte de los factores de riesgo que desencadenan maloclusiones, estas pueden producir alteraciones osteomusculares y de esta manera comprometer la parte estética y funcional del sistema estomatognático. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por su prevalencia estas ocupan el tercer lugar como problema de salud oral (4).

En un estudio denominado, tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con articulo terapia realizado en Cuba en 2017, estos hábitos parafuncionales fueron estimados como un problema de salud pública, ya que son responsables de la aparición de maloclusiones al presentar una prevalencia del 60% de la población objeto de estudio (5).

Dentro de la atención integral que se ofrece a pacientes pediátricos, se debe contemplar el diagnóstico y posible manejo de los hábitos reportados. Es por ello por lo que se hace fundamental identificar los hábitos parafuncionales reportados en las historias clínicas para identificar cuáles de ellos son los que más se registran en nuestra población atendida. Esta información permitirá a futuro desarrollar estudios que permitan ofrecer tanto al paciente con sus respectivos padres o cuidadores y a los estudiantes que los atienden, información sobre las estrategias preventivas, técnicas de manejo basados en la evidencia científica entre otros, a fin de poder mejorar la condición y calidad de vida de los pacientes (6).

En el estudio realizado por Núñez L. y col, en el año 2013 sobre los factores asociados a consulta odontológica, se estableció que, debido a la poca disponibilidad de odontopediatras, los niños de menores edades tienen menos posibilidades de acudir a una cita con regularidad, en comparación a los adolescentes que su motivo de consulta más frecuente es por estética (7).

En el estudio elaborado por Atunes D. y col. realizado en 2011 se estableció que, para lograr el éxito en algún tipo de tratamiento, es de gran importancia que el profesional de la salud bajo su responsabilidad y criterio realice la remisión adecuada a las diferentes disciplinas, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes (8).

De ahí que el objetivo fundamental de este estudio es determinar en las historias clínicas de paciente pediátricos atendidos durante el segundo semestre de 2016 y primero del 2017, los registros realizados sobre la presencia de un hábito parafuncional, entre ellos: si fue motivo de consulta, si está relacionado como objetivo de tratamiento y si aparecen remisiones o algún manejo dado al mismo.

1.1 Planteamiento del problema

Según Álvarez I. y col; existen algunas funciones que se han llamado hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, fonación y deglución que hacen parte del funcionamiento normal del cuerpo humano (9). Sin embargo, existen otros que son inadecuados que afectan la fisiología normal del sistema estomatognático, como lo son el bruxismo, succión de carrillos, labio inferior y superior, succión digital y de chupo y otros objetos; interposición lingual, onicofagia, respiración bucal y queilofagia, los cuales se dan de forma reiterativa en la cavidad bucal. Estos afectan el crecimiento normal esquelético facial, la posición de los dientes y por lo tanto la estética de los pacientes (10).

Se ha descrito que existe una relación estrecha entre los hábitos orales parafuncionales y las maloclusiones, ya que se ocasiona un desequilibrio en el sistema estomatognático por las fuerzas nocivas adicionales, a las ejercidas por las funciones normales de la cavidad oral. Entre los efectos perjudiciales ocasionados por los hábitos parafuncionales, podemos mencionar a nivel dentoalveolar: mordida abierta anterior, protrusión, mordida cruzada, entre otras. Adicionalmente encontramos que el hábito de respiración oral puede generar alteraciones como: inadecuada postura de la lengua, alteraciones faciales como tercio inferior de la cara aumentado en sentido vertical, ángulo de la mandíbula obtuso, labio superior corto, incompetencia labial, además de presentarse alteraciones posturales, cansancio frecuente, somnolencia diurna, adinamia, bajo apetito y déficit de atención. Dependiendo de los hallazgos, se plantea un tipo de manejo interdisciplinario, de acuerdo a las necesidades del paciente a fin de garantizar su proceso de crecimiento en mejores condiciones (10,11).

Un estudio realizado por Kasparaviciene K. y col; en Lituania en el año 2014 sobre la prevalencia de hábitos orales en niños de 5 a 7 años, mostró una presencia de hábitos parafuncionales en el 16,9% de la población. Dentro de las alteraciones dentoalveolares asociadas a los hábitos presentados se describieron: la sobremordida vertical de más de 3 mms, en el 31,0%, la mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior las cuales tienen una relación significativa con la succión digital (12). Evidenciando que las principales alteraciones presentadas están asociadas a maloclusiones y son señal de alerta para los odontólogos, porque de no ser intervenidas de manera oportuna, aumentan con la edad y pueden llegar a necesitar tratamientos más complejos y costosos.

En el 2017, Guarnizo M. y col; realizaron un estudio en la ciudad de Cartagena, Colombia, en el cual se estableció la prevalencia de los hábitos parafuncionales y maloclusiones en escolares de 5

a 13 años. Los resultados arrojaron que el 57,5% de los niños usa el tetero más de los 12 meses de edad, el 13% usa chupo y entre los hábitos de mayor frecuencia se encontró la onicofagia con un 60% y la deglución atípica en un 43,5%. Entre la asociación de variables se halló una relación estadísticamente significativa entre la deglución atípica y el tipo de dentición ($P=0,001$), la deglución atípica y el hábito de dormir con el tetero ($P=0,000$), el apiñamiento y el uso de chupete ($P=0,000$) (13).

A nivel local, en Bucaramanga en la Universidad Santo Tomás en un estudio realizado por Fuentes y col; en el 2015, se describieron los hábitos parafuncionales de los niños atendidos en la clínica de la universidad, manifestando que el 80,2% de la muestra presentó algún tipo de hábito nocivo y que el hábito de mayor prevalencia fue morder objetos con 46,6%, seguido por la onicofagia 39,7% y el bruxismo 28,4% (14).

Los hábitos orales parafuncionales en niños son una alteración frecuente, por lo cual a la hora de la atención odontológica es importante conocer si los padres consultan por tal motivo (15), por otra parte, se debe verificar si el estudiante asume este hallazgo como un elemento a tener en cuenta en su plan de tratamiento desde la perspectiva de manejo integral del paciente. Teniendo en cuenta que los hábitos parafuncionales son uno de los principales factores desencadenantes de alteraciones a nivel del sistema estomatognático (8,16), se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las evidencias que se pueden encontrar en las historias clínicas sobre el seguimiento, manejo y tratamiento de hábitos parafuncionales reportados en los pacientes atendidos en la clínica integral del niño de la Universidad Santo Tomás de la sede Bucaramanga? Como seguimiento del hábito, se planteó en el presente estudio, la información registrada en los apartes de la historia de: motivo de consulta, resumen de hallazgos, plan de tratamiento; además las remisiones propuestas y/o realizadas durante el tratamiento del paciente en la universidad.

1.2 Justificación

La importancia de este estudio para la comunidad es mostrar a los padres de familia que no solo se consulta al odontólogo cuando el niño sufre lesiones cariosas, sino también cuando ellos presentan hábitos parafuncionales, ya que estos probablemente comprometerán a sus hijos a nivel estético y funcional en el futuro. En cuanto al profesional de la salud, este estudio mostrará la falta de importancia que se le da a los hábitos parafuncionales en la consulta odontológica y, por ende, la necesidad de implementar decisiones clínicas que busquen realizar un manejo interdisciplinario, el cual mejore las condiciones de vida de los pacientes pediátricos. En cuanto a la institución es de gran importancia el conocimiento de si, se está realizando de manera adecuada las remisiones para el manejo y el tratamiento multidisciplinario de los hábitos parafuncionales reportados en las historias clínicas.

La historia clínica es un documento médico-legal, que permite el registro de hallazgos provenientes del examen clínico, la interpretación de ayudas diagnósticas, resultados de exámenes complementarios y demás registros que permiten realizar una investigación del paciente; de manera que el profesional pueda tener un amplio panorama de la condición general del mismo y se pueda llevar a cabo un plan de tratamiento adecuado, priorizado y debidamente registrado en su atención.

Los hábitos parafuncionales requieren en su mayoría un tratamiento interdisciplinario, donde participan psicólogos, fonoaudiólogos, ortopedistas, ortodontistas, otorrinolaringólogos y otros. Cuando no se cuenta con este equipo, fácilmente puede restarse importancia y omitir los aspectos correspondientes al manejo de un hábito presente en un paciente a la hora de plantear el tratamiento. Esta omisión, se convierte en un factor predisponente a las alteraciones dentomaxilares, si los hábitos no son interceptados de manera oportuna. En la mayoría de los casos el odontólogo ignora la presencia del hábito, centrando su tratamiento en la resolución de la consecuencia y no de la causa (17).

En la clínica integral del niño se busca el bienestar de los pacientes y es fundamental que el estudiante dé la importancia al hallazgo de hábitos parafuncionales para que direcciona de manera apropiada la intervención de otras disciplinas necesarias para resolver la condición del paciente. Una forma de evidenciar en la historia clínica el manejo que el estudiante hace del hábito en los pacientes, parte desde su plan de tratamiento, la presencia de formatos de interconsulta o de remisión con otros profesionales indicados de acuerdo al hábito presentado y los registros de evolución correspondientes a estas actividades de manejo.

En un estudio realizado por Fernando Romero en Lima Perú en 2017, teniendo en cuenta el diligenciamiento de la historia clínica, se observó que el motivo de consulta que más se presentó fue la valoración con un 67,35%, seguido por dolor en un 9,86%, dando a conocer también que ninguno de los pacientes consultó por presentar algún hábito parafuncional (18).

En el estudio realizado por Medrano E y col, en la clínica multidisciplinaria de la Unidad académica de odontología de Zacatecas, se evidenció que de 1030 historias clínicas revisadas, 56.2% señalaron ir a la consulta por una revisión odontológica, 39.8% acudieron por dolor dental, y un 2.2% por sensibilidad dental, destacando que ninguno acudió a consulta por presentar algún tipo de hábito parafuncional, también se observó que el 56.3% de los pacientes que acudieron a la consulta eran de sexo femenino (19).

A nivel nacional se realizó un estudio por Sarrazola A. en la universidad cooperativa de Colombia, sede Medellín y envigado, se reportó que de 188 pacientes que se encuestaron aleatoriamente, el 68,1% fueron mujeres, y el motivo de consulta más frecuente fue para la realización de prótesis fija con un 68%, 16,5% para prótesis removible, 14,4% para prótesis total y 1,1% para blanqueamiento dental, observándose que ningún paciente acudió a consulta odontológica teniendo como motivo de consulta algún hábito parafuncional (20).

Por otra parte, en el estudio perspectiva del odontólogo sobre la necesidad de unir la logopedia a la práctica clínica realizado por Freitas D. y col; en 2011, aplicado a 73 profesionales, se demostró que 74% de los profesionales realiza o ha realizado remisión en algún momento de su carrera, expresado en su mayoría por especialistas en los que resaltan los ortodontistas con mayor índice de remisión con un 31,5%. Quienes buscan un manejo interdisciplinario para sus pacientes y los problemas que no pueden resolver y quienes no realizan remisiones, son los odontólogos generales debido en parte a su falta de experiencia en comparación con un especialista. También se evidenció que el hábito de respiración oral u oronasal presenta un 31,5% de causas por las cuales se remite al paciente al logopeda buscando así, un trabajo conjunto e interdisciplinario para la resolución de un problema (8).

Cuando se presenta un hábito y no es tratado de manera adecuada, puede tener un efecto negativo en la salud oral, cuya gravedad dependerá de su intensidad, duración y frecuencia del mismo; llegando a producir alteraciones en el sistema estomatognático, en cualquier edad y tipo de dentición, comprometiendo la estética y función en actividades esenciales como son: la masticación, deglución, fonación y respiración; y le hace más vulnerable a traumas dentarios, caries, enfermedades periodontales, disfunciones musculares y articulares, entre otras (6).

El odontólogo para brindar soluciones a los problemas orales de la población debe conocer la epidemiología de las enfermedades o alteraciones, donde reside la importancia de evaluar la presencia de hábitos parafuncionales en los niños, con el fin de crear estrategias de prevención y detección temprana para disminuir las anomalías que estos pueden provocar (21).

Conocer cómo se manejó lo referente a hábitos parafuncionales en los pacientes atendidos en las clínicas de la universidad, a través de la revisión del registro en las historias clínicas, permitirá sugerir estrategias para el área de odontopediatría, que puedan servir de insumo para sus procesos de mejoramiento, favoreciendo día a día la formación integral de los estudiantes.

2. Marco Teórico

2.1 Historia clínica

La historia clínica es un documento con valor asistencial, legal y académico y uno de los elementos fundamentales para el trabajo médico, y es la pieza clave en toda auditoría de servicios de salud. Es importante por cuanto contiene datos acerca de lo que se ha encontrado en un paciente, lo que se ha pensado y lo que se ha hecho por su atención. Es el instrumento más útil para valorar la calidad de atención brindada a los pacientes pues es la biografía médica/odontológica de ellos, permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permiten al profesional de la salud plantear un diagnóstico clínico y un plan de tratamiento oportuno y adecuado (22).

2.1.1 Motivo de consulta

Según la Real Academia Española (RAE), la palabra motivo se define como: “causa o razón que mueve para algo” y consulta en el área de la salud, es la “acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado” (23,24). Para el odontólogo, el motivo de consulta es uno de los aspectos más importantes del paciente, ya que a través de este se puede observar cómo llega y el posible tratamiento, en este momento es en el que el paciente debe expresar su estado de salud para que así el profesional pueda determinar la causa de la enfermedad y hacer un pronóstico de su posible evolución (18).

2.2 Hábitos Orales

Un hábito se define como un comportamiento que se hace de forma instintiva y periódica en el que se tiene poco control voluntario. A nivel oral existen hábitos que pueden clasificarse en fisiológicos y parafuncionales (25,26).

Los hábitos fisiológicos son:

- Respiración nasal.
- Masticación.
- Fonoarticulación.
- Deglución.

Los hábitos parafuncionales más comunes son:

- Bruxismo.
- Hábitos que lesionan los tejidos blandos (succión/mordedura de carrillos y succión de labio inferior).
- Succión digital.
- Onicofagia.
- Succión/mordedura de chupo y otros objetos.
- Deglución atípica.
- Respiración oral.

Algunos de los hábitos parafuncionales descritos anteriormente representan una de las causas más importantes de alteraciones dentales y faciales (25,26,27,28).

Estos hábitos se pueden dividir en dos grupos:

Hábitos orales adquiridos: Son comportamientos imitados de la infancia, pero pueden revertirse fácilmente cuando el niño crece, haciendo que se abandone la conducta parafuncional (29).

Hábitos orales compulsivos: Son conductas naturales de los niños, las cuales permiten sentir bienestar y confianza ante dificultades emocionales y la ausencia de los mismos conlleva a que el niño pueda presentar ansiedad y preocupación (29).

2.2.1 Hábitos fisiológicos

2.2.1.1 Respiración nasal

La respiración es un proceso fisiológico primordial del ser humano, ya que permite el ingreso de oxígeno al organismo. Este proceso se realiza normalmente por la nariz la cual la constituyen dos fosas nasales anteriores y una vía nasal principal por lo que se requiere que exista un libre acceso en los conductos nasales, cuando ocurre una obstrucción de esto se produce una respiración bucal la cual puede tener repercusiones en los pacientes con esta condición (30,31).

Durante la respiración ocurrirán una serie de eventos que permitirá la entrada de oxígeno al organismo (30):

- 1) Primero se da una humidificación de la vía nasal por medio del conducto naso lacrimal.
- 2) Posteriormente en la inspiración del aire se hace una filtración y limpieza por medio de las vibrisas (vellos nasales).

- 3) Detección del estímulo olfatorio.
- 4) El aire pasa a través de la cámara de resonancia y se da una modificación de las vibraciones vocales.
- 5) El aire continúa su recorrido por la faringe, en seguida a la laringe y por último a la tráquea.
- 6) El aire pasa de la tráquea a los bronquios principales y finalmente a los bronquiolos terminales.

La respiración es un proceso ligado al sistema estomatognático, ya que permite su adecuado desarrollo; debido a que la respiración debe cumplir una función morfogenética, este proceso estimula el crecimiento muscular y de los huesos craneofaciales a través de la inspiración y espiración del aire (30,31).

2.2.1.2 Masticación

La masticación es el proceso durante el cual se trituran los alimentos para facilitar su digestión. En ella se debe tener en cuenta la eficiencia masticatoria que es la capacidad de triturar un alimento durante un tiempo determinado (32).

La masticación es un proceso que se aprende y que conlleva al desarrollo de las estructuras orofaciales, cuando esta se realiza de forma inadecuada por ejemplo con fuerzas excesivas se producen daños a nivel de diferentes estructuras como: de tejidos blandos, tejidos de soporte y el dislocamiento de los cóndilos de la mandíbula entre otros (32).

Para que exista un adecuado y correcto proceso de masticación se debe evaluar y tener en cuenta los siguientes factores: los ciclos, el patrón y el tiempo masticatorio. Se conoce como ciclos masticatorios a aquellos balanceos rítmicos que se dan por el movimiento mandibular durante la apertura, cierre y lateralidad. El patrón de masticación se conoce como el porcentaje de ciclos masticatorios y el tiempo se evalúa desde la incisión hasta la deglución de los alimentos (32).

Está comprobado que la memoria, la atención y el aprendizaje son funciones cognitivas que se encuentran en íntima relación con la masticación, ya que esta genera una estimulación en algunas fibras nerviosas del cerebro contribuyendo a mejorar su actividad (33).

2.2.1.3 Fonoarticulación

La Fonoarticulación hace referencia a aquellos movimientos realizados con la cavidad oral para lograr la pronunciación de una palabra, la cual se relaciona con el proceso de respiración y con el movimiento de los músculos faciales. La Fonoarticulación se da gracias a que el aire que se encuentra reservado en los pulmones se transforma en energía acústica por medio de la laringe y de las cuerdas vocales realizando una función activa en este proceso. Otras estructuras como se muestra en la tabla 1 realizan una función pasiva, puesto que también favorecen y realizan modificaciones para que se puedan articular y pronunciar palabras (34).

Tabla 1. *Estructuras Fonoarticuladoras.*

ESTRUCTURAS FONOARTICULADORAS		
NOMINACION ESPECIFICA	ESTRUCTURA ESPECIFICA	TIPO DE FUNCIONALIDAD
Órganos	<ul style="list-style-type: none"> • Lengua • Laringe • Pulmón 	ACTIVAS
Huesos	<ul style="list-style-type: none"> • Mandíbula 	
Prominencias	<ul style="list-style-type: none"> • Mejillas 	
Repliegue	<ul style="list-style-type: none"> • Labios 	
Pliegues	<ul style="list-style-type: none"> • Pliegues bocales 	
Músculos	<ul style="list-style-type: none"> • De la respiración durante la Fonoarticulación • Intrínsecos y extrínsecos de la laringe • Intrínsecos y extrínsecos de la lengua • Velo del paladar • De la faringe • Faciales • Elevadores de la mandíbula 	
Tabique	<ul style="list-style-type: none"> • Velo del paladar 	
Conducto	<ul style="list-style-type: none"> • Faringe 	PASIVA Y ACTIVA
Bóveda	<ul style="list-style-type: none"> • Paladar 	PASIVA
Cavidades	<ul style="list-style-type: none"> • Nasal • Oral 	
Piezas	<ul style="list-style-type: none"> • Dentarias 	

Tomado de: Chávez FC, Chocano AD. “Órganos” o “estructuras” fonoarticuladoras: un deslinde teórico – conceptual. Rev. CEFAC. 2010 Set-Out; 12(5):715-904.

2.2.1.4 Deglución.

La deglución se conoce como un proceso de varias etapas que permite la formación del bolo alimenticio y su posterior transporte al estómago (35):

- Los dientes trituran el alimento.
- La saliva hidroliza las partículas de los alimentos por medio de las enzimas.
- Posteriormente, existe una etapa faríngea donde se impulsa el bolo alimenticio hacia el esófago, en esta etapa se protegen las vías respiratorias y se cierra la laringe y la tráquea para evitar el paso de alguna partícula alimenticia.
- El esófago se encarga del paso del bolo alimenticio al estómago por medio de movimientos de perístasis. El esfínter esofágico inferior también se tensa en reposo para impedir la regurgitación

del estómago. Se relaja durante el proceso de la deglución y permite que el bolo pase al estómago.

Maduración de la deglución:

Deglución Lacteal o visceral: esta se produce durante la infancia cuando la lengua y los músculos se encargan de dar una estabilidad en la mandíbula para realizar la deglución. En esta etapa el sistema nervioso aun esta inmadura. Se extiende hasta los 5 años (36).

Dentro de la deglución visceral existe un periodo lacteal que es cuando no existe presencia de dientes y la lengua realiza su apoyo con los dos rodets gingivales para lograr la deglución. También existe un periodo transicional, en el cual hay mayor maduración de los músculos y presencia de dientes, en el cual la lengua realiza su apoyo (36).

Deglución madura o somática: En esta fase, al existir una maduración del sistema nervioso, la deglución es guiada por los músculos de la masticación elevadores: como el temporal, el masetero y pterigoideo, los cuales proporcionaran la estabilidad a la mandíbula para lograr la deglución (36).

Deglución viscerosomática: Esta deglución se da como producto de la combinación de la visceral y la somática, la cual se da durante el recambio de los dientes y es resultado de una mala ubicación de la lengua durante el proceso de erupción de los dientes permanentes (36).

2.2.1.5 Bruxismo fisiológico

El bruxismo normal o fisiológico se da cuando el niño inicia o se encuentra en el proceso de transición de la dentición primaria a la permanente, ya que las fuerzas generadas activan el desarrollo de los músculos, revirtiéndose el bruxismo cuando se tiene la dentición permanente. Sin embargo, cuando estas fuerzas son excesivas y prolongadas, se genera un desequilibrio causando diferentes alteraciones a nivel de estructuras orales y faciales. En la dentición temporal siempre habrá un mayor desgaste con las fuerzas orales, ya que el esmalte dental presenta menor proporción de sales minerales y mayor volumen en los poros. Este desgaste, se puede producir durante la masticación y se observa en las crestas de los caninos, cúspides de soporte y fosas de molares. Cuando el desgaste es patológico se presenta en las cúspides de corte, cúspides caninas, y/o incisivos (37).

2.2.2 Prevalencia de hábitos orales parafuncionales

En diferentes países se han realizado estudios que han reportado la prevalencia a nivel local de los hábitos orales parafuncionales en los niños en diferentes edades.

En la India, Garde y col; realizaron un estudio epidemiológico en 832 niños de 6 a 12 años para determinar los hábitos orales nocivos. Los autores reportaron que el hábito más prevalente en la muestra fue el bruxismo presente en el (17,3%) de los niños, el segundo que más se presentó fue el uso de tetero (10,1%) y el que menos casos reportó fue la respiración bucal (4,3%). Los hábitos nocivos se presentaron más en los participantes del estudio que pertenecían al sexo femenino

(53,6%). También se encontró significancia estadística entre los participantes de más corta edad y los hábitos de succión digital y bruxismo ($p = 0,000$) (38).

En el 2010, Quashie-Williams y col; realizaron un estudio transversal en Nigeria evaluando en 928 niños de 4 a 15 años, la presencia y las consecuencias de los hábitos orales. En este estudio se obtuvo como resultado que el 34,1% tenían algún tipo de hábito oral nocivo, siendo el hábito de mayor prevalencia la succión digital con un 17%. También se encontró que el 12,5% de los niños que reportaron algún hábito presentaron mordida abierta anterior, y el 1,9% presentó mordida cruzada posterior (39).

En Venezuela, un estudio realizado por Moran y col; en 2013 sobre los tipos de maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, informó que el hábito más frecuente fue la succión digital en un 39,6%, seguido por la deglución atípica con 24,5%, igualmente informaron que, en cuanto a prevalencia de hábitos según el sexo, se presentó más en los hombres que en las mujeres (40).

En el 2011, un estudio publicado sobre la prevalencia de los hábitos en una ciudad de México, realizó por Murrieta y col; mostraron como resultado que el 7.6% de los preescolares presentaba el hábito del uso de chupón, siendo más frecuente a los 3 años; el hábito de respiración bucal estuvo presente en 9,5% de los preescolares y también se reportó mayor frecuencia en el género masculino (52,7%) (26).

Los autores Serra y col; reportaron a través de un estudio realizado en Brasil en el año 2010 la prevalencia de bruxismo nocturno en niños, donde su resultado fue del 35,3%. Según el género, se observó que este tuvo mayor presencia en las niñas (56,5%) que, en los niños, como también que los niños con menor nivel de vida en cuanto a recursos económicos fueron los que menos presentaron este bruxismo con 55,2% del total de afectados (41).

En Colombia, López y col; realizaron un estudio en el que evaluaron la asociación de maloclusiones y la presencia de hábitos orales en niños de 4 a 11 años. Se observó una prevalencia de hábitos orales con 86,1%, presentándose con mayor frecuencia el empuje lingual y la deglución atípica (78,2%). Las maloclusiones de mayor frecuencia fueron clase III esquelética (50,5%), clase II molar (49,5%), mordida profunda (60,6%) y una sobremordida horizontal aumentada (34,7%). De igual forma, en el estudio se encontró asociación estadísticamente significativa entre empuje lingual y deglución atípica con maloclusión esquelética Clase III, y Clase III molar. Otro hallazgo fue la asociación significativa de la maloclusión esquelética Clase III con el empuje lingual ($p=0,036$) y la deglución atípica ($p=0,008$). También se halló una relación entre la Clase III molar y la deglución atípica ($p=0,036$), así como de la mordida abierta y succión digital ($p=0,005$) y empuje lingual ($p=0,016$) (42).

Finalmente, en el 2015 en el departamento de Santander, Fuentes y col. desarrollaron un estudio en la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga de tipo observacional descriptivo, donde se describieron los hábitos parafuncionales que presentaron los niños que se trataron en la clínica de práctica de la universidad, de los cuales se encontró que el 80,2% de los mismos reportó algún hábito, siendo el más presentado morder objetos (46,6%), seguido por onicofagia (39,7%) y bruxismo (28,4%) (14).

2.2.2.1 Bruxismo

El bruxismo es una costumbre o hábito parafuncional, en el cual se produce una presión o un roce fuerte anormal de los dientes por un esfuerzo excesivo de los músculos mandibulares, durante el tiempo en el que el individuo duerme o mientras se encuentra despierto (43).

Cuando una persona reporta por medio de un formulario o en el registro clínico la sensación de sobreesfuerzo mandibular se considera un “posible” diagnóstico de bruxismo, se convierte en “probable” cuando adicional a lo reportado por la persona, el profesional de salud realiza una verificación a nivel de signos característicos que presente el paciente. Finalmente, el diagnóstico es “definitivo” cuando además de lo mencionado anteriormente se hace una grabación polisomnografía para el bruxismo nocturno; y para el bruxismo despierto se debe añadir un registro electromiográfico (43).

Epidemiología. La prevalencia de bruxismo que se ha reportado en la infancia y adolescencia ha sido del 8% al 38%; sin embargo, es un dato que realmente no puede ser certero por que los diagnósticos de prevalencia generalmente son “posibles” y no definitivos, al diagnosticarse incorrectamente. En los niños de 2 años también se ha observado una prevalencia de 10,4% y de 32,6% a los 6 años. Cuando empieza la aparición de los dientes temporales, el bruxismo puede aparecer en los niños, pero es frecuente que inicie entre los 4 a 8 años, aumentando su prevalencia de los 10 a 14 años y luego decrece, lo cual podría referirse a un bruxismo fisiológico que se detiene con el recambio dentario completado (43).

En los niños se ha relacionado la incidencia del bruxismo con la presencia de algún trastorno psicológico, como también se ha observado que los niños con bruxismo nocturno diagnosticado presentan mayores niveles de estrés que los niños que no estaban diagnosticados con este tipo de bruxismo (43).

Un estudio realizado en Perú por Ordoñez y col en 2016, sobre la prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión en personas de 17 a 37 años, reportó una prevalencia del bruxismo de 52,1% y de presión psicológica de 68,4% de los estudiantes de la institución. (44).

Insana y col en 2013 evaluaron la presencia de bruxismo en escolares en el condado de Jefferson, Kentucky / EE.UU. Los resultados mostraron que el 36,8% de los niños tenían el hábito de bruxismo de sueño 1 vez cada 8 días, y el 6,7% fueron reportados como bruxómanos también por rechinar los dientes al dormir más de cuatro veces cada 8 días (45).

Etiología. Las causas del bruxismo pueden ser varias, pues muchos factores influyen la aparición de este hábito. Entre estas causas que desencadenan este comportamiento se pueden mencionar los trastornos de la articulación temporomandibular, hipoapnea, maloclusión, ansiedad, estrés, trastornos de comportamiento y forma de ser. Por lo general, los niños con bruxismo están más tensos que los niños sin este comportamiento (43).

En el 2013, Rossi y Manfredini hicieron un estudio para investigar el entorno familiar y escolar en 65 niños de 8 a 10 años. Los resultados de este estudio sugieren que los entornos familiares en los

que los niños pueden sentirse menos seguros y serenos de lo normal, como en los casos de padres separados y/o en situaciones donde los niños tienen dificultades para conciliar el sueño, aumentan la autopercepción de bruxismo en el niño. Sin embargo, estos puntos no siempre están relacionados con el bruxismo. El diagnóstico, sobre todo cuando se basa exclusivamente en la autopercepción, puede ser erróneo, ya que se han informado falsos positivos y falsos negativos (46).

Predisposición genética y familiar. No se ha hallado información certera que demuestre la predisposición genética del bruxismo. Sin embargo, se ha reportado que los gemelos monocigóticos son más propensos al bruxismo que los gemelos heterocigóticos. También se ha demostrado si un padre de familia bruxa, su hijo es 1.8 veces más propenso a tener este hábito, pero también se ve la influencia de los aspectos del entorno (43).

Comorbilidades. Las consecuencias que producen la presencia de bruxismo son trastornos en la ATM, así como dolor miofascial, dolor a la apertura y cierre. También puede generar cansancio y dolor en los músculos de la masticación, lo que genera que se hipertrofien estos músculos (43).

De igual forma, entre los malestares producidos están la sensación de querer dormir en el día y problemas para quedarse dormido. A nivel dental, además del deterioro en las cúspides que se produce también se pueden aflojar los dientes, producirse problemas en las estructuras que rodean los dientes, aumento de producción de cemento, inflamación de la pulpa, muerte pulpar, recesión gingival e inflamación (43).

Diagnóstico. A nivel oral el bruxismo se caracteriza por la presencia de desgaste donde se ven superficies lisas y ángulos afilados en los dientes por la fricción ocurrida durante el apretamiento. Pero este signo, no debe ser lo únicamente considerado para el diagnóstico; se debe realizar una correcta historia clínica en el que se incluya el uso modelos de yeso y registro fotográfico. Para diferenciar que este signo de desgaste es propio de un bruxómano, se debe evaluar el desgaste medio de la dentición general en lugar de un grupo aislado de dientes muy desgastados, Además, para el diagnóstico definitivo se debe realizar una grabación polisomnográfica realizada durante el sueño para el diagnóstico del bruxismo nocturno y un registro electromiográfico para el bruxismo durante el día (43).



Figura 1. Desgaste dental a causa del bruxismo.

Tomado de: Saulue P, Carra M, Laluque J, d'Incau E. Understanding bruxism in children and adolescents. *International orthodontics* 2015;13(4):489-506. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761722715000777>

Tratamiento. En la actualidad, ningún tratamiento ha sido completamente eficaz para revertir el bruxismo. Sin embargo, los tratamientos han sido enfocados a terapias cognitivo-conductuales, educación a la familia sobre los hábitos de sueño en los casos leves y educación al paciente sobre su comportamiento parafuncional. Cuando el bruxismo es severo se ha optado por el uso de férulas dentales temporales con control de odontólogo (43).

En pacientes con trastorno de sueño y problemas en la respiración, el tratamiento ha sido encaminado a la eliminación de estos problemas, mediante una amigdalectomía o una combinación de adeonoidectomía. Cuando se presenta apnea del sueño la expansión transversal del maxilar disminuye el bruxismo al igual que el uso de una férula para la mandíbula. Concluyéndose, que el agrandamiento y la adecuación de las vías respiratorias puede ser una buena estrategia para disminuir el bruxismo nocturno (43).

Entre algunas terapias conductuales, se ha aconsejado no masticar chicle en el transcurso de la jornada para no generar una continuidad del hábito (sin el chicle) durante el sueño. También aplicación de calor húmedo en la cara para relajar los músculos y evitar que se tensionen. Evitar el uso de televisión o aparatos electrónicos antes de dormir previene que se estimule los músculos y así evitar el riesgo a padecer bruxismo (43).

Técnicas de manejo del bruxismo en niños. El manejo del bruxismo se puede realizar de la siguiente forma (36):

- 1) Educación a los padres o cuidador sobre la presencia del hábito.
- 2) Terapia psicológica y conductual en la que se produzca una relajación de los músculos.
- 3) Aparatología con un activador Elástico de Klammt
- 4) Si hay presencia de clicking, el activador debe ponerse con un plano posterior de mordida para producir un infracondilismo y recuperar el disco.

El activado elástico de Klammt es un aparato que tiene la función de llevar a la mandíbula hacia adelante, así como ejercitar el sistema muscular facial. Se contraindica en niños con crecimiento dolicofacial y mordida cruzada posterior (47).

2.2.2.2 Succión digital

La succión digital hace referencia a la acción de chuparse el dedo, este hábito es uno de los más comunes y su prevalencia dependerá de la población. Un estudio realizado por Carvajal y col en Bolivia en 2012 informó una frecuencia de succión digital en el 12% en la población estudiada. Se ha encontrado que la incidencia de dicho hábito supera el 50%. Sin embargo, su prevalencia tiende a disminuir a medida que aumenta la edad, por lo general se detiene a los 4 años (25,48).

Es mejor considerar los hábitos de chupar como una característica normal del comportamiento infantil, sin duda hasta la edad de 3 años. Si el niño elige este hábito en el primer año de su vida,

los padres deben mover su pulgar suavemente y atraer la atención del niño hacia otras cosas, como los juguetes. Algunos de los niños que no dejan este hábito, lo abandonarán cuando sus dientes permanentes entren en erupción, pero es una tendencia a continuar con el hábito de chupar incluso hasta la vida adulta (25).

Clasificación. La succión de digital puede ser de dos tipos:

Activa: En este tipo, hay una gran fuerza de los músculos durante la succión y si este hábito continúa durante un largo período, la posición de los dientes permanentes y la forma de la mandíbula se verán afectadas (25).

Pasiva: en este tipo, el niño se mete el dedo en la boca, pero como no hay fuerza en los dientes ni en la mandíbula, este hábito no se asocia con cambios esqueléticos (25).

Etiología. Una de las causas que producen este hábito es el uso de tetero, porque al necesitar menos trabajo muscular, el niño no queda cansado y no se utiliza toda la energía que está destinada a la succión biológicamente. También, se asocia a problemas en la psiquis, encontrando la succión digital como una forma de evadir la realidad, a través de este hábito el niño expresa la angustia y las presiones psicológicas que se encuentran en su ambiente familiar (49).

Comorbilidades. Entre las consecuencias que se pueden generar por este hábito son:

- Mordida abierta anterior.
- Aumento de sobremordida horizontal.
- Protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Mordida cruzada posterior.
- Empuje compensatorio de la lengua.
- Paladar profundo
- Defecto del habla.
- Defectos en los dedos (eczema del dedo debido a la sequedad y humedad alternas que ocurren e incluso a las angulaciones del dedo).

Tratamiento. Aquellos cambios dentales que ocurren por consecuencia del hábito de succión digital no requieren de tratamiento, si el comportamiento se detuvo completamente antes de los 5 años, corrigiéndose las alteraciones de forma espontánea (25).

Para motivar al niño a abandonar el hábito se debe hablar directamente si tiene la capacidad de comprensión, debe estimularse con recompensas y hacer una terapia recordatoria que contribuya al abandono del este comportamiento.

La aparatología ortodóntica también se debe considerar, pero como un tratamiento final, estos pueden ser de 2 tipos:

- Aparatología removible (miofuncional).
- Aparatología fija (restrictivos).

La aparatología desempeña un papel recordatorio y reduce el hábito. Para hábitos a largo plazo o pacientes no dispuestos, el dispositivo intraoral fijo es el inhibidor más efectivo. Después de la fase activa de tratamiento, el aparato debe permanecer en su lugar por más de 3 a 6 meses para minimizar el potencial de recaída. Los aparatos más utilizados son los arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores (25,49).

Técnicas de manejo de la succión digital en niños. El manejo de la succión se puede realizar de la siguiente forma:

- 1) Educación a los padres o cuidador sobre la presencia del hábito.
- 2) Terapia psicológica y conductual,
- 3) Aparatología con una rejilla en canastilla durante tres meses.
- 4) En pacientes que no se logre revertir el hábito puede colocarse un tridente de Graber (se usa cuando el hábito de succión digital persiste en el niño aun habiendo colocado la rejilla en canastilla. Este está compuesto por tres extremos libres y de corta longitud de alambre redondeado) (36).



Figura 2. Tridente de Graber.

Tomado de: IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES COMO CAUSA DE LA MALA OCLUSIÓN. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7294/1/REYESbyron.pdf>.

Entre las terapias conductuales en un estudio realizado por Shetty y col en la india en 2015, describe la implantación de un aparato para el codo en un niño cuya función era recordar evitar succionar el dedo; el aparato consistía en colocar un dispositivo en el codo acrílico y recubrirlo con una tela para que cuando se succionara el dedo, activara el dispositivo con el codo y un sonido le hiciera pensar en el propósito de abandonar el hábito. Se usó por 6 meses hasta que el hábito fue revertido (27).

2.2.2.3 Interposición lingual

La lengua es una estructura fundamental para el desarrollo de diferentes funciones como la respiración, masticación, deglución y fonación. Normalmente, el vértice de la lengua se posiciona en el área palatina de la estructura alveolar de los incisivos anterosuperiores, toca las estructuras dentales por corto tiempo y luego se da un pequeño esfuerzo por parte de la musculatura que rodea la cavidad oral para poder deglutir, pero sin ningún tipo de presión de la lengua ni colocación hacia delante ya que estos son costumbres que pueden alterar las estructuras bucales (50).

Según investigaciones a lo largo del tiempo la prevalencia de interposición lingual es de 40% a 80% en infantes de 4 a 6 años, y de 3% a 25% en adolescentes de 12 a 15 años demostrándose que la prevalencia de este hábito se reduce al pasar de los años (50).

Etiología. Los factores que contribuyen a adquirir este hábito son:

- El uso de tetero.
- La amigdalitis frecuente provoca que el sujeto posicione la lengua hacia adelante en la boca, ya que es una estrategia biológica para no sentir las molestias causadas por la inflamación.
- Cuando existe un problema en el sistema nervioso y se pierde el manejo de la propia musculatura y por ende no se controla la lengua.
- Macroglosia (pacientes con cretinismo)
- Dientes temporales anteriores ausentes por exodoncia precoz y poseer un espacio anormal entre los bordes incisales, genera la necesidad de posicionar la lengua en estos lugares (49).

Comorbilidades. En el estudio realizado por Dixit y col en el 2013 en la India, se realizó una comparación de las características de los tejidos blandos, duros y estructuras dentales en infantes que presentaban el hábito de interposición lingual y los que no lo presentaban. Se observó que los niños con incompetencia labial, respiración bucal y músculo mental hiperactivo frecuentemente tenían interposición lingual pero dicha relación no se ha informado en la literatura (50). En el estudio de Machado y Crespo se observó que la interposición lingual no causó variaciones óseas en los infantes estudiados en la muestra como también se concluyó que el único ángulo de la cara que se altera por este hábito fue el mandibular (28).

Entre otras comorbilidades reportadas por la literatura se encuentra la mordida abierta y la inclinación de las estructuras dentales anterosuperiores. Otras de los efectos de este hábito son paladar profundo, maloclusión clase II div I. y problemas en la fonación (50).

Diagnóstico. Los factores a tener en cuenta para la detección del hábito son (49):

- Colocación anormal de la lengua
- Ausencia de contracción del músculo masetero durante la deglución.
- Aumento de tamaño de la lengua.
- Salivación excesiva durante la noche.
- Problemas en el habla
- Almacenar fluido salival durante la fonación.

Tratamiento. Para el manejo de interposición lingual su tratamiento es basado en una terapia en los músculos faciales con el fin de revertir las rutas neuromusculares del hábito. Se debe explicar muy bien los ejercicios para que se realicen de forma correcta y se logra un tratamiento exitoso (49).

Los ejercicios que hacen parte de la terapia son los siguientes:

Reeducación de la posición lingual: Poner un dulce o pastilla de menta en la punta de la lengua y mantenerla en contacto con el paladar en la zona de las rugas. Mientras se mantiene la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir (32).

Cierre labial: Se debe sujetar un cereal en forma de aro con los labios y luego a través de los labios introducirlos en la boca para comerlos (32).

La aparatología ortodóntica contribuye en el tratamiento miofuncional y se pueden usar dispositivos restrictores o estimuladores como (32):

- Los restrictores, funcionan como un obstáculo para interrumpir el hábito. Pueden ser las rejillas o trampa lingual removible.
- Los estimuladores, como la Perla de Tucut en un retenedor tipo Hawley, Pantalla Vestibular.

Técnicas de manejo de la interposición lingual en niños. El manejo de la interposición lingual se puede realizar de la siguiente forma (36):

- 1) Educación a los padres o cuidador sobre la presencia del hábito.
- 2) Terapia psicológica y conductual.
- 3) Terapia con fonología: mioterapia lingual.
- 4) En cuanto a la aparatología oral se puede usar la rejilla en canastilla, rejilla lingual fija, bionator protector.

2.2.2.4 Onicofagia

Este hábito se presenta habitualmente en los niños y adultos en su primera etapa. Consiste en cortar de forma irregular las uñas con los bordes incisales o cúspides de estructuras dentales de manera repetitiva e inconsciente (51).

La prevalencia reportada para la onicofagia varía entre el 20 y el 33% en los primeros años de vida y llega a ser un 45% de los jóvenes. La presencia de este hábito se reduce a los 18 años, pero puede en algunos casos seguirse dando en la vida adulta. (51).

Etiología. La etiología de la onicofagia aún no está precisa, algunas investigaciones la han ligado con comportamiento problemático, pero en otros estudios no se observó esta asociación. También se cree que los niños que la presentan se encuentran alterados, pueden haberla imitado de las personas que los rodean o generado por problemas en las habilidades motrices (52).

Comorbilidades. La onicofagia ocasiona consecuencias médicas como la paroniquia crónica recurrente, la infección subungueal, la onicomiosis o el daño grave al lecho ungueal que causa la onicolisis. A nivel odontológico, este hábito puede ocasionar disfunción temporomandibular, fracturas en la estructura dental, reabsorciones, afectaciones a las apófisis alveolares, inflamación de las encías, rotaciones o maloclusiones (51).



Figura 3. Desgaste en forma de V de los bordes incisales por onicofagia.

Tomado de: Marouane O, Ghorbel M, Nahdi M, Necibi A, Douki N. New Approach to Managing Onychophagia. *Case reports in dentistry* 2016;1-5. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crid/2016/5475462/abs/>

Tratamiento. Este hábito ha resultado complejo de revertir convirtiéndose en un problema médico y odontológico. Los tratamientos se basan en la intercepción de los factores psicológicos para revertir el hábito y en algunos casos se ha hecho necesario el uso de fármacos. Entre las terapias conductuales para mantener las uñas lejos de la boca, se ha mencionado el uso de un barniz para uñas que tenga un sabor desagradable o la colocación de un vendaje en las terminaciones de los dedos (51).

Técnicas de manejo de la onicofagia en niños. El manejo de la onicofagia se puede realizar de la siguiente forma (53):

- Educación a los padres sobre la presencia del hábito parafuncional.
- Terapia conductual, que pueden ser: Distracción con un objeto durante los signos del hábito, aplicación de barniz de uñas con sabor desagradable para producir apatía al hábito y el uso de aparato no removible para impedir morderse las uñas.

Se recomienda un tratamiento con fármacos en casos graves, los medicamentos que se han estudiado para revertir el hábito son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los antidepresivos tricíclicos y la N-acetil cisteína; pero el más efectivo es la N-acetil cisteína (53).

2.2.2.5 Hábitos que lesionan los tejidos blandos (succión de labio inferior, succión de carrillo)

La costumbre de succionar/morder los carrillos o el labio inferior constantemente es una acción que la misma persona realiza, pero no genera daños importantes, se da en individuos de corta edad, los signos clínicos aparecen en la mucosa labial y la superficie lateral de la lengua (54).

La mordedura de la mucosa oral es un hábito oral que prevalece en 750 de cada millón de la sociedad, con mayor afectación en el género femenino. Se ha encontrado que las lesiones que por mordeduras en la cavidad bucal son el quinto hallazgo mucoso oral más frecuente, con una

prevalencia de 21.7 casos por cada 1.000 pacientes. En niños y adolescente se halló la prevalencia de mordedura de mejillas y labios de 1,89% (54).

Etiología. Se ha reportado que este hábito ocurre de manera inconsciente a causa de factores emocionales, muchas veces puede nacer como una respuesta a los estímulos orales o como un intento de llamar la atención de los miembros de la familia. En los niños esta condición se presenta con mayor incidencia en periodos de estrés como exámenes, competiciones en deportes y otras actividades. En algunos individuos, la mordida habitual de labios y mejillas se convierte en una neurosis fija, la frecuencia y la gravedad de la conducta de mordedura podrían estar directamente relacionadas con el estrés experimentado. En los niños, este comportamiento la mayoría de las veces pasa desapercibida o no es motivo de preocupación porque generalmente es asintomático y es menos censurable que los hábitos de succión digital u onicofagia (54).

Comorbilidades. La mordedura de labio ocurre con mayor frecuencia en el labio inferior, esto hace que los incisivos superiores tiendan a vestibularizarse y los incisivos inferiores se colapsen lingualmente con el labio inferior encajado entre los dientes anteriores superior e inferior. En el labio se produce sequedad e inflamación y en casos severos causará hipertrofia del bermellón y en algunas personas puede causar dolor crónico o resquebrajamiento (25).

Las mordidas repetidas llevan a un área traumatizada de forma crónica, que a veces está engrosada, cicatrizada y más pálida que la mucosa circundante y puede presentarse edema y erosiones (54).

Tratamiento. Para controlar la mordedura en la mucosa oral, en la literatura se reportan distintas aparatologías orales, con el fin de disminuir y controlar las consecuencias. Entre estos aparatos se encuentran las férulas oclusales, protectores removibles de silicona, protectores de labios soldados en bandas ortodónticas para evitar que se muerdan los labios, protectores bucales blandos, entre otros (54).

Un caso clínico reportado en el 2010 por Budhiawan y col; mostro el uso de un dispositivo de protección de los labios para revertir el hábito de succión del labio inferior y se continuó con la mecanoterapia de ortodoncia en un paciente femenino de 16 años. La paciente presentaba un aumento del espacio de la sobremordida horizontal, maxilar y mandibular generalizado; así como hiperactividad del músculo mental y profundización del surco labiamental debido al hábito anormal de succión. El tratamiento con el dispositivo protector fue exitoso y se produjo reducción de la hiperactividad de la musculatura mental y la tensión labiamental. El dispositivo funcional de uso en el tratamiento de las maloclusiones debe seleccionarse cuidadosamente de acuerdo con los requisitos del caso (55).



Figura 4. Dispositivo para revertir hábito de succión de labio inferior.

Tomado de: Budhiawan M, Krisnawati K. The use of lip bumper to overcome lower lip sucking habit. *Padjadjaran Journal of Dentistry* 2010;22(1). [citado 3 enero 2019] Disponible en: <http://jurnal.unpad.ac.id/pjd/article/view/14076>.

2.2.2.6 Respiración bucal

Normalmente, la respiración ocurre a través de la nariz y cuando el aire entra por la nariz no ocurre ningún esfuerzo. Cuando existe algún obstáculo a nivel nasal, la persona se ve obligada a respirar por la boca, en la cual para que se permita el paso del aire la lengua desciende de su posición habitual (25).

La respiración bucal se da por una causa en sí, pero esta se convierte en hábito cuando una vez el obstáculo de respirar por la nariz es eliminado y se sigue respirando por la boca (25).

Etiología. La etiología de los respiradores bucales se relaciona en la que existe una poca permeabilidad en la vía aérea superior, a causa de diferentes condiciones como la hipertrofia de los adenoides, por rinitis alérgica, desviación del tabique o hipotrofia de cornetes nasales (25).

Comorbilidades. Las consecuencias a nivel facial y oral que producen la respiración oral pueden ser las siguientes (25):

- Alteraciones en el Plano Sagital: Clase II división; Clase III.
- Mordida Cruzada Posterior.
- Patrones dolicofaciales.
- Altura facial inferior aumentada.
- Extrusión de piezas dentarias.
- Mordida Abierta Anterior.
- Gingivitis.

Tratamiento. El tratamiento va encaminado a eliminar la causa y las repercusiones locales y generales ocasionadas. El tratamiento es variado y puede incluir (25):

- Extirpación quirúrgica de amígdalas y tejido adenoideo

- Medicación en caso de rinitis alérgicas, asma, procesos infecciosos, etc.
- Tratamiento fonoaudiológico que comprende la reeducación mediante gimnasia respiratoria para la creación de nuevos esquemas neuromotores.
- Tratamiento ortopédico y ortodóntico.

Cuando ha sido eliminada la causa y persiste la respiración oral, se debe realizar una re-educación respiratoria mediante terapias fonoaudiológicas, el cual tiene como objetivo el desarrollo de un tono adecuado de los músculos periorales y así crear el hábito de respiración nasal (25).

De igual forma, para eliminar este hábito se puede hacer necesario el uso de un aparato odontológico realizado en acrílico llamado “pantalla vestibular”. El paciente debe colocarlo en las noches en su boca, ubicándolo entre los labios y los dientes. A este aparato se le realizan unos agujeros que permiten el paso del aire, pero posteriormente se va cerrando para lograr solo una respiración nasal (28).



Figura 5. Pantalla vestibular.

Tomado de: Medina C, Laboren ML, Vilorio C, Quirós O, DJuricic A, Alcedo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria 2010:1-2. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>

Técnicas de manejo de la respiración bucal en niños. El manejo de la respiración bucal se puede realizar de la siguiente forma (36):

- 1) Educación a los padres o cuidador sobre la presencia del hábito.
- 2) Remitir al otorrinolaringólogo.
- 3) Terapia con fonoaudióloga.
- 4) Terapia miofuncional: para crear el hábito de respiración nasal.
- 5) Ortopedia maxilar para corregir maloclusiones generadas por el hábito.

2.2.2.7 Relación entre la lactancia materna y el desarrollo de hábitos parafuncionales.

Durante la niñez, la boca es una estructura fundamental para el desarrollo porque a través de ella se ingieren los alimentos, y la succión produce fuerzas que activan el desarrollo y crecimiento del sistema estomatognático, así como permite establecer una correcta respiración nasal. Además, este hábito de succión genera un sentimiento de seguridad y confianza en los niños. La literatura resalta la importancia de la lactancia materna como única fuente de alimentación durante los primeros seis meses de vida para el buen desarrollo físico y emocional de los niños (56).

El amamantamiento contribuye con la maduración y el crecimiento de las estructuras del sistema estomatognático. Un adecuado desarrollo craneofacial depende de las funciones como la succión, la respiración, la masticación y la deglución. La succión es innata en el ser humano y este reflejo se activa cuando algún objeto contacta con los labios. Este reflejo se da porque al existir un movimiento de la mandíbula protusoretusivo se activan los músculos circundantes ejerciendo fuerza para ejercer la succión, estas fuerzas y movimientos fisiológicos que se realizan ayudan al desarrollo y crecimiento craneofacial (57).

A través de la lactancia materna cuando el niño siente un nivel de plenitud conlleva a que se detenga voluntariamente la succión, pero, si el niño no ha quedado satisfecho hace que busque complementar esta ausencia con la succión de objetos, de carrillos o digital, la onicofagia y la queilofagia. La lactancia artificial, tampoco genera una plenitud de saciedad en los niños porque no se genera la fuerza suficiente a nivel de los musculo haciendo que se establezcan hábitos parafuncionales de succión y deglución (56).

La literatura científica ha mostrado que existe una relación entre el amamantamiento y la incidencia de la succión digital, los niños que reciben lactancia materna en periodos menores a 6 meses tienden a desarrollar este tipo de hábitos (56). En Venezuela se realizó un estudio transversal por Morales y col. sobre la Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones, en este estudio se evaluaron 195 historia clínicas de pacientes con edades comprendidas entre 3 y 16 años. Se obtuvo como resultado que el 84,1% presentó hábitos orales nocivos y 41% presentaron alteraciones en el sistema estomatognático. Se encontró una significancia estadística entre el tiempo de lactancia menor a 6 meses y la aparición de hábitos parafuncionales con un valor de ($P= 0,001$) (58).

2.2.2.8 Succión de chupo y otros objetos

La succión de chupo y de otros objetos en la primera infancia es una acción que para el niño resulta reconfortante, pero ocasiona efectos nocivos en el sistema estomatognático (59).

El psicoanalista Sigmund Freud, en sus teorías reportó que los niños sienten placer durante la lactancia materna por el reflejo de succión. Por tal motivo, tienen la tendencia a succionar cualquier objeto y esta necesidad ocurre hasta la etapa preescolar (60).

Etiología. Al ser la succión un comportamiento que empieza desde la vida intrauterina, el niño siempre va a sentir la necesidad de satisfacer esa necesidad psicológica y nutricional. La succión se da para alimentar a los niños y para que se desarrolle adecuadamente las estructuras orales y faciales. Por tanto, ese reflejo de succión debe ser saciado durante la alimentación o lactancia; sin

embargo, cuando esto no ocurre el chupo u otros objetos se convierten en complementarios para el niño para satisfacer su necesidad (59).

Comorbilidades. Se puede presentar mordida abierta y cruzada ya que al niño succionar objetos hace que la lengua opte por una posición descendente en la parte anterior de la boca, lo que producirá una fuerza mayor sobre los caninos y los primeros molares inferiores, aumentando en el arco inferior. La ausencia de soporte palatino de la lengua dará a una arcada superior estrecha (61).

Tratamiento. Para que el hábito se revierta se debe educar a los padres sobre las consecuencias del mismo y se debe realizar una terapia miofuncional mediante masajes y ejercicios en la cual se activen patrones musculares faciales y orales (62).

La eliminación del chupo puede realizarse de forma brusca o paulatina, restringiendo su uso por lapsos periódicos durante el segundo semestre del primer año de vida hasta erradicarlo a los 3 años. Al intentar retirar el hábito no deben aplicarse castigos, regaños o medidas humillantes con el niño al no poder obtener que remueva este hábito, se deberá estimular y festejar las veces que el niño acceda al retiro voluntario del chupo, para crear mayor seguridad del niño ante este acto (62).

En los niños mayores que aun presenten este hábito y requiera de su eliminación, el odontólogo podrá explicar las consecuencias de este hábito para ser revertido (62).

2.2.2.9 Deglución atípica

Este hábito nocivo consiste que durante la deglución existe una inadecuada posición o actividad de la lengua, lo que ocasiona que esa función sea anormal y ocasione alteraciones a nivel de la cavidad oral. Durante la deglución atípica la lengua adopta una posición hacia la superficie palatina de los incisivos produciendo una mordida abierta (63).

Etiología. Entre los factores que se asocian a la etiología de este hábito se mencionan el uso frecuente del biberón y la presencia de otros hábitos de succión ya que alteran las funciones normales del sistema estomatognático. También, otra causa es que el niño consuma alimentos triturados en edades avanzadas porque no permite que exista una adecuada actividad muscular lo que ocasiona la aparición de una deglución atípica (63).

Comorbilidades. Las consecuencias que puede producir este hábito son (51):

- Labios con disminución del tono muscular.
- Protrusión maxilar superior o inferior.
- Mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.
- Incompetencia labial.
- Hipertonicidad del mentón.

Tratamiento. El objetivo del manejo del hábito debe ir encaminado a una reeducación de la deglución, que establezca el comportamiento correcto de la lengua, lo cual se consigue con terapias miofuncionales realizadas por el odontólogo y el terapeuta de lenguaje (63).

2.2.3 Hábitos parafuncionales y trastornos mandibulares

La presencia de trastornos mandibulares se ha relacionado con la influencia de actores oclusales, trastornos emocionales y psicológicos como la ansiedad que generan hábitos nocivos. Esta afirmación tiene su fundamento en el que la articulación temporomandibular está protegida por los reflejos nerviosos y la actividad neuromuscular se controla a través de las fuerzas musculares. Por eso, cuando existe una fuerza anormal producto de hábitos nocivos se generan disfunciones en la articulación (64).

Un estudio del tipo analítico de casos y control realizado por Torres y col (64), donde se tuvo como objetivo evaluar la disfunción temporomandibular y su relación con la ansiedad y los hábitos parafuncionales y la muestra estuvo conformada por 100 personas de 15 a 50 años de edad; se observa una asociación entre el bruxismo y la presencia de disfunciones de la ATM. De los 35 pacientes que refirieron apretamiento dental, 30 (85,7%) presentaban disfunción, mientras que de los 65 que no presentaban el hábito solo 20 (30,76%) tuvieron disfunción. De acuerdo con los hábitos de mordedura de labios, lengua y carrillos en relación con la disfunción se observa que entre los 50 pacientes con disfunción 12 (24%) refirieron este hábito, en los pacientes sanos solo 4 (8%) lo reportaron. Del total de la muestra que reportaron el hábito 12 (75%) presentaban disfunción en la ATM. La ansiedad se relacionó significativamente con la presencia de una disfunción ($P < 0,001$).

En el 2009 Cortese y Biondi realizaron un estudio en Argentina sobre relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes, los resultados arrojaron que el 96% de la muestra presentaron hábitos parafuncionales y el 78% alguna disfunción como masticatoria. Se encontró asociación significativa entre los síntomas de los trastornos de la articulación temporo-mandibular y hábitos parafuncionales ($P < 0,05$). El ruido articular se asoció con el bruxismo ($P = 0,018$) (65).

Para el manejo de hábitos parafuncionales el profesional de la salud debe realizar de forma adecuada la remisión de pacientes con algún tipo de alteración dentofacial, para así brindarles un tratamiento integral adecuado, que podrían incluir fisioterapia oral, medicamentos relajantes, entre otras, mejorando las condiciones de vida de estos (8,16).

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar el registro en la historia clínica, sobre el seguimiento realizado a pacientes de 7 a 11 años de edad con hábitos parafuncionales, que asistieron a la clínica integral del niño de la Universidad Santo Tomás, durante el segundo semestre del 2016 y el primer semestre del 2017.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar los hábitos parafuncionales que fueron registrados en la historia clínica de los niños de 7 a 11 años.

- Establecer si el hábito parafuncional fue el motivo de consulta odontológica en los niños de 7 a 11 años.
- Identificar si dentro del tratamiento establecido por el estudiante, se enuncia la remisión a otro profesional para el manejo interdisciplinario.

4. Materiales y métodos

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo serie de casos para determinar el seguimiento realizado a niños de 7 a 11 años con hábitos parafuncionales, que asistieron a la clínica integral del niño de la Universidad Santo Tomás, durante el segundo semestre del 2016 y el primer semestre del 2017.

“Este tipo de estudio, también conocido como transversales, de corte, de prevalencia, etc. Independientemente de su denominación son estudios observacionales, en los que no se manipula ni se interviene el factor a estudiar” (66).

4.2 Universo

178 historias clínicas de pacientes que asistieron a la clínica integral del niño en el II semestre del 2016 y I semestre de 2017 y que contaban con un registro en la base de datos de la USTA.

4.2.1 Población

Pacientes con hábitos parafuncionales que asistieron a la clínica integral del niño en el II semestre del 2016 y I semestre de 2017 y que cuenta con un registro en la base de datos de la USTA.

4.2.2 Muestra y muestreo

No se realizó cálculo del tamaño de muestra, ya que se revisaron todas las historias clínicas disponibles en pacientes de 7 a 11 años que asistieron a la clínica integral del niño en el II semestre del 2016 y I semestre de 2017 y que cumplían con los criterios de inclusión, por la misma razón no se implementó ninguna estrategia de muestreo.

Para el siguiente trabajo de grado se realizó un proceso de clasificación de acuerdo con los criterios de selección, obteniendo un total de 20 historias clínicas aptas para el estudio; las otras historias clínicas fueron descartadas debido a que: 73 historias clínicas fueron excluidas por mal diligenciamiento, 13 no estaban aprobadas, 48 no refieren ni registran hábitos, 16 no se encontraron y 8 no tenían el formato de consentimiento de investigación.

4.2.3 Criterios de selección

4.2.3.1 Criterios de inclusión

- Historias de niños atendidos en la clínica integral del niño.

- Historias de niños de 7 a 11 años.
- Historias que estén completamente diligenciadas (sin tachones ni enmendaduras).
- Historias que tengan consentimiento de investigación diligenciado.
- Historias de pacientes que tengan hábitos orales parafuncionales.

4.2.3.2 Criterios de exclusión

- Historias de niños con algún síndrome deformante.
- Historias de niños con algún tipo de discapacidad mental.

4.3 Variables

Los hábitos parafuncionales que se contemplan en este apartado son los que se encuentran en el formato que se diligencia en la clínica integral del niño de la universidad Santo Tomás de Bucaramanga.

La tabla de variables se presenta en el apéndice A.

Variables de información personal

- Nombre: Edad
- Definición conceptual: Es el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.
- Definición operacional: Es el registro en la historia clínica que permite saber el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.
- Naturaleza: Cuantitativa, continua, independiente.
- Valor que asume: Valor reportado

- Nombre: Sexo
- Definición conceptual: Es la condición física que distingue el hombre de la mujer
- Definición operacional: Es el registro en la historia clínica que permite saber si el paciente es hombre o mujer.
- Naturaleza: Cualitativa, nominal, independiente
- Valor que asume: Mujer (0), hombre (1)

Variables de hábitos parafuncionales.

- Nombre: Onicofagia
- Definición conceptual: Es el hábito en el cual una persona muerde sus uñas de forma crónica
- Definición operacional: Es el registro en la historia clínica de morderse las uñas de forma crónica
- Naturaleza: Cualitativa, nominal, independiente
- Valor que asume: No (0), si (1)

- Nombre: Succión digital

- Definición conceptual: Es el hábito que se refiere a la acción de chuparse el dedo
 - Definición operacional: Es el registro en la historia clínica de la acción de chuparse el dedo
 - Naturaleza: Cualitativa, nominal, independiente
 - Valor que asume: No (0), si (1)
-
- Nombre: Respiración oral
 - Definición conceptual: Es el hábito en el cual una persona respira por la boca
 - Definición operacional: Es el registro en la historia clínica del hábito de respirar por la boca
 - Naturaleza: Cualitativa, nominal, independiente
 - Valor que asume: No (0), si (1)
-
- Nombre: Bruxismo
 - Definición conceptual: Es un hábito nocivo, en el cual una persona rechina los dientes de forma involuntaria.
 - Definición operacional: Es el registro en la historia clínica del rechinar de los dientes de forma involuntaria.
 - Naturaleza: Cualitativa, nominal, independiente
 - Valor que asume: No (0), si (1)
-
- Nombre: Hábitos que producen lesión de tejidos blandos
 - Definición conceptual: Se refiere a la succión o mordedura del labio inferior y succión o mordedura de la parte interna de las mejillas, las cuales producen lesiones de tejidos blandos en la cavidad oral.
 - Definición operacional: Es el registro en la historia clínica de la succión o mordedura del labio inferior y succión o mordedura de la parte interna de las mejillas, las cuales producen lesiones de tejidos blandos en la cavidad oral.
 - Naturaleza: Cualitativa, nominal, independiente
 - Valor que asume: No (0), si (1)
-
- Nombre: Deglución atípica
 - Definición conceptual: Se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral.
 - Definición operacional: Es el registro en la historia clínica de los movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral.
 - Naturaleza: Cuantitativa, nominal, independiente
 - Valor que asume: No (0), si (1)
-
- Nombre: Succión o mordedura de chupo - otros objetos
 - Definición conceptual: Es el hábito que se refiere a la acción de chupar o morder un chupete o cualquier otro objeto.
 - Definición operacional: Es el registro en la historia clínica que se refiere a la acción de chupar o morder un chupete o cualquier otro objeto.
 - Naturaleza: Cuantitativa, nominal, independiente
 - Valor que asume: No (0), si (1)

Variables de anamnesis

- Nombre: Motivo de consulta
- Definición conceptual: Se refiere a la razón por la cual el paciente acude a la consulta odontológica.
- Definición operacional: Registro en la historia clínica de la razón por la cual el paciente acude a la consulta odontológica.
- Naturaleza: Cualitativa, nominal, independiente
- Valor que asume: Por hábito (0), por algo diferente (1)

Variable plan de tratamiento

- Nombre: Remisión para manejo del hábito
- Definición conceptual: Se define como sugerencia verbal y escrita en la historia clínica que se le hace al paciente para que se maneje su hábito parafuncional por otro profesional de la salud.
- Definición operacional: Registro de una sugerencia escrita en la historia clínica que se le hace al paciente para que se maneje su hábito parafuncional por otro profesional de la salud.
- Naturaleza: Cualitativa, nominal, dependiente
- Valor que asume: No (1), si (0)

4.4. Instrumento

El instrumento del presente proyecto de grado se realizó con base en la información registrada en las historias clínicas y constó de 5 apartados; el primero contiene la información de identificación personal del paciente, el segundo los hábitos reportados del paciente, el tercero motivo de consulta y el cuarto remisión para manejo del hábito. (Ver instrumento en apéndice B.)

4.5 Procedimiento

El procedimiento de investigación consistió en revisar las historias de los pacientes atendidos en el segundo semestre del 2016 y primer semestre del 2017, con permiso solicitado ante la coordinación de servicios odontológicos para buscarlas en el archivo.

Se recibió un listado de 239 historias de pacientes que fueron atendidos en la clínica integral del niño entre 2016-2 y 2017-1. Una vez se obtuvieron las historias clínicas del archivo, teniendo cuenta los criterios de selección, se descartaron 61 que no cumplieron con los rangos de edad, quedando 178 historias clínicas como el universo de esta investigación. Del total solo conformaron la muestra 20 historias. Se procedió a realizar la revisión de cada una de ellas con el fin de analizar y recolectar la información requerida, que fue registrada en el instrumento creado para este fin. Posteriormente la información fue organizada en un archivo del programa Excel y luego se realizó el análisis estadístico correspondiente.

4.6 Análisis estadístico

Se presentó frecuencia absoluta y porcentaje para resumir la información recolectada sobre hábitos parafuncionales, sexo, motivo de consulta, entre otras variables cualitativas.

4.7 Consideraciones éticas

El presente estudio se concibió como una investigación sin riesgo según los lineamientos establecidos en el artículo 11 del capítulo I de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia para la investigación en seres humanos, debido a que la presente investigación es un análisis secundario que empleó los datos de la información recolectada anteriormente por los estudiantes que diligenciaron la historia clínica.

Adicionalmente, los individuos no fueron identificados en la base de datos debido a que se emplearon códigos, lo cual permitió el respeto a la confidencialidad, la privacidad de la información y el buen uso de los datos, tal como lo establecen los lineamientos de buenas prácticas clínicas y la ley 1581 del 2012, para la protección de datos personales.

Por tratarse de un estudio que utilizó datos previamente recolectados, se garantizó el respeto por el principio de autonomía de la persona, la no maleficencia al trabajar directamente con la base de datos y no directamente con la persona que hizo parte del estudio.

El presente estudio no contempló ningún tipo de intervención, manipulación de variables biológicas o fisiológicas o interacción entre los investigadores y los individuos estudiados, que pudiera llevar a alguna clase de subordinación legal, académica, administrativa o algún trato que pudiera generar coerción o discriminación entre el investigador y la persona del estudio, debido a que el presente protocolo correspondió a un análisis secundario del análisis original.

En cuanto a los beneficios del presente estudio se contempló que el mayor es de tipo indirecto y está relacionado con la generación de nuevo conocimiento que favorezca la disminución de la incidencia de las maloclusiones de los niños en futuro por sus hábitos parafuncionales.

Por último, no existió ningún conflicto de interés entre los investigadores que participaron en el presente estudio que pudiera comprometer la validez del estudio o la publicación de los resultados del mismo.

5. Resultados

Como se observa en la tabla 2, se encontró que los pacientes que presentaron en su mayoría hábitos parafuncionales fueron de la población femenina con un total de 11 casos.

Tabla 2. *Sexo de los niños que reportaron hábitos parafuncionales*

Sexo	Cantidad reportada n (%)
Femenino	11 (55)
Masculino	9 (45)
Total	20

Según la tabla 3, la edad en la cual se presentó mayor número de registros de pacientes con hábitos parafuncionales fue a los 9 años, con 9 historias clínicas y en las que se presentaron menos fueron a los 10 y 11 años con 2 casos reportados.

Tabla 3. *Edad de los niños que reportaron hábitos parafuncionales*

Edad	Historias reportadas con hábito	Pacientes Femeninos	Pacientes Masculinis
	n (%)	n	N
7	3 (15)	3	0
8	4 (20)	3	1
9	9 (45)	5	4
10	2 (10)	0	2
11	2 (10)	0	2
Total	20	11	9

La tabla 4 muestra que el hábito que se presentó con mayor frecuencia en las historias de los pacientes que reportaron solo un hábito fue la onicofagia, con un total de 6 historias clínicas, siendo los pacientes masculinos los más predominantes en este hábito con 4 casos; el bruxismo fue el segundo hábito parafuncional más frecuente con un total de 3 historias clínicas, de las cuales 2 fueron de sexo femenino.

Tabla 4. *Pacientes con 1 hábito parafuncional*

Hábitos parafuncionales	Cantidad reportada n (%)	Pacientes Femeninos n	Pacientes Masculinis N
Bruxismo	3 (25)	2	1
Onicofagia	6 (50)	2	4
Succión digital	1 (8,3)	0	1
Hábitos que producen lesión de tejidos blandos (Succión de carrillos- Succión de labio inferior	1 (8,3)	1	0
Respiración oral	1 (8,3)	1	0
Total	12	6	6

En la tabla 5 se observa que de los pacientes que presentaron dos hábitos parafuncionales, los que más se presentaron fueron onicofagia y respiración oral en 4 casos; seguidos por bruxismo y onicofagia en 2 casos, en los cuales el sexo femenino fue en el que más se presentó.

Tabla 5. *Paciente con 2 hábitos parafuncionales*

Hábitos parafuncionales		Cantidad reportada n (%)	Pacientes Femeninos n	Pacientes Masculinos N
Bruxismo y onicofagia	y	2 (33,3)	2	0
Onicofagia y respiración oral	y	3 (50)	1	2
Hábitos que producen lesión de tejidos blandos (succión de carrillos-succión de labio inferior) y bruxismo		1 (16,6)	0	1
Total		6	3	3

Según la tabla 6, los pacientes que reportaron presentar tres hábitos parafuncionales fueron mujeres.

Tabla 6. *Pacientes con 3 hábitos parafuncionales*

Hábitos parafuncionales		Cantidad reportada n (%)	Pacientes Femeninos n	Pacientes Masculinos N
Onicofagia, Hábitos que producen lesión de tejidos blandos (Succión de carrillos-Succión de labio inferior) y Bruxismo		1 (50)	1	0
Respiración oral, Onicofagia y Bruxismo		1 (50)	1	0
Total		2	2	0

En la tabla 7 se evidenció que solo 1 de las 20 historias clínicas tenía el registro de motivo de consulta por hábito, la cual correspondía a un paciente de sexo femenino de 7 años que presento bruxismo y onicofagia.

Tabla 7. *Motivo de consulta registrado en las historias clínicas de los niños con hábitos parafuncionales*

Motivo de consulta	Casos registrados	Pacientes femeninos	Pacientes masculinos
	n (%)	n	n
Por hábito	1 (5)	1	0
Por otra razón	19 (95)	10	9
Total	20	11	9

Como se observa en la tabla 8, se encontró que la remisión para manejo de hábito solo se realizó en 3 de las 20 historias clínicas de la muestra, de las cuales 2 correspondían a pacientes masculinos. Los hábitos que tenían los pacientes que fueron remitidos fueron: succión digital, respiración oral y onicofagia; los pacientes que se remitieron reportaron tener 8 y 9 años.

Tabla 8. *Remisión reportada en las historias clínicas de los niños con hábitos parafuncionales*

Remisión para manejo de hábito	Casos registrados	Pacientes femeninos	Pacientes masculinos
	n (%)	n	n
Se realizó	3 (15)	1	2
No se realizó	17 (85)	10	7
Total	20	11	9

7. Discusión

En los resultados encontrados por Carvajal y col; del estudio realizado en población infantil de Sucre, Bolivia, el hábito parafuncional de mayor frecuencia fue la respiración oral con un 48%, mientras que, en el presente estudio, el hábito que más se presentó fue la onicofagia. Las características climáticas de ambas ciudades podrían influenciar en los resultados, considerando que Sucre cuenta con una temperatura promedio entre 3 y 24 °C, mientras que Bucaramanga presenta un promedio entre 20 y 27 °C, lo que podría favorecer los problemas de obstrucción nasal por rinitis, cornetes hipertrofiados o mala higiene nasal, los cuales son factores que propician la instauración de la respiración oral (71,72). Así mismo se presentaron diferencias en la presencia de otros hábitos, en este trabajo ningún paciente reportó deglución atípica mientras que en el estudio realizado por Carvajal se presentó en segundo lugar con un 45%. Ambos estudios consideraron que la probabilidad de desarrollar un hábito parafuncional de acuerdo al sexo, se presenta una leve diferencia no significativa en el sexo femenino, por lo cual no se puede considerar este predominio por sexo (48).

En la investigación de Mendoza L. y col; reportaron que los hábitos bucales nocivos de mayor prevalencia correspondieron a interposición lingual 66,2%, succión labial 49,3%, y onicofagia 41,9%. En el estudio realizado por Díaz K y col; se encontró que el hábito de morder objetos fue el más frecuente con un 54%, seguido por onicofagia con un 39,7%, también se encontró que 93 (80,2%) de la población presentaban algún tipo de hábito parafuncional, (14). A diferencia del presente estudio en el cual el hábito que más se presentó fue onicofagia en el 50% de los pacientes reportados con un solo hábito seguido del bruxismo en 25% de los pacientes y se encontró un 73% de pacientes con presencia de hábito parafuncional. En cuanto a los hábitos que no se reportaron están: deglución atípica y succión de chupo u otros objetos (67). Estos últimos no se reportaron

pudiendo ser el motivo la falta de conocimiento del estudiante a la hora del diligenciamiento de la historia clínica. La edad puede ser un factor influyente en la presencia de hábitos parafuncionales, debido a que en edades de 6 a 11 años se observó una mayor prevalencia de estos, lo cual puede deberse al tipo de dentición mixta presente.

El presente trabajo de grado se asemeja con otros estudios entre ellos el de García y col; y Murrieta y col; en los cuales el hábito más prevalente fue también la onicofagia con un 46,4% en el de García y un 35% en el de Murrieta en el cual se describe que este hábito es muy difícil de eliminar y sirve para satisfacer una necesidad similar a la de succión digital, debido a problemas sociales, psicológicos y/o fisiológicos, los cuales poseen gran relevancia ya que pueden conllevar a la presencia de un hábito parafuncional (26,68).

En el artículo “intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales” realizado por Álvarez I. y Col, la mayoría de los hábitos predominaron más en el sexo femenino con un 59,8%, al igual que en el presente estudio en el cual se presentaron 11 (55%) en niñas con hábitos parafuncionales. Este resultado coincidente podría explicarse debido al hecho que las mujeres son reprimidas socialmente, poseen mayores presiones en el ámbito escolar y familiar, lo cual genera estrés y ansiedad, haciendo que sean más susceptibles que los hombres, a presentar cualquier tipo de hábito parafuncional. (9).

En el estudio realizado por Romero, el motivo de consulta más frecuente fue la valoración bucal con un 67,35%, y ninguno acudió a consulta por hábitos parafuncionales (18). En este estudio también se encontró que el 95% de los motivos de consulta fueron diferentes a la consulta por el hábito. Solo un padre (5%) consulto inquietado por el hábito parafuncional presentado de su hija. El bajo índice en el motivo de consulta por hábito parafuncional, podría estar asociado al desconocimiento de los efectos nocivos que tienen los hábitos sobre el sistema estomatognático, sumado a falta de información preventiva durante la etapa prenatal y en las sesiones de control de crecimiento del niño en sus primeras etapas de vida que podría interpretarse como falta de interés de los padres.

Por otro lado, según el estudio “propuesta de implementación del servicio de fonoaudiología como terapia complementaria para tratamientos de ortodoncia en la clínica de odontólogos y especialistas, orthoespecialistas” que se realizó en el año 2014 por Lemus A. y col; se evidenció que en el 2012, de los 7437 pacientes que asistieron a la clínica, a el 12% se le remitió a la especialidad de fonoaudiología y en el 2013 de los 9782 pacientes que se atendieron ,se les remitió a un 23% para complementar el tratamiento (69); lo cual coincide en el presente estudio ya que en este se planteó la remisión con especialistas para seguimiento interdisciplinario en el 15% de los casos. Podría considerarse que la falta de experticia del estudiante en el esquema de manejo interdisciplinario para estos casos deja de lado las acciones correspondientes dentro del plan de tratamiento adecuado para su paciente, también, puede influir el hecho que, dentro de los objetivos de la clínica, no se plantean actividades de tratamiento de hábitos parafuncionales lo que ocasiona desinterés por parte del estudiante.

Teniendo en cuenta que, si se presentan simultáneamente dos o más hábitos en el niño, la posibilidad de alteración y la gravedad es mayor. En el estudio revisado, Mendoza L. y col; reportaron que los hábitos bucales nocivos de mayor prevalencia correspondieron a la

interposición lingual 66,2%, succión labial 49,3%, y onicofagia 41,9%, lo que evidencia que se presentan dos o más hábitos simultáneamente en los niños, aunque no expresan este dato de manera particular. En el presente estudio, sí se consideró la presencia simultánea de estos, obteniendo como resultado que el 40% de las historias revisadas, reportaron la presencia de dos o más hábitos. El realizar un buen diagnóstico en estos casos de mayor riesgo de alteración, permite orientar el adecuado manejo de la condición presentada de manera oportuna.

Se hace la salvedad de que para este estudio se trabajó con una muestra de 20 historias clínicas provenientes de un universo de 178, a las que se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión. Las principales causas de exclusión fueron: mal diligenciamiento, historia diligenciada a lápiz, información incompleta, falta de consentimientos informados para investigación, sin la firma de aprobación; mientras que la mayoría de estudios que se presentaron para esta discusión fueron estudios observacionales que manejaron muestras de mayor número, tales como el estudio realizado por Chamorro A. y Col. en la universidad del Valle Colombia, en el cual se revisaron 209 historias clínicas de las cuales 140 fueron la muestra (70). En estos aspectos puede influir la prontitud con que el estudiante quiere aprobar su historia para poder iniciar sus tratamientos y cumplir satisfactoriamente con los objetivos propuestos para su nivel de clínica, se podría considerar también lo difícil que resulta una auditoría permanente sobre el diligenciamiento de las historias en cuanto a tiempo y recursos institucionales para este fin.

Cabe destacar que esta investigación es de gran importancia, ya que es la primera realizada sobre este tema en Santander, lo cual se evidencia en el marco teórico por la falta de investigaciones encontradas a nivel local. En cuanto al profesional brinda información suficiente para concientizar sobre el manejo de los diferentes hábitos parafuncionales, mostrando la importancia de la remisión a las diferentes disciplinas y contribuyendo así a la población en general al evitar secuelas de los hábitos con alto costo de tratamiento en el futuro.

Además, para la recolección de historias clínicas se presentaron inconvenientes como: retraso en la entrega del listado definitivo de las historias a evaluar, la autorización para ingresar al archivo de la USTA, la búsqueda de cada historia clínica y debido a esto, la recopilación de datos se hizo más extensa.

6.1 Conclusiones

- Se evidenció que para los padres o acudientes de niños que reportaron hábitos parafuncionales el motivo de consulta fue diferente a la presencia de estos.
- Se observó que la mayoría de los estudiantes no consideran la presencia y manejo de hábitos parafuncionales dentro de los objetivos de tratamiento que plantean para su paciente o no tienen el conocimiento suficiente acerca de estos.
- La remisión de los pacientes con hábitos parafuncionales dentro de la visión de manejo interdisciplinario no se realiza en la gran mayoría de los casos, teniendo en cuenta que solo 3 de los pacientes de las 20 historias revisadas registraron e indicaron la necesidad de valoración, pero no se encuentran los soportes de las mismas ni registros del resultado y conceptos del especialista asignado.

- En el 40% de los casos se encontró presencia de dos o más hábitos de manera simultánea; mientras que, de los pacientes que reportaron un solo hábito, la onicofagia fue el de mayor prevalencia con el 50%, y presentándose de forma general un leve predominio en el género femenino del 55%.
- Se pudo verificar que dentro de las historias revisadas solo el 8,3% de ellas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, lo que redujo considerablemente la muestra afectando de igual manera el presente estudio.

6.2 Recomendaciones

- Se sugiere colocar dentro de los objetivos de la clínica integral del niño el manejo de los hábitos parafuncionales como una competencia de la clínica y de este modo poder dar manejo a los mismos interdisciplinariamente.
- Se sugiere para próximos estudios realizar una guía de manejo para las prácticas clínicas y un material educativo para padres.
- Evaluar el conocimiento de los estudiantes en el manejo de los hábitos y sus características clínicas.
- Se sugiere a los docentes encargados de la práctica clínica estar más atentos al seguimiento de los hallazgos en la historia clínica para intensificar el registro como objetivo de tratamiento y se guíe al estudiante en el manejo de este.
- Se recomienda a los docentes estar más atentos en cuanto al diligenciamiento de las historias clínicas y realizar auditoría de las mismas para que futuras investigaciones que se hagan con base a la clínica integral del niño puedan realizarse satisfactoriamente y se pueda obtener una muestra suficiente y así lograr resultados relevantes.
- Se recomienda a la universidad hacer convenios con otras instituciones educativas que tengan programas como fonoaudiología y psicología para que sus estudiantes tengan la posibilidad de realizar sus prácticas en el programa de pregrado de odontología en la Universidad Santo Tomás.

7. Referencias

1. Kamdar R, Al-Shahrani I. Damaging oral habits. *J Int Oral Health* 2015 Apr;7(4):85-87. [citado 2 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4409805/>
2. Diccionario de la Real Academia Española (RAE). Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=IbQKTYT>
3. Pruneda J, Hernández L, Vázquez J, Vieyra C, Guevara M. Frecuencia y distribución de hábitos parafuncionales en un grupo de escolares mexicanos, 2014. *Revista Nacional de Odontología* 2015;11(21). [citado 2 enero 2019] Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/950>

4. González Ramos R, González D, Fors C, Ledesma I. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2012;11(4):464-473. [citado 2 enero 2019] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38554>
5. García N, Muñoz D, Reyes N. Tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con auriculoterapia. *Archivo Médico de Camagüey* 2017;21(6):740-752. [citado 2 enero 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2111/211153611007.pdf>
6. Vithanaarachchi, V. The Prevention of Malocclusions. *Open Access Journal of Dental Sciencess.* 2017; 2: 1-4. Disponible en: <https://medwinpublishers.com/OAJDS/OAJDS16000140.pdf>
7. Núñez L, Contreras V, Correa G, Canales T, Mejía G, Martínez J, Moreau J. Factores asociados a la consulta odontológica en niños/as y jóvenes de Talca (Chile) e inmigrantes chilenos de Montreal (Canadá), 2013, Chile. disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911113000460>
8. Atunes F, Lara S, Fang L, Herrera A, Diaz. *Perspectiva del Odontólogo sobre la necesidad de unir la Logopedia a la Práctica Clínica*, 2011, Brasil, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100003
9. Álvarez I, Lescaille Y, Mora C, Pieri K, González B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales 2013 *MediSur*, 11(4), 410-421. Recuperado en 10 de febrero de 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000400005&lng=es&tlng=es.
10. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2016 Oct;36(5):386-394. [citado 2 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5225794/>
11. Di Francesco R, Passerotii G, Paulucci B, Minit A. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. *Rev Bras Otorrinolaringol.* V.70, n.5, 665-70, set./out. 2004. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/0D/rboto/v70n5/a14v70n5.pdf>
12. Kasparaviciene K, Sidlauskas A, Zasciurinskiene E, Vasiliauskas A, Juodzbaly G, Sidlauskas M, et al. The prevalence of malocclusion and oral habits among 5-7-year-old children. *Med Sci Monit* 2014 Oct 24; 20:2036-2042. [citado 2 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4215577/>
13. Guarnizo Méndez S, Mestre Vega J, Ramos Martínez K, Bustillo Arrieta JM. Prevalencia de hábitos para funcionales y maloclusiones en escolares de 5 a 13 años de una institución

- educativa de la ciudad de Cartagena. [Tesis doctoral]. Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad Odontología, 2017. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/7107/1/PROYECTO%20HABITOS%20Y%20MALOCLUSIONES.pdf>
14. Fuentes K, et al. Descripción de hábitos orales parafuncionales en niños atendidos en las clínicas del niño de la universidad santo Tomás. [Tesis]. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás. Facultad Odontología, 2016. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9357/DiazFuentesKareldJohanaDuarteBallenLizethPaolaPlataRodriguezCristian2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 15. Oliveira A, Casarin D, Valesa G, Girardi N, Port R, Port de Oliveira R. Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. *Stomatos* Vol 16 N 30, 2010. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/850/85015681002/>.
 16. Enriquez A, Balderas J, Garcia D, Castellanos J. Valoración y manejo interdisciplinario del bruxismo. *Revista ADM* 2015; 72 (2): 99-105. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od152h.pdf>
 17. Fale H, Hnamte L, Deolia S, et al. Association between parafunctional habit and sign and symptoms of temporomandibular dysfunction. *Journal of Dental Research and Review*. 2018; 5(1): 17. 14 [citado 20 Enero 2019] Disponible en: <http://www.jdrr.org/article.asp?issn=2348-2915;year=2018;volume=5;issue=1;spage=17;epage=21;aulast=Fale>
 18. Romero F, Motivo de consulta odontológica de los pacientes atendidos en la clínica dental docente de la universidad peruana Cayetano Heredia según la clasificación de las cinco generaciones de Strauss y howe periodo 2014-2015. 2017. Lima Perú. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/914/Motivo_RomeroChanta_Fernando.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 19. Medrano E, Franco C, Medrano J, Casas C. ASOCIACIÓN ENTRE EL MOTIVO DE CONSULTA Y EL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES DE LA CLIMUZAC. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud* Vol. 3, Núm. 6 Julio - Diciembre 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/JCVS/Downloads/Dialnet-AsociacionEntreElMotivoDeConsultaYEIDiagnosticoEnP-5045741.pdf>
 20. Sarrazola-Moncada ÁM, Castaño-Tabares ME, Sánchez-Upegui A, García-Moreno MA, Arévalo M, Peláez Y. Satisfacción de los pacientes atendidos en una clínica odontológica de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Rev Nac Odontol*. 2016;12(23):57-62. doi: 10.16925/od.v12i23.1378. disponible en: <file:///C:/Users/JCVS/Downloads/1397-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3627-2-10-20160929.pdf>

21. Más MJ, Mora CdC , López R, Apolinaire JJ. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. *Medisur*. 2009; 7(1): 8-14 [citado 19 enero 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1800/180020302002/>
22. Manrique Guzmán J, Manrique Chávez J, Chávez Reátegui B, Manrique Chávez C. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. *Rev Estomatol Herediana*. 2014 Ene-Mar;24(1):17-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539380004.pdf>
23. Diccionario de la Real Academia Española (RAE). Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=PwDYZFz>
24. Diccionario de la Real Academia Española (RAE). Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=ASYEVzT>
25. Farooq A, Batra M, Sudeep CB, Gupta M, Rishikesh K. Oral habits and their implications. *Journal of dental herald* 2014; (1): 179-186. [citado 3 enero 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268612770_Oral_habits_and_their_implications
26. Murrieta-Pruneda JF, Bello RIA, Silva LEP, Juárez-López LA, Vieyra CL, Ocampo AFM, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 2011;68(1):26-33. [citado 3 enero 2019] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004
27. Shetty RM, Shetty M., Shetty NS, Deoghare A. Three-Alarm System: Revisited to treat Thumb-sucking Habit. *International journal of clinical pediatric dentistry* 2015; 8(1): 82-86. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472878/>
28. Machado AJ, Jr, Crespo AN. A lateral cephalometric x-ray study of selected vertical dimensions in children with atypical deglutition. *Int J Orofacial Myology*. 2010;36:17-26
29. Shahraki N, Yassaei S, Moghadam MG. Abnormal oral habits: A review. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene* 2012;4(2):12-15. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://academicjournals.org/journal/JDOH/article-full-text-pdf/C0C201F5216>
30. Belmont F, Godina G, Ceballos H. El papel del pediatra ante el síndrome de respiración bucal. *Acta Pediátrica de México* 2008; 29(1): 3-8. [citado 19 de enero 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640309002.pdf>
31. Chambi A. Desarrollo y postura craneofacial en relación al patrón de respiración en la infancia. [Tesis]. España: Universidad de Sevilla. Facultad Odontología, 2014.

32. Moya MP, Marquardt K, Olate S. Caracterización de la Función Masticatoria en Estudiantes Universitarios. *Inter journal odonto* 2017; 11(4): 495-499. [citado 19 de enero 2019] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2017000400495&script=sci_arttext
33. Hirano Y, Onozuka M. Chewing and attention: a positive effect on sustained attention. *BioMed research international* 2015; 15: 1-6. [citado 19 de enero 2019] Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/367026/>
34. Chávez FC, Chocano AD. “ÓRGANOS” O “ESTRUCTURAS” FONOARTICULADORAS: UN DESLINDE TEÓRICO – CONCEPTUAL. *Rev. CEFAC*. 2010 Set-Out; 12(5):715-904. [citado 19 de enero 2019] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n5/es_a01v12n5.pdf
35. Rebolledo FA. Alimentación y deglución. Aspectos relacionados con el desarrollo normal. *Plasticidad y Restauración Neurológica*. 2005; 4(1-2): 49-57. [citado 19 de enero 2019] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5135>
36. Hurtado C. *Ortopedia maxilar integral*. Bogotá, DC, Colombia: Ecoe Ediciones Ltda; 2012.
37. López, BM, González NG. Bruxismo en niños: a propósito de un caso. *Odontol Pediátr (Madrid)*. 2016; 24(3): 220-227.
38. Garde JB, Suryavanshi RK, Jawale BA, Deshmukh V, Dadhe DP, Suryavanshi MK. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. *J Int Oral Health* 2014 Feb;6(1):39-43. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959135/>
39. Quashie-Williams R, daCosta OO, Isiekwe MC. Oral habits, prevalence and effects on occlusion of 4-15 yearold school children in Lagos, Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 2010 Jun;17(2):113-117. [citado 3 Enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20539325>
40. Morán V, Zamora O. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la EBN Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría* 2013:1-18. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-4/>
41. Serra-Negra J, Paiva S, Seabra A, Dorella C, Lemos B, Pordeus I. Prevalence of sleep bruxism in a group of Brazilian schoolchildren. *European Archives of Paediatric Dentistry*

- 2010;11(4):192-195. [citado 3 Enero 2019] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03262743>.
42. Buitrago AM, Gómez JR, Salazar S, Morón L, Perilla JC, Barrera JP. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. *Revista Colombiana de investigación en Odontología* 2013;4(10):43-55. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120>
43. Saulue P, Carra M, Laluque J, d'Incau E. Understanding bruxism in children and adolescents. *Int orthod* 2015;13(4):489-506. [citado 3 enero 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283220352_Understanding_bruism_in_children_and_adolescents
44. Ordóñez MP, Villavicencio É. Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. *Revista Estomatológica Herediana* 2016; 26(3): 147-150. [citado 20 enero 2019] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552016000300005&script=sci_arttext&tlng=pt
45. Insana SP, Gozal D, McNeil DW, Montgomery-Downs HE. Community based study of sleep bruxism during early childhood. *Sleep Med.* 2013;14(2):183-188. [citado 20 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3616318/>
46. Rossi D, Manfredini D. Family and school environmental predictors of sleep bruxism in children. *J Orofac Pain* 2013;27(2):135-41. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23630685>
47. De Cássia Gonçalves R. Ativador Elástico Aberto de Klammt no tratamento da má oclusão de Classe II 1. Universidade Estadual Paulista, Brasil 2007.
48. Carvajal J, Carvajal C, Escudero E, Romero M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, 2012. Sucre: Ramos M. eds. *Ciencias de la Salud*. 2014. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <http://www.ecorfan.org/bolivia/handbooks/ciencias%20de%20la%20salud%20I/Articulo%2018.pdf>
49. Medina C, Laboren ML, Vilorio C, Quirós O, DJuriscic A, Alcedo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria* 2010:1-2. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>

50. Dixit UB, Shetty RM. Comparison of soft-tissue, dental, and skeletal characteristics in children with and without tongue thrusting habit. *Contemp Clin Dent* 2013 Jan;4(1):2-6. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3703688/>
51. Marouane O, Ghorbel M, Nahdi M, Necibi A, Douki N. New Approach to Managing Onychophagia. *Case reports in dentistry* 2016;1-5. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crid/2016/5475462/abs/>
52. Ghanizadeh A. Nail biting; etiology, consequences and management. *Iran J Med Sci* 2011 Jun;36(2):73-79. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556753/>
53. Pierre H, Richard K, Shari R. Onychophagia: A nail-biting conundrum for physicians, *Journal of Dermatological Treatment*. 2017; 28 (2): 166-172
54. Hatia SK, Goyal A, Kapur A. Habitual biting of oral mucosa: A conservative treatment approach. *Contemp Clin Dent* 2013 Jul;4(3):386-389. [citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3793567/>
55. Budhiawan M, Krisnawati K. The use of lip bumper to overcome lower lip sucking habit. *Padjadjaran Journal of Dentistry* 2010;22(1). [citado 3 enero 2019] Disponible en: <http://jurnal.unpad.ac.id/pjd/article/view/14076>
56. Morales-Chávez M, Stabile-Del Vechio R, Vargas-Vallejos S, Vasconcelos-Delgado R. Relación existente entre el tiempo de lactancia materna y el desarrollo de hábitos orales parafuncionales en una muestra de niños venezolanos. *Odontol Pediatr* 2009;17(3):163-168. [citado 3 enero 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/270572820_Relacion_existente_entre_el_tiempo_de_lactancia_materna_y_el_desarrollo_de_habitos_orales_parafuncionales_en_una_muestra_de_ninos_venezolanos
57. Rodríguez YNL. Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. *Universitas Odontológica* 2016; 35(74): 127-139. [citado 19 enero 2019] Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/30682>
58. Morales-Chávez MC, Stabile-Del Vechio RM. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. *Universitas Odontológica*, 2014; 33(71): 19-24 [citado 19 enero 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/2312/231242326016/>
59. Varas VF, Gil BG. Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. In *Anales de Pediatría*. 2012; 77 (6): 374-380. [Citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=410571>

60. Marinov PA. Uso del chupete de entretención en la primera infancia y su influencia en el desarrollo posterior de sobrepeso y obesidad entre los 5 y 18 años de edad. *Revista chilena de nutrición*. 2013; 40(1): 16-20 [citado 3 enero 2019] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775182013000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
61. Ocampo PA, Johnson GN, Lema A M. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. *Revista Nacional Odontológica*. 2013; 9:83-90. [Citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/435>
62. Barroso Espadero D. Chupetes y hábito de succión del pulgar. Orientaciones para informar a los padres. *Foro Pediátrico Vol. II diciembre 2005. No4_ Web de la SPAPex.htm*
63. Blanco, V. Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría* 2013. [Citado 3 enero 2019] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-16/>
64. Torres LD, Pérez PEG, Molerio, RC. 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. *Mediciego* 2013; 19(2). [citado 30 de enero de 2019] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/pdf/T2.pdf
65. Cortese Silvina G., Biondi Ana M. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. *Arch. argent. pediatr.* 2009; 107(2): 134-138. [citado 30 de enero de 2019] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000200006&lng=es.
66. García J. Estudios descriptivos. *Nure investigación*. Junio 2004. Disponible en: <http://webpersonal.uma.es/de/jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf>
67. Mendoza L, Melendez AF, Ortiz R, Fernandez A, Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos, 2014. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516300381>.
68. García V, Ustrell Torrent J, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av Odontoestomatol* vol.27 no.2 Madrid mar./abr. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003.

69. Lemus A, Niño A, Sánchez S. Propuesta de implementación del servicio de fonoaudiología como terapia complementaria para tratamientos de ortodoncia en la clínica de odontólogos y especialistas, orthoespecialistas. Universidad Sergio arboleda. 2014. Disponible en: <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/902/Propuesta%20de%20implementaci%C3%B3n%20del%20servicio%20de%20fonoaudiologia%20como%20terapia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
70. Chamorro A, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L, Triana F, Valencia C. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev. CES Odont. 2016; 29(2). Disponible en: <http://content.ebscohost.com/craiusadigital.usantomas.edu.co/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=120424768&S=R&D=dh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep644xNvgOLCmr1Gepq9Ss6m4SbGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzpr1GxprJKuePfgex4ofx6QAA>
71. Weather Spark. El clima promedio en Bucaramanga. Disponible en: <https://es.weatherspark.com/y/24381/Clima-promedio-en-Bucaramanga-Colombia-durante-todo-el-a%C3%B1o>
72. Weather Spark. El clima promedio en Sucre. Disponible en: <https://es.weatherspark.com/y/27971/Clima-promedio-en-Sucre-Bolivia-durante-todo-el-a%C3%B1o>

Apéndices

A. Operacionalización de variables

VARIABLES DE INFORMACIÓN PERSONAL

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Naturaleza, escala de medición y función	Valor que asume
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Es el registro en la historia clínica que permite saber el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cuantitativa, continua, independiente	Valor reportado
Sexo	Es la condición física que distingue el hombre de la mujer	Es el registro en la historia clínica que permite saber si el paciente es hombre o mujer.	Cualitativa, nominal, independiente	Mujer (0), hombre (1)

VARIABLES DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza, escala de medición y función	Valor que asume
Onicofagia	Es el hábito en el cual una persona muerde sus uñas de forma crónica.	Es el registro en la historia clínica de morderse las uñas de forma crónica	Cualitativa, nominal, independiente	No (0) Si (1)
Succión digital	Es el hábito que se refiere a la acción de chuparse el dedo	Es el registro en la historia clínica de la acción de chuparse el dedo	Cualitativa, nominal, independiente	No (0) Si (1)
Respiración oral	Es el hábito en el cual una persona respira por la boca	Es el registro en la historia clínica del hábito de respirar por la boca	Cualitativa, nominal, independiente	No (0) Si (1)

Bruxismo	Es un hábito nocivo, en el cual una persona rechina los dientes de forma involuntaria	Es el registro en la historia clínica del rechinar de los dientes de forma involuntaria.	Cualitativa, nominal, independiente	No (0) Si (1)
Hábitos que producen lesión de tejidos blandos	Se refiere a la succión o mordedura del labio inferior y succión o mordedura de la parte interna de las mejillas, las cuales producen lesiones de tejidos blandos en la cavidad oral	Es el registro en la historia clínica de la succión o mordedura del labio inferior y succión o mordedura de la parte interna de las mejillas, las cuales producen lesiones de tejidos blandos en la cavidad oral	Cualitativa, nominal, independiente	No (0) Si (1)
Deglución atípica	Se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral.	Es el registro en la historia clínica de los movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral.	Cualitativa, nominal, independiente	No (0) Si (1)
Succión o mordedura de chupo - otros objetos	Es el hábito que se refiere a la acción de chupar o morder un chupete o cualquier otro objeto.	Es el registro en la historia clínica que se refiere a la acción de chupar o morder un chupete o cualquier otro objeto.	Cualitativa, nominal, independiente	No (0) Si (1)

VARIABLES DE LA ANAMNESIS

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Naturaleza, escala de medición y función	Valor que asume
Motivo de consulta	Se refiere a la razón por la cual el paciente acude a la consulta odontológica.	Registro en la historia clínica de la razón por la cual el paciente acude a la consulta odontológica.	Cualitativa, nominal, independiente	Por hábito (0), Por algo diferente (1)

Variables de plan de tratamiento

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Naturaleza, escala de medición y función	Valor que asume
Remisión para manejo del hábito	Se define como sugerencia verbal y escrita en la historia clínica que se le hace al paciente para que se maneje su hábito parafuncional por otro profesional de la salud.	Registro de una sugerencia escrita en la historia clínica que se le hace al paciente para que se maneje su hábito parafuncional por otro profesional de la salud.	Cualitativa, nominal, independiente	No (1), Si (0)

B. Instrumento

Información personal

Sexo	Edad
Documento de identidad: CC TI RC	Id.

Presenta alguno de los siguientes hábitos.

0.1. Onicofagia	0.5. Respiración oral
0.2. Hábitos parafuncionales que lesionan los tejidos blandos (Succión/mordedura de carrillo y de labio inferior)	0.6. Bruxismo
	0.7. Deglución atípica
0.3. Succión/Mordedura de Chupo u otros objetos	0.8. Otros
0.4. Succión digital	


Anamnesis

Motivo de consulta por hábito	Si
	No

Plan de tratamiento

Remisión para manejo del hábito parafuncional	Si
	No

C. Consentimientos informados

 UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA BUCARAMANGA	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 01
	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	CÓDIGO: SALUD-PS-OD-F-71
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN Y/O DOCENCIA	PÁGINA 1 DE 1

_____, identificado con cédula de ciudadanía número _____, en calidad de paciente y/o representante legal del niño, niña o adolescente, _____ en virtud del tratamiento de _____ manifiesto mediante el presente que he recibido información verbal comprensible y clara acerca de la participación voluntaria en las actividades o procesos de docencia y/o investigación desarrolladas por los docentes, estudiantes de pregrado y posgrado del programa académico de _____ y por ende de manera consciente, libre e informada otorgo autorización a la Universidad Santo Tomás Seccional Bucaramanga en los siguientes términos y condiciones:

Autorizo el uso y tratamiento de mis datos personales y sensibles contenidos en mi historia clínica para futuras comunicaciones entre el profesional médico, docente y los estudiantes con la presente aceptación de participación en asuntos de investigación y docencia, los cuales se rigen por la Ley estatutaria 1581 de 2012; consintiendo lo aquí expuesto y aprobando la participación en el desarrollo del objetivo de la investigación y las actividades de docencia; lo cual no representa ningún riesgo para mi integridad ni el de mi familia y se me garantiza que la información consignada será de uso confidencial y privada, por cuanto será identificado con un número de código y mi nombre no aparecerá en el formato de recolección de datos, primando el anonimato.

En el mismo sentido, autorizo que los profesionales de la salud que actúan en calidad de docentes supervisores junto con los estudiantes investigadores hagan uso de mi Historia Clínica para sustraer y utilizar datos personales y sensibles que soporten el trabajo de investigación y contribuyan a la academia. Por cuanto, el tratamiento de estos corresponderá a los fines pertinentes siempre y cuando se garanticen mis derechos a la intimidad e integridad personal, de conformidad con la Ley 23 de 1981 – Código de Ética Médica, Ley 35 de 1989 - Código de Ética del Odontólogo, Ley 650 de 2001 - Código de Ética del Optómetra, la Resolución 1995 de 1999 – Del manejo de las Historias Clínicas y sus decretos reglamentarios.

Se me informó que los resultados en estudios de investigación servirán de base para fortalecer y desarrollar proyectos, programas, estrategias que contribuyan al mejoramiento de los programas de salud ofertados por la Universidad Santo Tomás Seccional Bucaramanga.

Recibí explicación acerca de que puedo revocar el presente consentimiento en el momento que así lo desee, sin riesgo a perder beneficios ni ser sancionado o discriminado para la obtención de servicios de salud, y que por la participación en los trabajos de docencia e investigación no recibiré remuneración en dinero u otras especies, ni prebendas.

Doy mi aprobación para participar en actividades de docencia e investigación, teniendo en cuenta que la información que he recibido es clara, la comprendo perfectamente y que no he recibido ningún tipo de soborno, presión para tomar la decisión.

Finalmente, deo conocimiento de que para cualquier pregunta adicional acerca de esta autorización podré contactarme con la Dirección Administrativa General de Clínicas, Preclínicas y Laboratorio de Producción al teléfono 6800801, extensión 2346, o al correo electrónico dirigenci@mail.ustabuca.edu.co, o en la Carrera 27 # 180 - 395, Edificio de Clínicas, Universidad Santo Tomás, Campus de Floridablanca.

En constancia de lo anterior firmo a los _____ días del mes de _____ de _____, en el municipio de _____.

Firma: _____

Nombre representante legal o paciente: _____

C.C. ___ T.I. ___ No. _____ de _____

Firma: _____

Nombre del docente supervisor: _____


C.C. ___ No. _____ de _____

Firma: _____

Nombre del estudiante: _____

C.C. ___ No. _____ de _____

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS - PREVENCIÓN LABORAL DEL 1 DE AGOSTO DE 1984 - VERIFIQUEMOS INFORMACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y/O DOCENCIA

 UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA BUCARAMANGA	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 03
	PRESTACIÓN DEL SERVICIO - ODONTOLÓGIA	CÓDIGO: SALUD - PS-OD - F-126
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS	PÁGINA 1 DE 1

ÁREA: _____

Yo, _____, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo al estudiante de odontología _____ identificado con Credencial Universitaria No. _____ y al equipo que éste disponga, el siguiente tratamiento: _____

El estudiante _____ me ha explicado en forma suficiente y adecuada en qué consiste el tratamiento y cuáles son sus consecuencias, ventajas, riesgos, posibles complicaciones o molestias que puedan presentarse; me ha permitido hacer las preguntas necesarias, que ha respondido en forma satisfactoria.

Entiendo, por lo tanto, que en el curso del tratamiento pueden presentarse situaciones especiales e imprevistas, y procedimientos adicionales. Autorizo la realización de los mismos.

También doy mi autorización para el uso de fotografías, radiografías y modelos obtenidos en el proceso de examen y tratamiento con fines de interconsulta profesional, investigación, educación o publicación en revistas científicas y/o de información general.

Me comprometo a los siguientes auto cuidados: _____

Libre, voluntaria y espontáneamente acepto que conozco el procedimiento odontológico por realizar, y sus riesgos, sus costos y la pérdida de la garantía en el evento de que acuda y autorice intervención a consultorios externos o privados diferentes a las Clínicas de la Universidad.

Comprendo las implicaciones del presente consentimiento; me encuentro en capacidad de expresarlo y dejo constancia que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

Nombre legible del paciente o persona responsable*
C.C. No.

Firma

* Parentesco en caso de firmar una persona distinta del paciente.

Quien firma este documento deja constancia que _____ ha explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del tratamiento señalado y que ha respondido a todas las preguntas formuladas por el paciente o la persona responsable de éste.

CLÁUSULA DE NULIDAD:

"Al firmar el presente consentimiento, hago constar que fui suficientemente informado y que entiendo que bajo ninguna circunstancia debo continuar en consultorios particulares el tratamiento planeado y concertado en las Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás Seccional Bucaramanga.

En caso de no atender lo aquí acordado, la Universidad no se hará responsable por mi tratamiento y no asumirá garantía alguna por el tratamiento realizado en los tiempos establecidos".

Firma del estudiante
Credencial Universitaria No. _____ de la Universidad Santo Tomás.

Nombre del docente responsable

Firma

Se firma en Bucaramanga, a los _____ días del mes de _____ de _____

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS - VIGILANCIA MINISTRACION - BRJES 1795

DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES - DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN: LUIS ALBERTO BARRERA JIMENEZ / SEPTIEMBRE 2018 / CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS