



**FRECUENCIA DEL BIOTIPO FACIAL Y HÁBITOS ORALES
PRESENTES EN PACIENTES DE 5 A 14 AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA
DE ATENCIÓN AL NIÑO DE LA UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO SEDE
ARMENIA PERIODO I-2021, II-2021**

KAROL JULIANA NIÑO TORO

ELIZABETH RIVERA ORTIZ

BRIYITH DAYANA VILLEGAS GUTIERREZ

CÓDIGOS:

20571729855

20571623781

20571622710

Universidad Antonio Nariño

Programa Odontología

Facultad de Odontología

Armenia, Colombia

2022

Frecuencia del biotipo facial y hábitos orales presentes en pacientes de 5 a 14 años que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia periodo I-2021 y II-2021.

Karol Juliana Niño Toro

Elizabeth Rivera Ortiz

Briyit Dayana Villegas Gutiérrez

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Odontólogo General

Director (a):

Doctora, Natalia Baquero Ramírez

Odontóloga General Especialista en Ortodoncia.

Línea de Investigación:

Bucocraneofacial.

Universidad Antonio Nariño

Programa Odontología

Facultad de Odontología

Armenia, Colombia

2022

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado “**Frecuencia del biotipo facial y hábitos orales presentes en pacientes de 5 a 14 años que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia periodo I-2021 y II-2021**”, Cumple con los requisitos para optar
Al título de “odontólogo”.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

CONTENIDO

	Pág.
Resumen	1
Abstract	2
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. ANTECEDENTES	5
III. OBJETIVOS.....	8
1. OBJETIVO GENERAL.....	8
2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	8
IV. JUSTIFICACIÓN	9
V. MARCO TEÓRICO.....	10
CAPÍTULO 1: CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	10
1. FORMACIÓN DE LOS ARCOS FARÍNGEOS.	11
2. CARACTERÍSTICAS CRECIMIENTO DE LA BASE DEL CRANEO.	13
CAPÍTULO 2: BIOTIPOS FACIALES.	16
1. CARACTERÍSTICAS DE LOS BIOTIPOS FACIALES SEGÚN LAS FORMAS DEL CRANEOENCEFÁLICOS.	16
1.1 Dolicocefálico:.....	16
1.2. Mesocefálico:	17
1.3. Braquicefálico:	18
2. CARACTERÍSTICAS DE LOS BIOTIPOS FACIALES SEGÚN LAS FORMAS DE LA CARA.	18
2.1. Leptoprosópo:	18
2. 2. Mesoprosópo:	19
2.3. Europrosópo:.....	19
3. ANTROPOMETRÍA.....	20
4. ANÁLISIS DE PERFIL Y SU DIAGNÓSTICO.....	20
4.1. Ángulo Del Eje Facial.....	22
4.2 Valoración Por Planos:	22
5. INDICE CRANEAL.	24
6. INDICE FACIAL.....	25

CAPÍTULO 3: FUNCIONES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.....	27
1.RESPIRACIÓN.....	27
2.DEGLUCIÓN.....	28
3. MASTICACIÓN.....	29
4. FONACIÓN.....	30
CAPÍTULO 4: HÁBITOS ORALES	30
1. CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS BUCALES SEGÚN ARISTIGUETA	
RICARDO EN 1989:	30
1.1 LOS HÁBITOS BUCALES FISIOLÓGICOS.	30
1.2 LOS HÁBITOS NO FISIOLÓGICOS O PARAFUNCIONALES. .	31
2. PRINCIPALES HÁBITOS PARAFUNCIONALES.....	32
2.1. DEGLUCIÓN ATÍPICA:	32
2.2. SUCCIÓN DIGITAL:	33
2.3 SUCCIÓN LABIAL:	34
2.4 ONICOFAGIA:	34
2.5 BRUXISMO:.....	35
2.6 RESPIRACIÓN ORAL:	35
3. COMO SE DIAGNOSTICA:.....	36
3.1. FUNCIÓN RESPIRATORIA.	36
3.2. FUNCIÓN DE LA DEGLUCIÓN Y EL HABLA.....	37
3.3. SUCCION DIGITAL Y LABIAL.....	37
3.4 ONICOFAGIA.	38
3.5 BRUXISMO.....	38
4. CAMBIOS FACIALES Y DENTALES ASOCIADOS A LOS HABITOS	38
VI. METODOLOGÍA	39
1. Tipo de estudio:	39
2. Análisis de los datos:	39
3. Población:	40
4. Criterios de inclusión:.....	40
5. Criterios de exclusión:	40
6. Tabla de variables.....	40
VII. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	41
VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	42
IX. ANALISIS Y RECOPIACION DE DATOS	43
X. RESULTADOS	44
XI. DISCUSIÓN.....	49

XII. CONCLUSIONES.	51
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
XIII. ANEXOS	57
ANEXO N°1.	57
ANEXO N°2	58
ANEXO N°3	59

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Arcos faríngeos. Formación del primer, segundo, tercer y cuarto arco faríngeo. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO</i> <i>CRANEOFACIAL.</i>	11
Figura 2. Fusión dos procesos mandibulares. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS</i> <i>BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.</i>	12
Figura 3 Crecimiento nasomaxilar. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS BÁSICOS EN</i> <i>CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.</i>	13
Figura 4. Crecimiento sentido sagital. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS BÁSICOS</i> <i>EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.</i>	14
Figura 5. Crecimiento transversal. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS BÁSICOS EN</i> <i>CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.</i>	14
Figura 6. Crecimiento vertical. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS BÁSICOS EN</i> <i>CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.</i>	15
Figura 7. Crecimiento en sentido sagital. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS</i> <i>BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.</i>	15

Figura 8. Crecimiento en sentido transversal. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL</i>	15
Figura 9. Crecimiento en sentido vertical. Murillo, E. A. T. (s. f.). <i>CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL</i>	16
Figura10. Dolicocéfalo. Relación entre la altura morfológica de la cara (N-Gn) y la anchura cigomática (Zyd-Zyi). (Franco et al., 2013).....	17
Figura 11. Mesocefálico. Relación entre la altura morfológica de la cara (N-Gn) y la anchura cigomática (Zyd-Zyi). (Franco et al., 2013).....	17
Figura 12. Braquicéfalo. Relación entre la altura morfológica de la cara (N-Gn) y la anchura cigomática (Zyd-Zyi). (Franco et al., 2013).....	18
Figura 13. Leptoprosopo. Dimensión transversal y sagital de la cara. (Garay, 2012)	19
Figura 14. Mesoprosopo. Dimensión transversal y sagital de la cara. (Garay, 2012)	19
Figura 15. Europrosópo. Dimensión transversal y sagital de la cara. (Garay, 2012)	20
Figura.16. Trazo cefalométrico. Ricketts R Técnica bioprogressiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74.....	21
Figura 17. Ricketts R Técnica bioprogressiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74	21
Figura 18. Angulo del eje facial Ricketts R Técnica bioprogressiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74.....	22
Figura 19. Puntos cefalométricos tejidos blandos. Ricketts R Técnica bioprogressiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74	23
Figura 20. Perfil recto Ricketts R Técnica bioprogressiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74.....	23

Figura 21. Perfil convexo. Ricketts R Técnica bioprogresiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74.....	24
Figura 22. Perfil cóncavo Ricketts R Técnica bioprogresiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74.....	24
Figura 23. Tipo Cefálico. (María Gabriela Solís Suárez, 2015)	25
Figura 24. Medidas utilizadas para el diagnóstico facial. María Gabriela Solís Suárez, 2015)	26
Figura 25. Interposición lingual. Alarcón A., A. M. (2013). <i>DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN DE LA LITERATURA</i>	32
Figura 26. Succión digital. Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). <i>HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES</i>	33
Figura 27. Succión labial. Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). <i>HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES</i>	34
Figura 28. Onicofagia. Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). <i>HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES</i>	35
Figura 29. Bruxismo. Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). <i>HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES</i>	35

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Tabla de diagnóstico craneal	25
Tabla 2. Tabla de diagnóstico facial	26
Tabla 3. Tabla de variables independientes utilizadas en la investigación.	40
Tabla 4. Tabla de variables dependientes utilizadas en la investigación.	40
Tabla 5. Tabla de variables independientes utilizadas en la investigación.	41
Tabla 6. Rango de edades registradas en la investigación.	43
Tabla 7. Rango de géneros registrados en la investigación.	43
Tabla 8. Rango de Nivel socioeconómico registrados en la investigación.	43
Tabla 9. Registro de hábitos orales en la investigación	44
Tabla 10. Relación de los hábitos orales con el biotipo facial presentes en 106 niños en los niños de 4 a 14 años atendidos en la clínica del niño por medio de tablas cruzadas.	48

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución de la población por procedencia departamental	45
Gráfica 2. Distribución de la población por tipo cefálico	45
Gráfica 3. Distribución de la población por tipo facial.....	46
Gráfica 4. Distribución de la población por perfil	46
Gráfica 5. Distribución de la población por Hábitos orales	47

Agradecimientos

Debemos agradecer a Dios en primer lugar por habernos dado las facultades para realizar nuestro presente proyecto de investigación, les agradecemos a nuestros padres y familiares que nos apoyaron y nos guiaron en este proceso.

En segundo lugar, queremos agradecer a nuestra tutora la Dra. Natalia Baquero Ramírez por su empeño y dedicación en guiarnos en el desarrollo de esta investigación que a su vez nos enseñó nuevos conocimientos y experiencias de la profesión; a nuestros docentes el Dr. Humberto Reyes, el Dr. Néstor Iván Cardona y a la Dra. Ivone Joana Villada por compartir sus conocimientos en los años de la carrera, y por guiarnos en la finalización de este trabajo.

Con mucho cariño queremos agradecer al rector de la sede el Dr. Juan Guillermo Sanín, por darnos la oportunidad de llevar a cabo nuestro trabajo de investigación, por el esfuerzo y la paciencia que nos brindó durante nuestro proceso de formación como profesionales.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia del biotipo facial y hábitos orales en la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia en el periodo I-2021, II-2021.

Metodología: El estudio fue de tipo observacional descriptivo de corte transversal; donde se evaluaron 106 historias clínicas de pacientes atendidos en la clínica de atención al niño en la universidad Antonio Nariño sede armenia entre las edades de 5 a 14 años en los periodos I-2021, II-2021, se tomaron variables como edad, genero, nivel socioeconómico y demografía

Resultados: En resultados se obtenidos que de acuerdo al tipo cefálico, el 65,1% (n=69) eran Mesocefálico, el 21,7% (n=23) dolicocefalos y el 9,4% (n=10) braquicefalo, De acuerdo al tipo facial, el 66,04 (n=70) eran Mesoprosópico, el 23,58% (n=25) Leptoprosópico y el 6,60% (n=7) Europrosópico, Con relación al perfil se encontró que el 59,43% (n=63) tenían perfil convexo, el 35,85% (n=38) y el 0,94% (n=1) perfil cóncavo y en relación a los hábitos, se identificó que el 26% de los pacientes incluidos en la investigación presentaron onicofagia, el 22,64% presentaron respiración oral, seguido de deglución típica con el 16%, bruxismo con el 11,30%, succión digital el 10,40% y por último succión labial el 7,50%.

Conclusión: Se encontró que el habito de onicofagia tiene más significado estadístico y es más frecuente encontrarlo en el biotipo mesoprosopico, seguido del Leptoprosópico, no se encontró asociación entre este habito y el biotipo europrosopo de los pacientes atendidos en la clínica del niño de la universidad Antonio Nariño.

Palabras Clave: Biotipo facial, hábitos orales, maloclusiones, alteraciones faciales, sistema estomatognático.

Abstract

The objective of this study was to determine the frequency of facial biotype and oral habits in the child care clinic at the Antonio Nariño University, Armenia campus, in the period I-2021, II-2021.

Methodology: The study was an observational descriptive cross-sectional study; where 106 clinical histories of patients attended at the child care clinic at the Antonio Nariño university, Armenia campus, between the ages of 5 to 14 years in the periods I-2021, II-2021, variables such as age, gender, socioeconomic level and demographics were taken.

Results: In results were obtained that according to cephalic type, 65.1% (n=69) were Mesocephalic, 21.7% (n=23) dolichocephalic and 9.4% (n=10) brachycephalic, According to facial type, 66.04 (n=70) were Mesoprosopic, 23.58% (n=25) Leptoprosopic and 6.60% (n=7) Europrosopic, In relation to profile, 59.43% (n=63) were found to have a convex profile, In relation to the habits, it was identified that 26% of the patients included in the research presented onychophagia, 22.64% presented oral respiration, followed by typical swallowing with 16%, bruxism with 11.30%, digital suction with 10.40% and lastly lip suction with 7.50%.

Conclusion: It was found that the habit of onychophagia has more statistical significance and is more frequently found in the mesoprosopic biotype, followed by the Leptoprosopic, no association was found between this habit and the europrosopic biotype of the patients attended at the children's clinic of the Antonio Nariño University.

Key words: Facial biotype, oral habits, malocclusions, facial alterations. stomatognathic system.

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar la frecuencia de hábitos orales parafuncionales y la relación con el biotipo facial, en los pacientes que asistieron a la clínica de niños de la universidad Antonio Nariño durante los períodos académicos comprendidos de 2021-1 y 2021-2 y cumplieron con los criterios de inclusión determinados para la recolección de datos se utilizaron historias clínicas adecuadamente diligenciadas y registradas en el formato. (Anexo N° 3)

Los hábitos son acciones repetitivas, que cada individuo adopta como costumbre o práctica, que pueden ser de forma regular o automática, donde el sujeto tiene poco control voluntario para realizarlo, (Buitrago López A, et al., 2013). Los hábitos orales los clasificamos en: parafuncionales o fisiológicos. Estos últimos se dan en los niños durante sus primeros años de vida, y se pueden catalogar normal para un adecuado desarrollo del sistema estomatognático tales como; la respiración, masticación, deglución, y fonarticulación. Mientras que los hábitos parafuncionales deformantes como succión digital, succión labial, respiración oral, onicofagia, bruxismo y deglución atípica. Pueden llegar a causar el inadecuado desarrollo y crecimiento del sistema craneofacial de los niños, y dependiendo del tiempo y la frecuencia en que se encuentren presente provocar cambios dentales, esqueléticos, y faciales (Pipa Vallejo et al., 2011).

Han sido reportados diferentes estudios que relacionan los hábitos orales y la afectación para el desarrollo de maloclusiones dentales, Pero no se ha encontrado un estudio en concreto donde se vea la frecuencia de los hábitos orales y su relación con los biotipos faciales. (Fuentes, 2016)

El concepto de biotipo facial fue descrito por (Ricketts., 1960), quien lo definió como el conjunto de caracteres morfogénéticos y funcionales que determinan la dirección de crecimiento y el comportamiento cráneo facial de un individuo, con esto podemos determinar el biotipo facial para establecer un tratamiento adecuado. La prevalencia de las anomalías dentofaciales también denominadas como maloclusiones, definido como una alteración no patológica del crecimiento y desarrollo, donde presenta un desarreglo de la dentición, la ATM, las estructuras craneofaciales, las neuromusculares u otros tejidos blandos, lo cual crea un problema funcional.

Algunas investigaciones han estudiado la relación de los hábitos parafuncionales con las maloclusiones, reportando que estos hábitos son un factor de riesgo que influyen en el correcto desarrollo y funcionamiento del sistema estomatognático. En el 2012 Gonzales Ramos R y et al., realizaron un estudio donde tomaron una población infantil de 120 niños en edades entre 6 a 12 años y describieron las anomalías dentofaciales y hábitos deformantes, arrojó como resultados que el 60,8 % de la población presentó hábitos orales parafuncionales: el más frecuentes la onicofagia 19%, lengua protráctil 18,2%, succión digital 14% y asociada significativamente con maloclusiones.(Ramos et al., 2012)

Por su parte en 2013 Buitrago López y et al, en Colombia, realizaron un estudio donde determinaron la relación que existe entre las maloclusiones y hábitos orales en una población 4 a 11 años de edad, encontrando una asociación entre maloclusión de clase III esquelética, y hábitos parafuncionales como empuje lingual y deglución atípica con mordida abierta e interposición lingual.(Buitrago et al., 2013)

En los estudios anteriormente mencionados no se evidencian resultados de la frecuencia que se presenta en los niños con hábitos orales y su relación con el biotipo facial, es por ello que

la presente investigación tiene como objetivo encontrar la frecuencia que existe entre el biotipo facial y los hábitos orales parafuncionales en los niños de 5 a 14 años de edad.

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar la frecuencia de hábitos orales parafuncionales y la posible relación con el biotipo facial, en los pacientes que asistieron a la clínica de niños de la universidad Antonio Nariño durante los períodos académicos comprendidos de 2021-1 y 2021-2 que cumplieron con los criterios de inclusión en los rangos de edad 5 a 14 años. Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia del biotipo facial y hábitos orales presentes en pacientes de 5 a 14 años que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia periodo I-2021, II-2021?

II. ANTECEDENTES

Franco Varas, et al (2011), Realizaron en España un estudio sobre el hábito de succión del chupete y las alteraciones dentarias asociadas, tomando una muestra de 225 niños en edades entre 2 a 10 años de edad, donde se observó asociación entre alteraciones en la oclusión, mordidas abiertas anteriores y mordidas cruzadas posteriores en niños que mantenían el hábito en comparación a los que lo habían abandonado o nunca presentaron el hábito. (Franco Varas & Gorritxo Gil, 2012)

Por su parte González Ramos. Realizaron un estudio en cuba de Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria, observando que la succión digital fue el hábito más representativo ya que es 12 veces más probable que los individuos que presentan

este hábito manifiesten maloclusión y alteración en la estética facial, seguidos del factor de riesgo de lengua protráctil o interposición lingual con 11.3 veces más para que presenten algún tipo de alteración.(Ramos et al., 2012)

De igual manera (Franco Varas et al., 2012)en España realizaron un estudio epidemiológico observacional descriptivo de tipo transversal de tres colegios de vasco, titulado Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal; “Prevalence of childhood oral habits and their influence in primary dentition”, observaron que la prevalencia de los hábitos orales nocivos ha sido muy alta con un 90,7 % en succión digital y aumento de las maloclusiones con el hábito presente.

En Colombia (Buitrago López et al., 2013)en la universidad San Martin de Bogotá realizaron un estudio sobre la asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños, los resultados arrojaron que en los pacientes que presentaban empuje lingual y deglución atípica tenían maloclusión clase III esquelética en otro porcentaje menor se encontró interposición lingual y succión digital relacionados con mordida abierta anterior.

Por otro lado, Esis Villarroel, en Venezuela realizaron un estudio de prevalencia de hábitos bucales parafuncionales como factor etiológico de maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas, el tipo de muestra fue de 85 niños de 3 a 12 años de edad, donde arrojaron resultados que el género de mayor número de maloclusiones asociados a los hábitos parafuncionales fue el femenino, y el hábito más frecuente fue succión labial y deglución atípica.(Esis-Villarroel Irina M, 2013)

Igualmente Mendoza (Oropeza et al., 2014) en México realizaron un estudio de prevalencia de las maloclusiones asociadas con hábitos bucales nocivos con una muestra de 147 niños de 2 a 15 años de edad, los resultados de este estudio arrojaron que el 96.6% de la población presento hábitos

parafuncionales, y los más frecuentes fueron: la interposición lingual con un 66,2 % , succión digital 49,3%, onicofagia 41,9%, y respiración oral 31,8%; y en cuanto a las maloclusiones más frecuente fue: mordida abierta 35,1%.

En el periodo comprendido de 2009 al 2017 (Ramírez Ruiz & Calegari Ayala, 2009) en Paraguay llevó un estudio de “la frecuencia del biotipo facial que se presentan en pacientes de postgrado de ortodoncia de la universidad del Paraguay”, el objetivo de este trabajo fue obtener la frecuencia de los biotipos faciales, donde se utilizó una plantilla para el diligenciamiento de los datos proporcionados por las fichas clínicas de los pacientes se diseñó según correspondía a la dolicofacial severo, dolicofacial, dolicofacial suave, mesofacial, braquifacial y braquifacial severo, determinados previamente por el estudio y análisis de 5 factores de Ricketts. Las variables de interés fueron, biotipo facial, género. Se obtuvieron de los diferentes biotipos faciales y la frecuencia de los mismos, siendo pacientes mesofaciales 30%, seguido de braquifaciales 19%, braquifaciales severos y dólico suave 15 % de la población.

Finalmente Arocha Arzuaga et al., estudiaron la prevalencia de maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana, con una muestra de 150 escolares, se obtuvo como resultado que el 60.7% representa el total de maloclusión, predominando el sexo masculino 52,0 %, y hábitos deformantes como el uso del biberón es de 41.1%, onicofagia de 28.2 %, lengua protráctil 21%, succión digital 19,3%, se concluyó que en la mayoría de los niños, las disfunciones bucales deformantes estuvieron relacionados con la presencia de mal oclusiones dentarias.(Arzuaga et al., 2013)

III. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia del biotipo facial y hábitos orales presentes en pacientes de 5 a 14 años que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia periodo I-2021 y II-2021.

2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

Caracterizar socio demográficamente la población de niños y adolescentes de la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia en el periodo I-2021, II-2021.

Describir los biotipos faciales presentes en los pacientes que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia en el periodo I-2021, II-2021.

Identificar los hábitos orales más frecuentes en los pacientes que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia en el periodo I-2021, II-2021 entre las edades de 5 a 14 años.

Evaluar si existe asociación entre los biotipos faciales y hábitos orales presentes en los pacientes que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia en el periodo I-2021, II-2021 entre las edades de 5 a 14 años.

IV. JUSTIFICACIÓN

En la presente investigación se planteó identificar y evaluar la frecuencia del biotipo facial y hábitos orales presentes en niños y adolescentes de 5 a 14 años de edad en la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño, sede armenia; no se encontraron estudios clínicos reportados actualizados que documenten la relación entre estas dos condiciones problemáticas para los pacientes de la clínica UAN y que al momento de la consulta odontológica influyen notablemente en el diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, por lo que es necesario identificar estas características para desarrollar métodos y técnicas de prevención primaria y correctivas enfocados en educación a los padres y/o acudientes y que se conviertan en un aporte significativo desde el punto de vista de planeación de tratamientos adecuados de salud bucal y general, así como de aportes a la salud psicológica y emocional.

Los resultados de este estudio nos brindarán criterios de selección de tratamientos oportunos, de esta manera los odontólogos generales tendrán la capacidad de diagnosticar y remitir a especialistas en ortodoncia y ortopedia maxilar y/o especialistas interdisciplinarias como fonaudiología, otorrinolaringología, periodoncia entre otros, permitiendo una visión más amplia y atención integral e idónea por medio de un tratamiento correctivo o interceptivo a tiempo en los niños y adolescentes que están en crecimiento y desarrollo, tomando como referencia las necesidades individuales de tratamiento para cada paciente, y brindar tratamientos exitosos, lo cual se traducirá en adultos sanos y seguros de sí mismos, lo que ayudará en el progreso de su calidad de vida. Adicionalmente los datos arrojados de esta investigación serán importantes, para promover la implementación de medidas preventivas frente a la frecuencia de estos hábitos parafuncionales, y evitar que se desarrollen maloclusiones tanto esqueléticas como

dentales, considerando que sus tratamientos a futuro serán costosos y la población en general y en especial la estudiada no tienen los suficientes recursos para un tratamiento correctivo más adelante y con unas afectaciones mayores.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Las etapas necesarias para la formación de los maxilares y las estructuras craneofaciales, este proceso empieza desde el momento de la fecundación hasta al nacimiento el desarrollo está dividido en dos grandes etapas: fertilización e implantación, periodo embrionario y periodo fetal.(Murillo, s. f.)

- Fertilización e implantación: ovulo más espermatozoide = cigoto se desplaza por el útero recorriendo las trompas de Falopio, con divisiones celulares, este recorrido se da entre el primer día y el final de la semana día 7.
- Periodo embrionario: es caracterizado por los procesos de organogénesis y diferenciación celular, se da en el día 8 y el día 56 (octava semana).
- Periodo fetal: proceso de maduración y crecimiento de todas las estructuras este empieza desde el tercer mes hasta el nacimiento.

1. FORMACIÓN DE LOS ARCOS FARÍNGEOS.

Los arcos faríngeos son estructuras mesodérmicas y con revestimiento de ectodermo y con un núcleo endodermo situados a los ambos lados de la faringe, la diferenciación de los arcos faríngeos tiene la capacidad reparativa de los tejidos craneofaciales.

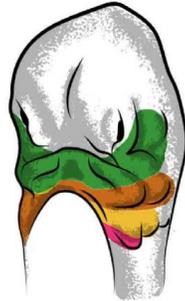


Figura 1. Arcos faríngeos. Formación del primer, segundo, tercer y cuarto arco faríngeo. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL*.

- Primer arco faríngeo: es el encargado de la formación del maxilar y la mandíbula, todos los órganos derivados de este arco están inervados por el nervio trigémino, otros órganos que son formados por este arco faríngeo el malar, martillo, yunque, ligamento, esfeno mandibular, además músculos de la masticación, tensor velo del paladar y tímpano.
- Segundo arco faríngeo: inervado por nervio facial, cartílago de Richtert, estribo, músculos de la expresión facial, vientre posterior digastrico.
- Tercer arco faríngeo: inervado por el nervio glossofaríngeo, forma la asta mayor, y el musculo estilofaríngeo.

En la cuarta semana embrionaria, por un proceso endocondral y a partir del cartílago de Meckel se fusionan los dos procesos mandibulares, así formando el labio inferior y la mandíbula.

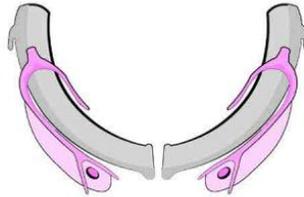


Figura 2. Fusión dos procesos mandibulares. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.*

La formación del maxilar superior este comienza a partir de la sexta semana y finaliza entre las semanas 10 a 12, es un proceso donde no todas sus prominencias se fusionan a tiempo, empieza de adelante hacia atrás y siguiendo el siguiente orden:

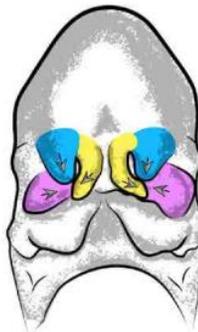


Figura 3. Formación del complejo nasomaxilar. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.*

-Formación del paladar primario se da por una fusión de los procesos nasales, en la quinta semana embrionaria.

-Formación labio superior se da por la fusión de los procesos nasales mediales o interno con proceso maxilar y se da en la sexta semana embrionaria.

-Formación del paladar secundario se forma a partir de las prominencias o placodas palatinas que se originan de los procesos maxilares, se da alrededor de la semana 10 a 12 embrionaria.

2. CARACTERISTICAS CRECIMIENTO DE LA BASE DEL CRANEO.

La base del cráneo tiene su mayor en la etapa embrionaria y su osificación está en edades tempranas, la sicondrosis esfeno-occipital es el centro de crecimiento responsable de cambios adaptativos.

-**Crecimiento nasomaxilar:** Está constituido por los siguientes huesos: 2 maxilares, 2 cigomáticos, 2 lagrimales, 2 nasales, 2 palatinos, el hueso etmoides y el hueso vómer, este de da en los tres planos espaciales; sagital, transversal, y vertical.

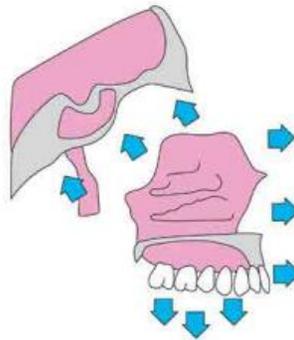


Figura 3 Crecimiento nasomaxilar. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL*.

-**Crecimiento anteroposterior o sagital del maxilar superior:** Se caracteriza por un proceso en la zona posterior y superior; atrás y arriba, un crecimiento normal se asocia con una clase I esquelética donde hay un crecimiento en sentido anteroposterior normal.



Figura 4. Crecimiento sentido sagital. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.*

- **El crecimiento en sentido transversal o de anchura de maxilar superior:** Está dado por dos crecimientos; sutura media palatina y la erupción dentaria, la sutura es la más importante en el crecimiento del maxilar y esta se desarrolla hasta los 12 años de edad promedio, donde las células mesénquimales formaran osteoblastos y hueso.

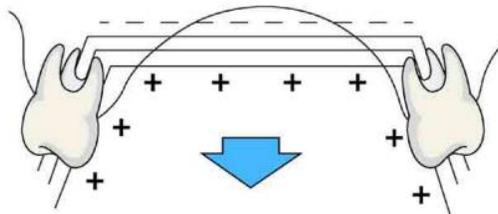


Figura 5. Crecimiento transversal. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.*

-**El crecimiento vertical del maxilar:** Está dado por dos estímulos el desplazamiento secundario del septum nasal, hueso frontal, y cigomático, empujan hacia abajo y el desplazamiento primario por la erupción dental que dan la altura alveolar y la dimensión vertical del tercio inferior.

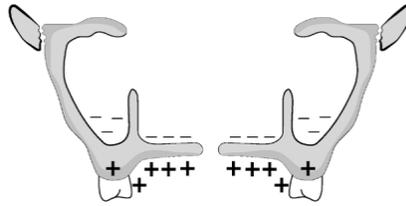


Figura 6. Crecimiento vertical. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.*

-**Crecimiento mandibular:** está dado por una formación ósea endocondral e intramembranoso con formación del cartílago de Meckel; el crecimiento anteroposterior o sagital, por aposición con predominio, atrás y arriba a la zona del cóndilo mandibular y una reabsorción en la zona anterior de la mandíbula.

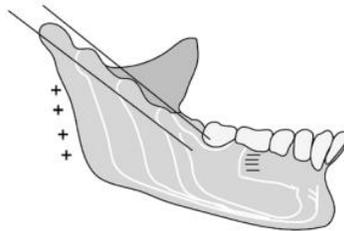


Figura 7. Crecimiento en sentido sagital. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.*

- **Crecimiento transversal mandibular:** Está dado por dos principios, el principio en V siendo el más importante donde hay un crecimiento en anchura por un crecimiento divergente, solo este ubicado en la zona posterior y no hay crecimiento en la zona anterior.



Figura 8. Crecimiento en sentido transversal. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.*

-Crecimiento vertical mandibular: Se da en dos sitios cuerpo mandibular es dado por la erupción dental, si no hay dientes, no hay hueso; y la rama mandibular está dado por el estímulo del cóndilo, se encuentran células mesénquimales que por diferenciación se encargan del remodelado óseo.

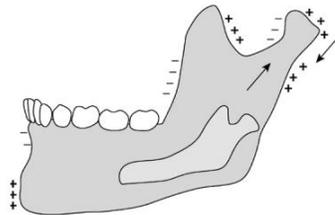


Figura 9. Crecimiento en sentido vertical. Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL.*

CAPÍTULO 2: BIOTIPOS FACIALES.

Uno de los conceptos para definir el biotipo facial fue descrito por el doctor Ricketts, quien lo definió como el conjunto de características morfológicas y funcionales que determinan la dirección de crecimiento y comportamiento de la cara, y las diferencias de los individuos de la misma especie, en relación a ciertos rasgos en común del esqueleto facial, determinados por la genética y el ambiente. La utilidad del biotipo facial es transversal en ortodoncia, cirugía maxilofacial y rehabilitación oral. (Cerdeira-Peralta et al., 2019)

En cuanto a la clasificación de biotipo, de acuerdo a las proporciones del esqueleto facial se encuentran:

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS BIOTIPOS FACIALES SEGÚN LAS FORMAS DEL CRANEOENCEFÁLICOS.

1.1 Dolicocéfalo:

Posee mandíbulas con ramas poco desarrolladas en relación al cuerpo, cara alargada, arcadas dentarias angostas. Presentan divergencia entre la mandíbula y la base craneal y entre la base mandibular y el plano biespinal. Predominando el largo sobre el ancho en las dimensiones

esqueléticas. Su dirección de crecimiento es vertical, los ejes longitudinales y transversales (cráneo más largo que ancho).(Campos, 2018)

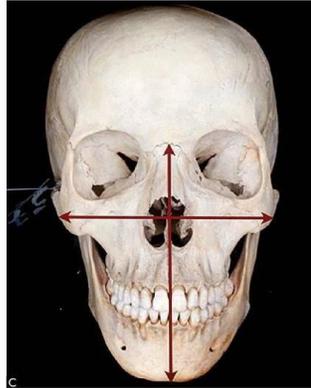


Figura10. Dolicocéfalo. Relación entre la altura morfológica de la cara (N-Gn) y la anchura cigomática (Zyd-Zyi). (Franco et al., 2013)

1.2. Mesocefálico:

Su dirección de crecimiento es normal, con sus diámetros vertical y transversal proporcionados, los maxilares y arcadas dentarias son de configuración similar, el crecimiento va en dirección hacia abajo y hacia adelante. Existe un equilibrio entre los ejes longitudinales y transversales. (Campos, 2018)

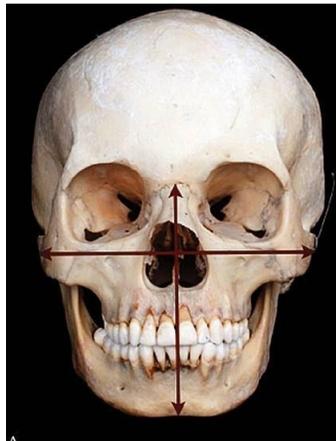


Figura 11. Mesocefálico. Relación entre la altura morfológica de la cara (N-Gn) y la anchura cigomática (Zyd-Zyi). (Franco et al., 2013)

1.3. Braquicéfalo:

Presentan mandíbulas con ramas potentes, caras anchas, arcadas dentarias bien desarrolladas, existe un mayor desarrollo muscular, dirección de crecimiento horizontal; éste se manifiesta por una rotación anterior de la sínfisis mandibular y el eje facial tiende a girar hacia adelante y arriba. El mentón es prominente y el surco mentolabial usualmente es marcado. Los ejes transversales son mayores a los longitudinales (cráneo más ancho que largo).

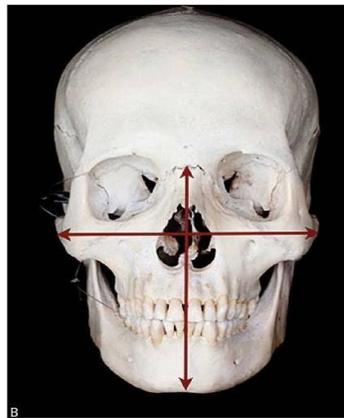


Figura 12. Braquicéfalo. Relación entre la altura morfológica de la cara (N-Gn) y la anchura cigomática (Zyd-Zyi). (Franco et al., 2013)

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS BIOTIPOS FACIALES SEGÚN LAS FORMAS DE LA CARA.

2.1. Leptoprosópo:

Presentan una tendencia al crecimiento vertical, con musculatura débil, poco desarrollo de la rama mandibular en altura, el tercio inferior se encuentra aumentado y se presenta una incompetencia labial, aparte de esto pueden presentar problemas respiratorios por tener la cavidad respiratoria estrecha, y a nivel oral presentan una mordida abierta. (Kammann et al., 2013). (Garay, 2012)



Figura 13. Leptoprosopo. Dimensión transversal y sagital de la cara. (Garay, 2012)

2. 2. Mesoprosópo:

Presenta una tendencia a un crecimiento equilibrado en el plano vertical y horizontal, tiene una tonicidad media y un perfil blando armónico, su potencial de crecimiento es equilibrado.



Figura 14. Mesoprosopo. Dimensión transversal y sagital de la cara. (Garay, 2012)

2.3. Europrosópo:

Presenta una tendencia a un crecimiento horizontal, con características dentales de pacientes con mordida profunda, una mandíbula cuadrada, con gran desarrollo de la rama mandibular en altura, perfil cóncavo, musculatura muy poderosa, las arcadas dentales son amplias.



Figura 15. Europrosópo. Dimensión transversal y sagital de la cara. (Garay, 2012)

3. ANTROPOMETRÍA.

La antropometría fue definida por la Real Academia Española como el estudio de las proporciones y medidas del cuerpo humano. Cuando estas proporciones y medidas son realizadas en el área de la cara, se le denomina antropometría facial, la cual es de vital importancia en la odontología. (Lescay et al., 2017)

4. ANÁLISIS DE PERFIL Y SU DIAGNÓSTICO.

Robert Murray Ricketts, presento en su análisis cefalométrico en 1960, donde procuro desarrollar un sistema de magnitudes con valores numéricos la tendencia del crecimiento facial, las proporciones dentarias, la posición del mentón y del maxilar y finamente la estética facial.

Utilizo una muestra de 1000 pacientes de su consulta, para realizar su estudio 546 del género femenino y 454 del masculino con edades que variaban entre los 3 y 44 años, siendo la media de 8 años y nueve meses, donde saco puntos cefalométrico para realizar sus análisis N, Or, Po, Ba, Pt (Pterigoideo), ENA, A, Pm (Protuberancia mentoniana), Pog (Pogonio), Me (Mentoniano), Go, Gn, CC (Centro del Cráneo), CF (Centro de la cara), DC (Cuello del cóndilo), Xi (Centro de la rama mandibular), EN (Eminencia nasal), CL (Comisura labial), LI (Labio inferior) y EM (Eminencia mentoniana).(Robert MurrayRickettsD.D.S., M.S, 1960)

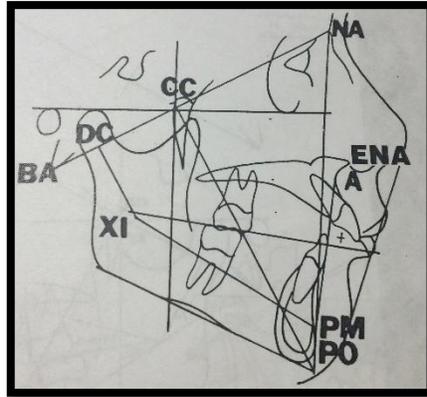


Figura.16.Trazo cefalométrico. Ricketts R Técnica bioprogressiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74

A partir del año 1965 Ricketts R A foundation for cephalometric communication, Am J Orthodont and dentofacial orthoped 1960, introduce la informática aplicada la cefalometria donde numerosos datos fueron registrados y analizados y de gran utilidad para el diagnóstico y planificación del tratamiento ortodontico.

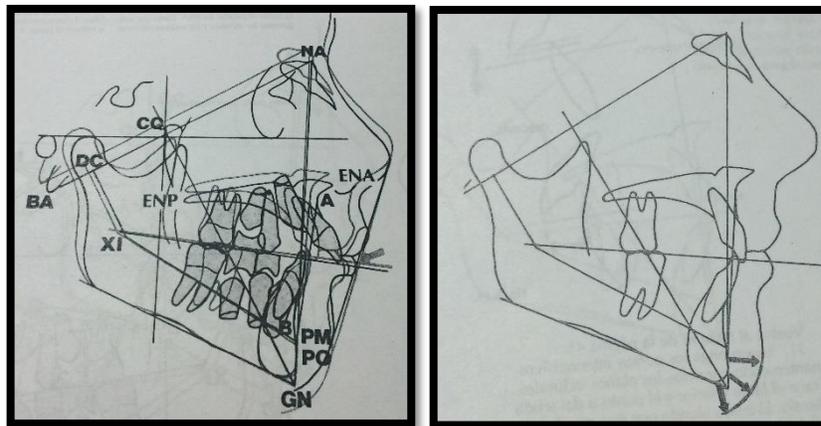


Figura 17. Ricketts R Técnica bioprogressiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74

4.1. Ángulo Del Eje Facial.

Corresponde al ángulo formado por el eje facial y la línea Ba-N, su valor normal es de $90^\circ \pm 3^\circ$, la cuantificación de esta medida determina el tipo facial, y su diagnóstico $87^\circ - 93^\circ$ Mesoprosopo, $< 87^\circ$ Leptoprosopo, $> 93^\circ$ Europrosopo.

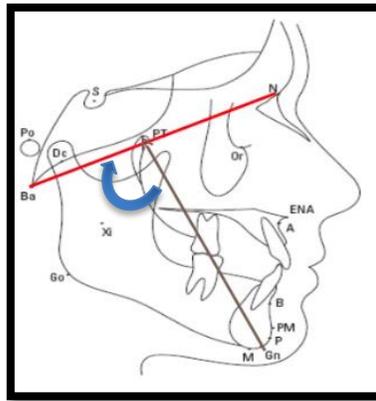


Figura 18. Ángulo del eje facial Ricketts R Técnica bioprogresiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74

4.2 Valoración Por Planos:

La valoración en el plano sagital del contorno de las partes blandas y su relación directa o indirecta con alteraciones dentales y/o funcionales, en este examen podemos ver el perfil del paciente donde lo ubicamos en posición semisentado y colóquese del lado derecho del paciente, observe punto Glabella para tercio superior, punto Subnasal tercio medio, punto pogonión tercio inferior, determine:

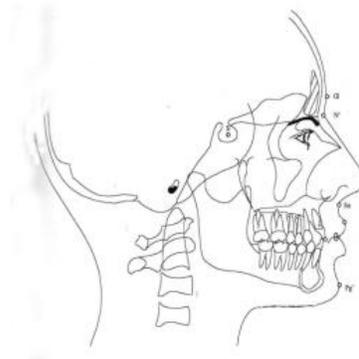


Figura 19. Puntos cefalométricos tejidos blandos. Ricketts R Técnica bioprogresiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74

4.2.1 Perfil Recto: Si la relación de estos tres Glabella, Subnasal, pogonión, este ángulo está formado por los planos imaginarios Gl-Sn y Sn-Pg. En un paciente normal (Clase I esquelética) estos planos deben formar un ángulo que va de 165° a 175° , es decir casi una línea recta.

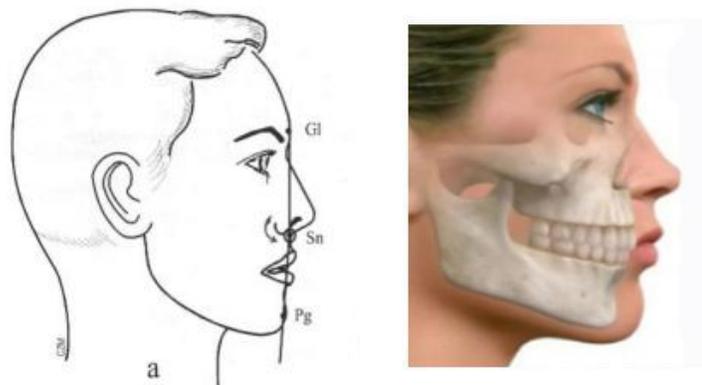


Figura 20. Perfil recto Ricketts R Técnica bioprogresiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74

4.2.2 Perfil Convexo: Subnasal puede estar desplazado en posición anterior en relación a los otros dos puntos o combinación de las dos situaciones. Aquellos ángulos que tienden a cerrarse reflejan una Clase II esquelética y un perfil convexo, mientras más se aleje esta medida

de su promedio ángulo mayor a 175° , la discrepancia esquelética será mayor y puede considerarse como severa.

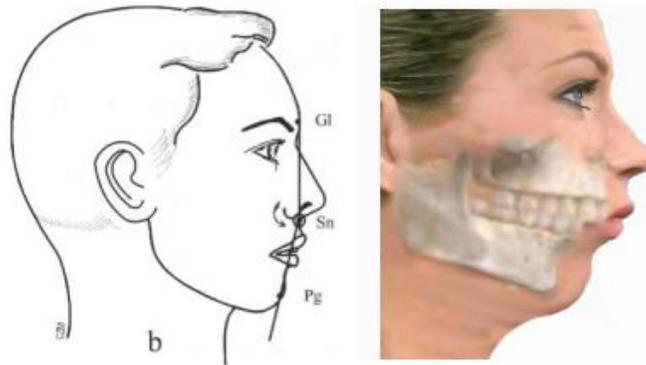


Figura 21. Perfil convexo. Ricketts R Técnica bioprogresiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74

4.2.3 Perfil Cóncavo: Punto pogonión en posición adelantada en relación a Subnasal y/o combinación de las dos situaciones, mientras que los ángulos menores a 165° reflejan una Clase III y un perfil cóncavo.

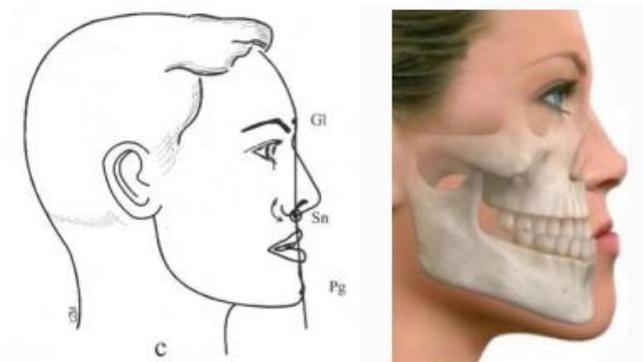


Figura 22. Perfil cóncavo Ricketts R Técnica bioprogresiva de Ricketts, Ed. Médica Panamericana, 1996:42-74

5. INDICE CRANEAL.

Se refiere a la conformación del cráneo en cuanto a sus dimensiones sagitales (diámetro antero posterior) y dimensiones transversales (diámetro biparietal). Debe ubicarse el paciente en

posición semisentado y colocarse el operador por detrás de la cabeza del paciente para tener una visión directa del cráneo, a partir de esto se determina con una cinta métrica tomar la medida del diámetro transversal máximo y el diámetro anteroposterior máximo del cráneo y realizar la siguiente fórmula matemática:

$$\text{Índice craneal: } \frac{\text{Diámetro transversal máximo}}{\text{Diámetro anteroposterior máximo}} \times 100$$



Figura 23. Tipo Cefálico. (María Gabriela Solís Suárez, 2015)

Dolicocéfalo: Dimensión sagital mayor a la dimensión transversal menor de 76 mm.

Mesocéfalo: Dimensión sagital igual a la dimensión transversal entre 76 y 81mm.

Braquicéfalo: Dimensión transversal mayor a dimensión sagital mayor de 81mm.

Tabla 1. Tabla de diagnóstico craneal
Diagnostico Craneal

Dolicocéfalo(cráneo estrecho y alargado)	Menor de 76
Mesocéfalo(proporciones medianas)	76 y 81
Braquicéfalo(Cráneo ancho)	Mayor de 81

6. INDICE FACIAL

Este se realiza con la fórmula de las siguientes medidas tomadas de la distancia ofrion-gnation, dividido en la distancia bizigomatica por 100, este valor nos será útil para su

diagnóstico, esto se relaciona el ancho de la cara con el largo de la misma, de frente al paciente.

María Gabriela Solís Suárez, 2015)

$$\text{Índice facial: } \frac{\text{Distancia ofrion-gnation}}{\text{Distancia cigomática}} \times 100$$

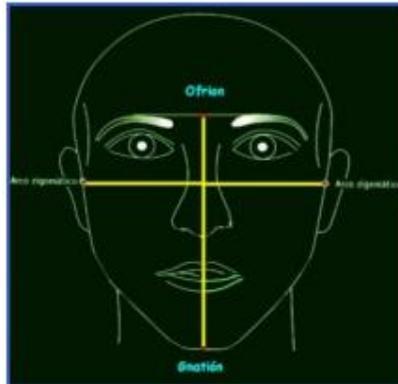


Figura 24. Medidas utilizadas para el diagnóstico facial. María Gabriela Solís Suárez, 2015)

Leptoprosópo: cara alargada mayor longitud en sentido vertical, mayor 104mm.

Mesoprosópo: promedio entre el largo y ancho de la cara entre 104 y 107mm.

Europrosópo: mayor longitud en sentido vertical, cara ancha menor de 97mm.

Tabla 2. Tabla de diagnóstico facial
Diagnostico Facial

Leptoprosópo (rostro estrecho y alto)	Mayor de 104
Mesoprosópo (rostro intermedia)	104 y 107
Europrosópo (rostro ancho y bajo)	Menor de 97

CAPÍTULO 3: FUNCIONES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.

1.RESPIRACIÓN.

Proceso mediante el cual los seres vivos intercambian gases con el medio externo, este proceso consiste en la entrada de oxígeno al cuerpo de un ser vivo y la salida de dióxido de carbono del mismo. Es indispensable para la vida de los organismos aeróbicos. Dependiendo del tipo de órgano encargado del proceso, la respiración puede ser pulmonar, como en los mamíferos; traqueal, en los artrópodos; branquial, en los peces; o cutánea, en los anélidos.(Mizraji et al., 2012)

1.1 Respiración normal: Es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral, creándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro al momento de hacer la inspiración. La lengua se eleva y apoya contra el paladar produciendo así un estímulo positivo para el desarrollo. Y las fosas nasales limpian y calientan el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas. (Alarcón, 2013)

1.2 Tipos respiración normal:

1.2.1. Diafragmática o abdominal (hacia abajo): Es una respiración esencial ya que aparte del corazón el diafragma es considerado uno de los músculos más trabajadores del cuerpo humano. La respiración abdominal es la más natural y simple por que consigue mayor capacidad con mínimo esfuerzo, esto es posible ya que ventila la parte más baja y ancha de los pulmones.

1.2.2. Respiración torácica o costal (hacia los lados): Es una respiración incompleta, donde la caja torácica se expande permitiendo la contracción y dilatación de la parte media de los pulmones.

1.2.3. Respiración clavicular (hacia arriba): Es la respiración que comprende mayor dificultad ya que requiere máximo esfuerzo para obtener poco aire, así solo logrando ventilar la parte más alta y estrecha de los pulmones.

2.DEGLUCIÓN.

Definido del latín deglutio es el paso de los alimentos u otras sustancias desde la boca hacia el estómago. Este proceso de ingestión o de leche materna cuando los bebés están siendo amantados y cuando empiezan a recibir sus primeros alimentos comienza en la boca, donde son masticados por los dientes, amasados por la lengua y humedecidos por la saliva. La comida toma forma de una masa de consistencia pastosa llamada bolo alimenticio. (Mizraji et al., 2012).

2.1 Deglución normal: La deglución normal es el paso de los alimentos desde la cavidad bucal hasta el estómago, lo que permite la alimentación del organismo al asegurar la protección de las vías respiratorias, consta de tres fases (oral, faríngea y esofágica), estas suelen repetirse más de 600 veces al cabo del día y en la que se ve intervenida por más de 30 músculos, Tras el inicio de la deglución, el bolo alimenticio tarda entre 11 y 16 segundos en completarla. (Alarcón, 2013)

2.2Fases deglución

2.2.1 Fase de preparación o fase bucal: Es un proceso voluntario donde se prepara el bolo alimenticio para ser deglutido, cuando el alimento entra en la cavidad oral con movimientos linguales, maxilares y con ayuda de los músculos buccinadores y el orbicular de los labios, inicia un corte, masticación, trituración y pulverización del bolo alimenticio.

2.2.2 Fase de deglución propiamente dicha o faringolarínea: Es un proceso involuntario donde el bolo alimenticio es desplazado de forma rápida hacia la faringe, acompañado del cierre de las vías respiratorias, para luego dirigirse hacia el aparato digestivo. Cuando el bolo alimenticio llega a la zona de encuentro entre las vías respiratorias y digestivas se dan una serie de actos de reflejo, el esfínter hipofaríngeo se relaja para dar paso al alimento de la faringe al esófago, en esta fase la respiración es inhibida la epiglotis bloquea las vías respiratorias como medida de protección, y la laringe se mueve hacia adelante y arriba por la contracción de los músculos infrahioides.

2.2.3. Fase de transporte del alimento hacia el esófago o fase esofágica: Es un proceso involuntario donde el bolo alimenticio es transportado desde la faringe hacia el estómago a través del esófago, con ayuda de los músculos constrictores faríngeos (superior, medio e inferior).

3. MASTICACIÓN.

Proceso mediante el cual la comida es triturada con ayuda de las piezas dentales y es homogeneizada o lubricada con la saliva, esto se debe a una acción refleja congénita o incondicionada. La secreción de saliva es una respuesta a la estimulación directa de las células del gusto o de la mucosa bucal. (Mizraji et al., 2012).

3.1 Tipos masticación

3.1.1. Unilateral: Se da de manera desigual y asincrónica, teniendo más preferencia de un lado que del otro a la hora de la masticación, esto se da por causa de pérdida excesiva de dientes en una zona determinada del arco, también por destrucción dentaria por caries.(Hovsepian, M, 2017)

3.1.2. Bilateral: Es la función oclusiva efectiva, se logra teniendo una masticación balanceada alternando rítmicamente el lado con que se tritura, utilizando equitativamente todas las estructuras dentarias sin sobrecargar zonas particulares de las arcada o dientes específicos.(Hovsepian, M, 2017)

4. FONACIÓN.

Es el trabajo muscular realizado para emitir sonidos inteligibles, es decir, para que exista la comunicación oral. El objetivo último de la fonación es la articulación de palabras, a través del proceso por el cual se modifica la corriente de aire procedente de los pulmones y la laringe en las cavidades supraglóticas como consecuencia de los cambios de volumen y de forma de estas cavidades. (Mizraji et al., 2012)

CAPÍTULO 4: HÁBITOS ORALES

Los hábitos orales son definidos como una acción repetitiva o una práctica habitual que adquiere una persona. Zapata -Dávalos et al., en el 2009 lo definió como , *“como un acto adquirido mediante la experiencia, realizado regular, y automáticamente ”*; estos hábitos pueden ser considerados como un comportamiento desarrollado por factores extrínsecos e intrínsecos en el que el sujeto tiene poco control voluntario”.

1. CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS BUCALES SEGÚN ARISTIGUETA RICARDO EN 1989:

1.1 LOS HÁBITOS BUCALES FISIOLÓGICOS.

Son aquellos que nacen con cada persona y dejan que haya un desarrollo normal del sistema esquelético, muscular y dental. Si no existe un impedimento en estos sistemas, el paciente tendrá un adecuado funcionamiento en su desarrollo facial y dental y así tendrá una

oclusión equilibrada, con excelente funcionamiento del sistema estomatognático. Entre estos hábitos encontramos la respiración nasal, la masticación, la deglución. (Medina et al., 2010)

1.2 LOS HÁBITOS NO FISIOLÓGICOS O PARAFUNCIONALES.

Estos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares que ocupan el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal; pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático causando un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales conllevando a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito. Cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse. Entre estos hábitos encontramos succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo. (Zapata - Dávalos et al., 2009)

Estos hábitos parafuncionales suelen considerarse uno de los factores etiológicos de las maloclusiones del siglo XIX. Estas reacciones automáticas pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional. (Medina et al., 2010) (Contreras et al., 2007)

Existen factores que están ampliamente relacionados con la modificación de los hábitos, tales como la frecuencia, si tiene aparición intermitente (diurno) o continuos (nocturnos) y la duración, que se clasifica en:

- **“Infantil:** (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos

- **“Preescolar:** (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios. Si el hábito cesa ante de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos”

- **“Escolar:** (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir mal posiciones dentarias y malformaciones dentoesqueletales”

La Intensidad, también juega un papel determinante en el efecto del hábito, cuando es de poca intensidad, presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo, si es Intensa, se ha reportado contracción del músculo buccinador fácilmente apreciable. El grado de estas alteraciones dependerá de la duración, la intensidad y frecuencia del hábito, o bien, de las características del paciente. (Medina et al., 2010).

2. PRINCIPALES HÁBITOS PARAFUNCIONALES

2.1. DEGLUCIÓN ATÍPICA:

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil.



Figura 25. Interposición lingual. Alarcón A., A. M. (2013). *DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN DE LA LITERATURA.*

2.2. SUCCIÓN DIGITAL:

Este hábito comienza en la vida fetal a la semana 29 de gestación, es normal al principio de la vida del recién nacido, el agente etiológico de la succión digital es la lactancia artificial, y puede ser el resultado de frustraciones psicológicas debido a problemas escolares o familiares. Es muy frecuente que se dé por falta de amamantamiento, desplazamiento afectivo o aburrimiento. (Medina et al., 2010).

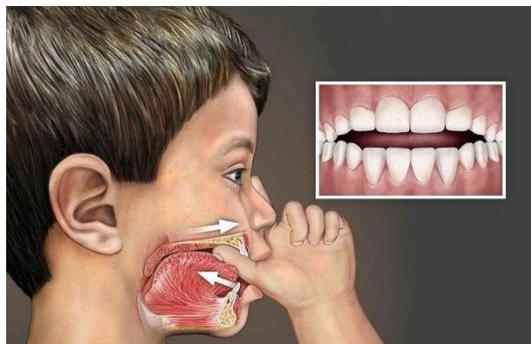


Figura 26. Succión digital. Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). *HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES.*

2.2.1. EXISTEN DOS TIPOS DE HÁBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL:

- **Succión de pulgar:** consiste en la introducción del dedo pulgar dentro de la cavidad oral.
- **Succión de otros dedos:** consiste de igual forma en introducir otros dedos.

2.2.2 LAS CONSECUENCIAS DE ESTE HÁBITO SE DEBEN A LOS

SIGUIENTES FACTORES:

- Posición baja de la lengua.
- Hiperactividad de los músculos buccinadores.
- Presión pasiva del dedo sobre las arcadas.
- Fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

2.2.3. CAMBIOS DENTALES DE LA SUCCIÓN DIGITAL SON:

- Aumento de espacio intraorales por succión del dedo pulgar.
- Mordida abierta unilateral y/o protrusión de uno o más incisivos por succión del dedo índice.

- Mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos e intrusión de incisivos antero inferiores a causa de succión medio y anular. (Medina et al., 2010)

"Si este hábito persiste después de los tres o cuatro años de edad se debe realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológico, fonoaudiológico u odontológico".(Carmen Lugo, Irasema Toyo., 2011)

2.3 SUCCIÓN LABIAL:

Este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital.



Figura 27. Succión labial. Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). *HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES.*

2.4 ONICOFAGIA:

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprimir, porque normalmente está vinculado a graves disturbios

emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. (Medina et al., 2010)



Figura 28. Onicofagia. Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). *HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES.*

2.5 BRUXISMO:

Se define como un hábito no funcional al contacto forzado entre las superficies oclusales de los dientes, es involuntario, el exceso de molienda, apretar o el roce de los dientes durante los movimientos funcionales del sistema masticatorio. El bruxismo puede ocurrir durante el día o durante la noche. (Frugone Zambra RE, Rodríguez C, 2005)



Figura 29. Bruxismo. Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). *HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES.*

2.6 RESPIRACIÓN ORAL:

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua y de la propia cabeza en menor medida, parece muy razonable que

un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. La respiración nasal la definimos como el ingreso de aire por la nariz con cierre simultáneo de la cavidad oral, y donde la lengua se eleva y al apoyarse contra el paladar ejerce un estímulo positivo para su desarrollo. (Medina et al., 2010)

2.6.1 Las alteraciones de la respiración oral se pueden catalogar de dos tipos, respiratorias o por hábitos.

2.6.1.1 Obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosas nasales existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas.

2.6.1.2. Obstrucción por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre”.(Murrieta-Pruneda et al., 2009)

El hábito de la respiración bucal está relacionado con una serie de cambios de cada persona a nivel de su desarrollo o formación durante su crecimiento, estando en una relación muy cercana entre las anomalías faciales, esqueléticas y dentarias.(Contreras et al., 2007).

3. COMO SE DIAGNOSTICA:

3.1. FUNCIÓN RESPIRATORIA.

Se determina la permeabilidad nasal por medio de un espejo bucal, de indicación al niño para inspirar y expeler aire por cada fosa nasal y observe si se empaña. Tenga en cuenta para la anotación final de modo respiratorio otros signos presentes en el niño respirador oral (Eje: facies adenoideas, incompetencia labial y otros). (Rincón et al., 2016)

3.2. FUNCIÓN DE LA DEGLUCIÓN Y EL HABLA.

Para diagnosticar una actividad perioral balanceada tenga en cuenta actividad muscular, posición lingual, híper o hipotonicidad muscular en deglución, en dicción y en reposo.

3.2.1. Deglución: Tenga presente que en una función normal la deglución se lleva a cabo sin movimiento de los labios y no se observa proyección de la lengua. Para determinarla haga deglutir al paciente su propia saliva, visualice (retrayendo suavemente el labio inferior) la posición lingual en esta función. (Rincón et al., 2016)

Tipo de deglución visceral: Es la deglución presente durante los primeros años de la vida, la lengua se posiciona entre los rodetes gingivales o arcadas dentales antes de constituirse totalmente la dentición temporal.

Viscerosomática: Se puede considerar un periodo de transición de la deglución hacia una etapa más estable y madura. En estado de reposo la lengua se sitúa contra las rugas palatinas.

3.2.2. Fonación: Observe la posición de la lengua cuando el niño habla, y determine si su conversación natural es adecuada para la edad y no presenta ningún tipo de alteración ceceo, sibilancia, etc. En un lenguaje normal, la lengua rara vez se proyecta entre los dientes o los labios, ni estos quedan atrapados por los dientes. Al término del proceso de fonación y en estado de reposo, los labios deben estar en contacto sin interposición de los dientes. (Rincón et al., 2016)

3.3. SUCCION DIGITAL Y LABIAL

Se realiza un examen extraoral donde se observa una serie de signos analizando todos los tejidos blandos, donde se encuentra labios en reposo incompetentes, labio superior corto e hipotónico, labio inferior evertido. y un examen intraoral paladar óseo ojival, clase II dental, pro

inclinación de incisivos superiores y con un overjet aumentado, posición de la lengua baja por debajo del dedo o labio. Generalmente este examen va acompañado de una serie de preguntas al acudiente del niño si presenta habito o no y con qué frecuencia lo realiza. (Rincón et al., 2016)

3.4 ONICOFAGIA.

La onicofagia lo podemos evaluar en el momento de llenar la historia clínica donde realizamos inspección y preguntamos del acudiente que habito presenta el niño, donde esta condición puede ser morderse varias o todas las uñas, u observamos uñas cortas o inconscientemente el niño muerde sus uñas en cualquier momento. (Rincón et al., 2016).

3.5 BRUXISMO.

Se realiza la historia clínica anamnesis y ficha clínica. Exploración clínica signos y síntomas donde encontramos desgaste generalizados en los dientes y fracturas, obtenemos modelos de estudio impresiones del maxilar superior e inferior para efectuar los moldes y montarlos en el articulador para el análisis de la oclusión. (Rincón et al., 2016).

4. CAMBIOS FACIALES Y DENTALES ASOCIADOS A LOS HABITOS

Los hábitos bucales son los causantes de muchas alteraciones a nivel esquelético dental y facial, debido a su importante acción en el normal funcionamiento y desarrollo del sistema estomatognático, en especial en los niños que lo presentan produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, este es un factor etiológico desde el siglo XIX y son los causantes de alteraciones dentofaciales tanto a nivel anatómico como funcional.

En el estudio realizado por Pipa Vallejo et al.,) entre octubre 2008 y abril del 2009 de ferro, tuvo como objetivo identificar la maloclusión en relación del habito de succión digital,

chupete, biberón. Se encontró una maloclusión de clase II de un 37,71% y el hábito más frecuente el del uso de la chupete frecuencia del 83,7%.

Mendoza (Oropeza et al., 2014), con el objetivo de determinar la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población infantil de 2 a 15 años, mayor prevalencia presentes correspondieron a la interposición lingual con un 66.2%, 49.3% succión labial, 41.9% onicofagia y 31.8% respiración bucal y la maloclusión más prevalente resultó ser la mordida abierta con un 35.1%.

En un estudio realizado por Laura Mendoza et al, en el año 2014, la prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue del 96.6%. El mayor número de casos se presentó a la edad de 4 y de 6 a 11 años durante la dentición mixta. Se presentó indistintamente de acuerdo con el género. El hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%; en segundo lugar, succión labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8% 17 y encontró asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta 17 de igual forma con otras maloclusiones como la sobremordida vertical y con la clase III de Angle.

VI. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio:

Observacional descriptivo de corte transversal

2. Análisis de los datos:

Estadística descriptiva multivariada, se implementó el análisis de la correlación canónica.

3. Población:

106 pacientes atendidos en la clínica de atención al niño en la universidad Antonio

Nariño sede armenia entre las edades de 5 a 14 años en los periodos I-2021, II-2021

4. Criterios de inclusión:

-Historias Clínicas de Ortopedia de Pacientes atendidos en el periodo 2021-1 y 2021-2

-Pacientes dentro de los rangos de edad

5. Criterios de exclusión:

-Historias Clínicas mal diligenciadas

-Historia Clínicas sin sustentar o firmas de docentes

-Pacientes que estén fuera del rango de edad.

6. Tabla de variables**Tabla 3.** Tabla de variables independientes utilizadas en la investigación.

VARIABLES INDEPENDIENTES			
NOMBRE	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Hábitos Orales	A. Succión digital. B. Succión labial. C. Respiración oral. D. deglución atípica. E. bruxismo	Cualitativa	Nominal

Tabla 4. Tabla de variables dependientes utilizadas en la investigación.

VARIABLES DEPENDIENTES			
NOMBRE	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Biotipo Facial	A. Leptoprosopo. B. Mesoprosopo. C. Europrosopo.	Cualitativa	Nominal

Tabla 5. Tabla de variables independientes utilizadas en la investigación.

VARIABLES INTERVINIENTES CONTROLADAS			
HOMBRE	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	1.de 5 a 7 años 2. de 8 a 10 años 3. de 12 a 14 años	Cuantitativa	Razón
Género	1.Femenino, 2.Masculino	Cualitativa	Nominal
Nivel socioeconómico	Estratos 1.Bajo 2.medio 3.Alto	Cualitativa	Ordinal
Demografía	1.Urbano 2.rural	Cualitativa	Nominal

VII. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Teniendo en cuenta la naturaleza del estudio y de acuerdo a la resolución 8430 de 1993 Artículo. 11, subdivisión A, en este estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Esta investigación se reconoce como sin riesgo para los pacientes ya que solo se revisaron historias clínicas. Teniendo en cuenta los últimos cambios en el tema de protección de datos de investigación, se aclaró que esta investigación se centró en la toma de datos con fines de investigación, se solicitó autorización a los coordinadores de la Universidad Antonio Nariño sede armenia, además se aclaró que se anonimizar su identificación y nombres los datos obtenidos ya que por el tipo de estudio no fue necesario mantener la identidad. Igualmente se garantizó que la

base de datos obtenida en esta investigación no se comercializará, migrará o venderá por ningún motivo.

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La presente investigación se realizó por medio de revisión de historias clínicas de los pacientes entre las edades de 5 a 14 años atendidos en la clínica de niños de la universidad Antonio Nariño sede en armenia; en el cual se recopilaron datos específicos de las historias clínicas en el periodo 2021-I y 2021- II.

Se elaboró una carta de solicitud hacia la coordinación de las clínicas de la sede, donde se solicita acceso a la base de datos de facturación de los procedimientos realizados en la clínica del niño; para con este realizar un filtro de datos para determinar la cantidad exacta de los pacientes atendidos. (Anexo N°1). Una vez obtenido el número exacto de los pacientes atendidos, se envía una segunda carta de solicitud hacia la coordinación de las clínicas de la sede, donde se solicita un permiso para tener acceso las historias clínicas de ortopedia durante los meses de febrero y marzo del 2022. (Anexo N°2)

El registro de datos se realizó en el tiempo estimulado, realizando 2 visitas a la semana supervisadas por el personal administrativo de la Universidad Antonio Nariño, sede armenia, empleando una plantilla de recolección de datos (Anexo N°3), la validación de la plantilla fue revisada por la tutora del proyecto de investigación experta en el área, teniendo en cuenta la variables a evaluar; edad, genero, condiciones demográficas y nivel socioeconómico adicional a esto datos se registraron: tipo facial, tipo cefálico, tipo de perfil y hábitos orales presentes en el paciente tales como bruxismo, deglución atípica, onicofagia, respiración oral, succión digital y

succión labial. El total de la muestra considerada fue de 106 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

IX. ANALISIS Y RECOPIACION DE DATOS

Los datos registrados en la plantilla, fueron distribuidos en tablas:

Tabla 6. Rango de edades registradas en la investigación.

EDAD	CANTIDAD
5 años	9
6 años	7
7 años	17
8 años	30
9 años	20
10 años	12
11 años	9
12 años	1
13 años	1
14 año	0

Tabla 7. Rango de géneros registrados en la investigación.

GÉNERO	CANTIDAD
Femenino	53
Masculino	53

Tabla 8. Rango de Nivel socioeconómico registrados en la investigación.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	CANTIDAD
Estrato 1	38
Estrato 2	43
Estrato 3	21
Estrato 4	3
Estrato 6	1

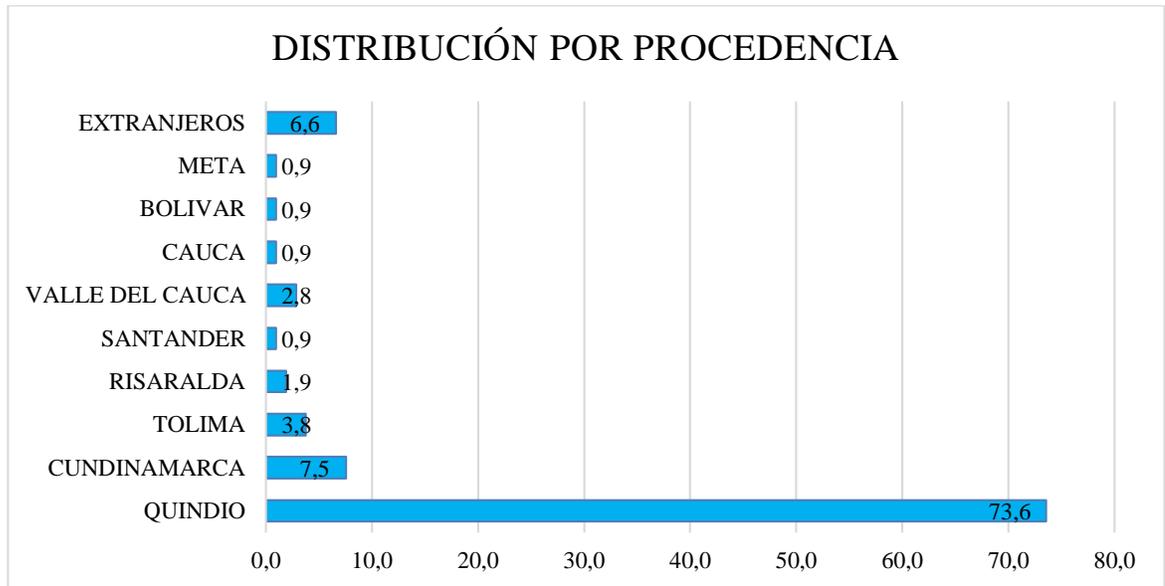
Tabla 9. Registro de hábitos orales en la investigación

	CANTIDAD
Pacientes que no presentaron hábitos orales	38
Pacientes que presentaron hábitos orales	68

X. RESULTADOS

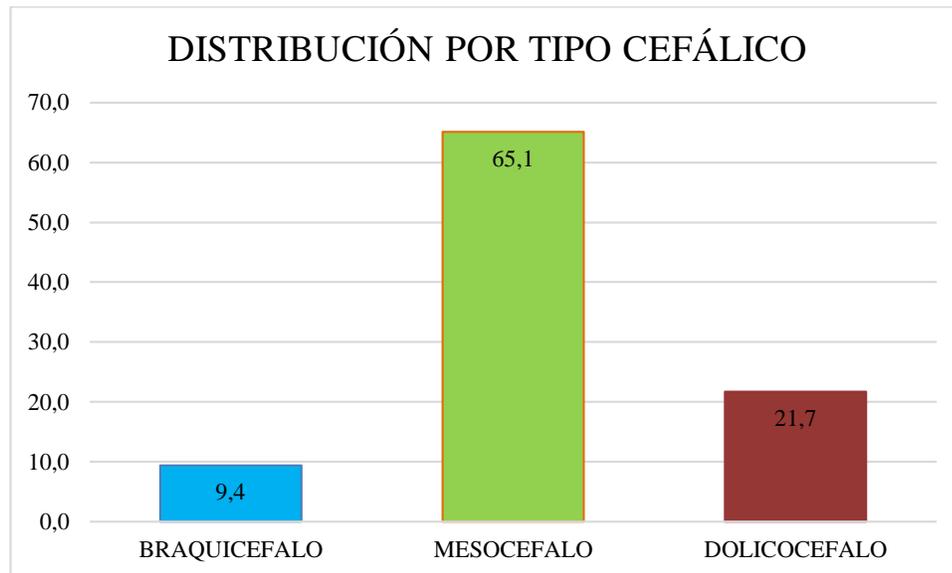
Se incluyeron en total 106 pacientes, de los cuales el 50% (n=53) correspondían al sexo femenino y el 50% (n=53) sexo masculino. El promedio de edad de los participantes fue de 8,2 años. Adicionalmente, en el estrato socioeconómico se encontró que el 40,6% (n=43) de los pacientes pertenecían al estrato 2, seguido del estrato 1 con el 35,8% (n=38), estrato 3 con el 19,8% (n=21), estrato 4 con el 2,8% (n=3) y con menor porcentaje estrato 6 con el 0,9% (n=1).

De acuerdo a la procedencia, se encontró que el 73,6% (n=78) de los casos tenían procedencia del Departamento del Quindío, seguido de Cundinamarca con el 7,5% (n=8), nacionalidad extranjera el 6,6% (n=7), Tolima el 3,8% (n=4), en menor porcentaje Valle del Cauca (n=3), Risaralda con el 1,9% (n=2) y con el mismo porcentaje Santander, Cauca, Bolívar, Meta con el 0,9% (n=1).



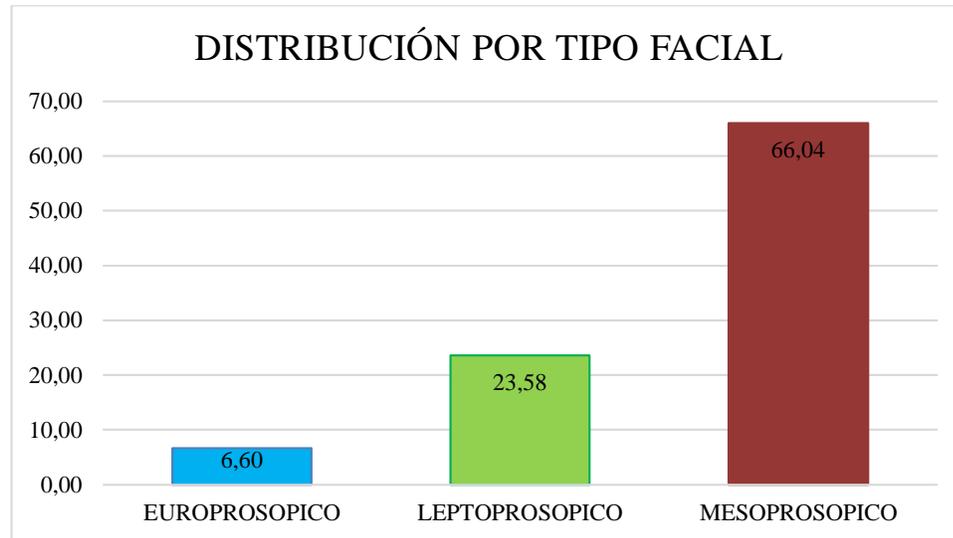
Gráfica 1. Distribución de la población por procedencia departamental

De acuerdo al tipo cefálico, el 65,1% (n=69) eran Mesocefálico, el 21,7% (n=23) dolicocefalos y el 9,4% (n=10) braquicéfalo.



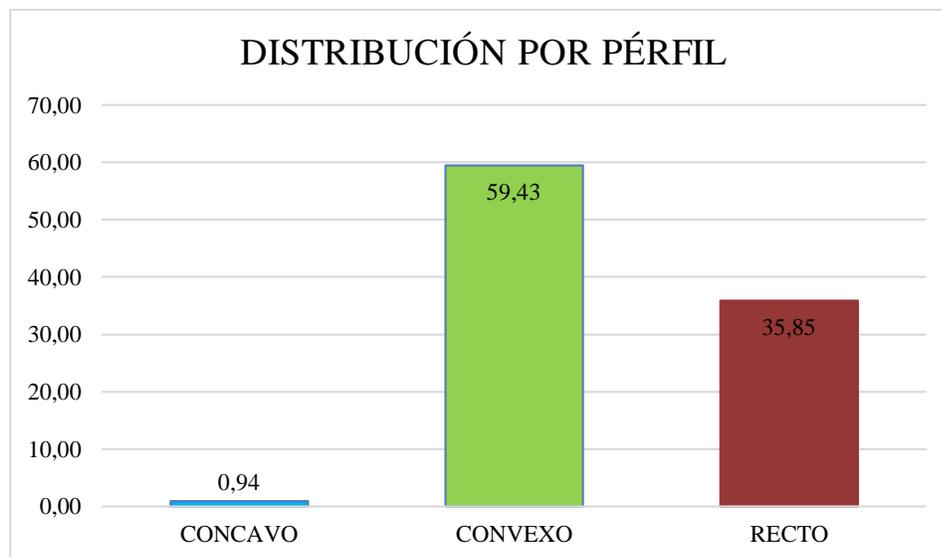
Gráfica 2. Distribución de la población por tipo cefálico

De acuerdo al tipo facial, el 66,04 (n=70) eran Mesoprosópico, el 23,58% (n=25) Leptoprosópico y el 6,60% (n=7) Europrosópico como se observa en la siguiente gráfica.



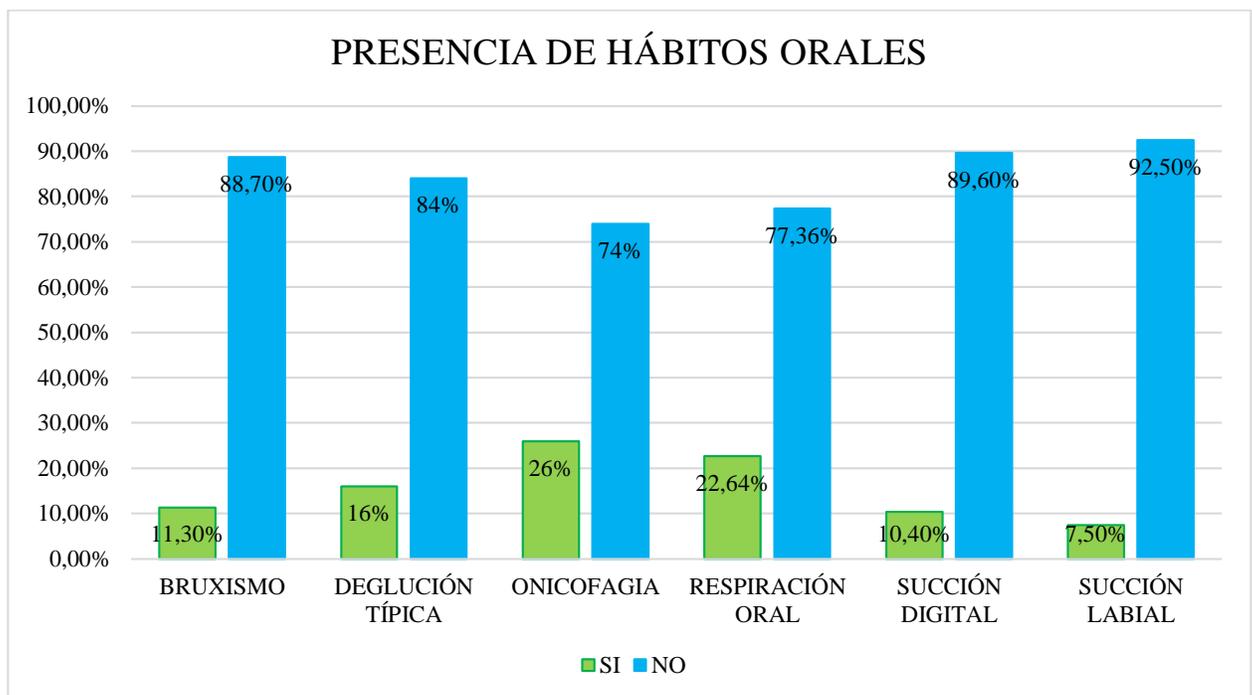
Gráfica 3. Distribución de la población por tipo facial

Con relación al perfil se encontró que el 59,43% (n=63) tenían perfil convexo, el 35,85% (n=38) y el 0,94% (n=1) perfil cóncavo.



Gráfica 4. Distribución de la población por perfil

Con relación a los hábitos, se identificó que el 26% de los pacientes incluidos en la investigación presentaron onicofagia, el 22,64% presentaron respiración oral, seguido de deglución típica con el 16%, bruxismo con el 11,30%, succión digital el 10,40% y por último succión labial el 7,50%.



Gráfica 5. Distribución de la población por Hábitos orales

Para evaluar la asociación entre la presencia de hábitos orales con los biotipos faciales se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un nivel de confianza de 95%. Se realizaron tablas cruzadas entre el Biotipo Facial y los Hábitos orales.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el biotipo facial y la onicofagia con un $p=0,046$. No se encontraron diferencias con los demás hábitos.

Tabla 10. Relación de los hábitos orales con el biotipo facial presentes en 106 niños en los niños de 4 a 14 años atendidos en la clínica del niño por medio de tablas cruzadas.

PRESENCIA DE HÁBITOS ORALES		BIOTIPO FACIAL							P VALOR
		MESOPROSOPICO		LEPTOPROSOPICO		EUROPROSOPICO		Total N	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
BRUXISMO	SI	9	8,5	1	0,9	2	1,9	12	0,154
	NO	63	59,4	26	24,5	5	4,7	94	
DEGLUCIÓN ATÍPICA	SI	12	11,3	2	1,9	3	2,8	17	0,072
	NO	60	56,6	25	23,6	4	3,8	89	
ONICOFAGIA	SI	24	22,6	4	3,8	0	0,0	28	0,046*
	NO	48	45,3	23	21,7	7	6,6	78	
RESPIRACIÓN ORAL	SI	13	12,3	9	8,5	2	1,9	24	0,251
	NO	59	55,7	18	17,0	5	4,7	82	
SUCCIÓN DIGITAL	SI	8	7,5	3	2,8	0	0,0	11	0,648
	NO	64	60,4	24	22,6	7	6,6	95	
SUCCIÓN LABIAL	SI	5	4,7	2	1,9	1	0,9	8	0,781
	NO	67	63,2	25	23,6	6	5,7	98	
Total Ñ		72		27		7		106	

XI. DISCUSIÓN

En la presente investigación se registraron niños con rangos de edad entre 5 a 14 años, otros estudios con objetivos similares han sido mencionado en la bibliografía, tal como el estudio realizado por (Buitrago López et al., 2013), quien realizó un análisis en Bogotá, Colombia con niños de 4 a 11 años de edad; donde se mostró que el habito más frecuente fue el empuje lingual y en segundo puesto fue la deglución atípica la cual en nuestra investigación ocupó el segundo lugar con un 16% . Por otro lado en el estudio realizado por (Zapata-Dávalos et al., 2009) en Lima, Perú donde evaluaron la relación que se presenta entre los hábitos orales y las maloclusiones, la población fue de 6 a 12 años de edad y la cantidad de pacientes revisados fue de 154 niños de los cuales el habito con mayor porcentaje fue la onicofagia en un perfil clase I información comparada con los resultados dados en nuestra investigación donde también el habito más frecuente fue la onicofagia en un biotipo facial mesoprosopico. Al igual que en el estudio realizado en México en Ciudad Nezahualcóyotl por (Murrieta-Pruneda et al., 2009) en el cual 68.2% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal parafuncional, lo que sustenta nuestra investigación ya que el 68% de los 106 pacientes evaluados mostraron tener al menos 1 habito oral; en este estudio también nos mostró que el hábito de la onicofagia fue el hábito de mayor prevalencia entre esa población.

El estudio realizado en Paraguay (Ramírez Ruiz & Calegari Ayala, 2009) encontraron que el biotipo facial más prevalente fue el Mesofacial seguido del Braquifacial y en menor porcentaje el dolicofacial lo cual confirma los resultados de nuestra investigación donde se registró que el biotipo facial más frecuente fue el de Mesoprosopo seguido de leptoprosopo y en menor frecuencia europrosopo.

En la Habana, Cuba (Ramos et al., 2012) realizaron un estudio asociativo sobre anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria, donde manifestaron que los hábitos orales eran más frecuentes en el género femenino; al igual que en la investigación realizada por (Esis-Villaruel Irina M, 2013) en Arauca, Colombia, en este estudio evaluaron niños y adolescentes en el mismo rango de edad y concluyendo que es más propenso el género femenino adquirir hábitos orales, a diferencia del trabajo de investigación descrito por (Arzuaga & Godínez, 2013) en Santiago de Cuba donde obtuvieron más población masculina con hábitos orales que población femenina. En nuestro proyecto de investigación se obtuvo un rango igualitario entre hombre y mujeres.

Por otro lado (Pipa Vallejo et al., 2011) en su estudio realizado en Ferrol, España y (Oropeza et al., 2014) en México, definen en sus estudios que el hábito de succión es uno de los más frecuentes en niños de menos edad pero es poco frecuente encontrarlo dentro de la población en general, lo que ratifica los resultados de nuestros estudios teniendo en cuenta que los hábitos de succión digital y labial fueron los menos frecuentes y de menor significado estadístico.

XII. CONCLUSIONES.

- En cuanto, a la caracterización demográfica, se encontró que el 73,6% de los casos procedían del departamento del Quindío, seguido de Cundinamarca con el 7,5%, nacionalidad extranjera con el 6,6%, Tolima con el 3,8% y en menor porcentaje Valle del cauca y Risaralda con 1,9% y con el 0,9% Santander, cauca, bolívar y meta.
- Adicionalmente, se registró el estrato socioeconómico donde se encontró que el 40,6% de los pacientes hacen parte del estrato 2, seguido del estrato 1 con el 35,8%, estrato 3 con 19,8%, estrato 4 con el 2,8% y en menor porcentaje el estrato 6 con 0,9%.
- El biotipo facial más frecuente en la población fue de mesoprosopico con 66, 04% seguido por el Leptoprosópico con 23,58% y en porcentaje menor el biotipo Europrosópico 6,60%.
- Mediante la investigación realizada, se encontró que el habito oral más frecuente encontrado en la población fue la onicofagia con un 26% seguido de la respiración oral con 22,64%, deglución atípica con 16%, bruxismo con 11,30%, succión digital con 10,40% y por último con el menor porcentaje fue succión labial con 7,50% en los pacientes tendidos en la clínica del niño de la universidad Antonio Nariño.
- Además, al analizar la asociación de los hábitos orales y los biotipos faciales fue estadísticamente significativo solo con el habito de onicofagia con 0,046, el resto de los hábitos orales no mostraron significancia estadística.

- Principalmente se encontró en el habito de onicofagia el cual mostro más significado estadístico que es más frecuente encontrarlo en el biotipo mesoprosopico, seguido del Leptoprosópico, no se encontró asociación entre este habito y el biotipo europrosopo de los pacientes atendidos en la clínica de niño de la universidad Antonio Nariño.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adriana Mireya Buitrago López, Jhonatan René Gómez Mancilla, Sidney Salazar Sandoval, Liliana Morón Cotes, Juan Carlos Perilla Reyes, Judith Patricia Barrera Chaparro. (2013). *ASOCIACIÓN ENTRE MALOCLUSIONES Y HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 4 A 11 AÑOS*.
<https://es.scribd.com/document/346052729/Asociacion-Entre-Maloclusiones-y-Habitos-Orales-en-Ninos-de-4-a-11-Anos>
- Alarcón A., A. M.,. (2013). *DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN DE LA LITERATURA*.
- Arzuaga, A. A., & Godínez, M. S. A. (2013). *Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana*.
- Carmen Lugo, Dra. Irasema Toyo. (2011). *HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES*.
- Carmen T. Medina A, María L. Laboren S., Carolina Viloría R. Oscar Quirós A. Aura D'Jurisic, Carolina Alcedo, Lennys Molero, Jorge Tedaldi A. (2010). *Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria*.
- Cerda-Peralta, B., Schulz-Rosales, R., López-Garrido, J., & Romo-Ormazabal, F. (2019). *Parámetros cefalométricos para determinar biotipo facial en adultos chilenos. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, 12(1), 8-11.*
<https://doi.org/10.4067/S0719-01072019000100008>

- CLAUDIA RINCON, ANGELA GRANDAS, LILIANA WILCHES, & ADRIANA ECHEVERRY. (2016). *INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA CLINICA INTEGRAL DEL NIÑO*. 36.
- Contreras, A. M. S., Díaz, A. D., Pérez, B. T., Otero, P. T., & Izquierdo, A. H. (2007). *Educación para la Salud en niños con hábitos bucales deformantes*. 7.
- Esis-Villaruel Irina M, R. R., Carmona Angyuri. (2013). *Prevalencia de hábitos bucales Parafuncionales como factor Etiológico de Maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas Panare en Maniapure, Edo. Bolívar*.
- Franco, F. C. M., Araujo, T. M. de, Vogel, C. J., & Quintão, C. C. A. (2013). Brachycephalic, dolichocephalic and mesocephalic: Is it appropriate to describe the face using skull patterns? *Dental Press Journal of Orthodontics*, 18(3), 159-163. <https://doi.org/10.1590/S2176-94512013000300025>
- Franco Varas, V., & Gorritxo Gil, B. (2012). Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. *Anales de Pediatría*, 77(6), 374-380. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.02.020>
- Frugone Zambra RE*, Rodríguez C**. (2005). *Bruxismo*.
- Fuentes, K. J. D. (2016). *Descripción De Hábitos Orales*. 42.
- Garay, A. F. G. (2012). *UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DIRECCIÓN ESCUELA DE PREGRADO CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO*. 89.
- Hovsepian, M. (2017). *Algunos aspectos clínicos sobre la masticación unilateral*.
- Kammann, M. A., & Quirós, O. (2013). *Análisis facial en ortodoncia interceptiva*. 9.

Lescay, R. N., Alonso Becerra, A., & Hernández González, A. (2017).

ANTROPOMETRÍA. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS TECNOLOGÍAS
PARA LA CAPTACIÓN DE LAS DIMENSIONES ANTROPOMÉTRICAS.

Revista EIA, 13(26), 47-59. <https://doi.org/10.24050/reia.v13i26.799>

María Gabriela Solís Suárez. (2015). *Análisis de la clase esquelética y el biotipo facial de los pacientes atendidos en la clínica de Ortodoncia UNAN-LEÓN, entre los periodos comprendidos del 2013-2015.*

Miguel Ángel CAMPOS LIÑÁN. (2018). *Concordancia entre el biotipo facial determinado por el ángulo de la apertura facial e índice facial morfológico en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNMSM.*

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7947/Campos_1m.pdf?sequence=3

Morris Mizraji, Romina Bianchi, Arturo Manns Freese. (2012). *Sistema estomatognático.*

Murillo, E. A. T. (s. f.). *CONCEPTOS BÁSICOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL. 72.*

Murrieta-Pruneda, J. F., Bello, R. I. A., Silva, L. E. P., Juárez-López, L. A., Vieyra, C. L., Ocampo, A. F. M., Murillo, V. Z., & Rebolledo, M. G. S. (2009). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 68, 8.

Oropeza, L. M., Meléndez Ocampo, A. F., Sánchez, R. O., & López, A. F. (2014).

Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2(4), 220-227.

[https://doi.org/10.1016/S2395-9215\(16\)30038-1](https://doi.org/10.1016/S2395-9215(16)30038-1)

- Pipa Vallejo, A., Cuerpo García de los Reyes, P., López-Arranz Monje, E., González García, M., Pipa Muñiz, I., & Acevedo Prado, A. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Avances en Odontoestomatología*, 27(3). <https://doi.org/10.4321/S0213-12852011000300004>
- Ramire Ruiz, M., & Calegari Ayala, J. (2009). *FRECUENCIA DEL BIOTIPOFACIAL QUE PRESENTAN PACIENTES DEL POST GRADO DE ORTODONCIA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PARAGUAY EN EL PERIODO 2009 AL 2017*. 6.
- Ramos, R. M. G., González, D. A. O., & Silva, C. (2012). *Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria*. 10.
- Robert Murray Ricketts D.D.S., M.S. (1960). *Cephalometric synthesis: An exercise in stating objectives and planning treatment with tracings of the head roentgenogram*. 46.
- Varas, V. F., Gil, B. G., & Izquierdo, F. G. (2012). *Prevalence of childhood oral habits and their influence in primary dentition*. 8.
- Zapata-Dávalos, M., Lavado-Torres, A., & Anchelia-Ramírez, S. (2009). *HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS*. 9.

XIII. ANEXOS

ANEXO N°1.

Armenia, 18 de febrero del 2022

Señor(a):

Coordinador de Clínicas

Cordial Saludo,

Yo Karol Juliana Niño Toro, Elizabeth Rivera Ortiz, Briyit Dayana Villegas Gutiérrez, estudiantes de Décimo y Noveno semestre solicitamos información de la base de datos de la CLINICA DEL NIÑO Y OTROPEDIA de los pacientes atendidos actualmente por los estudiantes de sexto a decimo semestre; con el fin de realizar toma de muestra para el proyecto de investigación "*Frecuencia del biotipo facial y hábitos orales presentes en pacientes de 5 a 14 años que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia periodo I-2021 y II-2021.*", trabajo dirigido por la Dra. Natalia Baquero que se llevara a cabo este semestre en el mes de febrero y marzo.

Agradecemos de antemano la atención prestada

Atentamente:

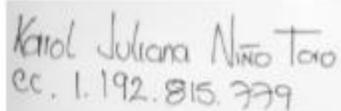


Natalia Baquero Ramirez
Tutora



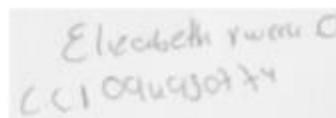
Est. Briyit Dayana Villegas
Gutierrez

Cod: 20571622710



Est. Karol Juliana Niño Toro

Cod: 20571729855



Est. Elizabeth Rivera Ortiz

Cod: 20571623781

ANEXO N°2

Armenia, 28 de febrero del 2022

Señor(a):

Coordinador de Clínicas

Cordial Saludo,

Yo Karol Juliana Niño Toro, Elizabeth Rivera Ortiz, Briyit Dayana Villegas Gutiérrez, estudiantes de Decimo y Noveno semestre solicitamos permiso para manipular las Historias Clínicas de la **CLINICA DEL NIÑO Y OTROPEDIA** de los pacientes atendidos por los estudiantes de sexto a decimo semestre en los periodos 1-2020, 2-2020, 1-2021 y 2-2021 con el fin de realizar toma de datos esenciales para el proyecto de investigación "*Frecuencia del biotipo facial y hábitos orales presentes en pacientes de 5 a 14 años que asisten a la clínica de atención al niño de la universidad Antonio Nariño sede armenia periodo I-2021 y II-2021.*", trabajo dirigido por la Dra. Natalia Baquero que se llevara a cabo este semestre en el mes de febrero y marzo.

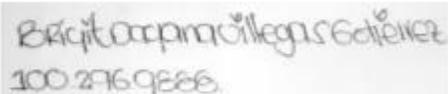
Agradecemos de antemano la atención prestada

Atentamente:



Natalia Baquero Ramirez

Tutora



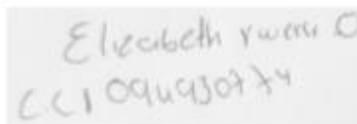
Est. Briyit Dayana Villegas
Gutierrez

Cod: 20571622710



Est. Karol Juliana Niño Toro

Cod: 20571729855



Est. Elizabeth Rivera Ortiz

Cod: 20571623781

ANEXO N°3

NUMERO	EDAD	SEXO	DEMOGRAFIA	NIVEL SOCIOECONOMICO	TIPO CEFALICO	TIPO FACIAL	PERFIL	BRUXISMO	DEGLUSION ATIPICA	ONICOFAGIA	RESPIRACION ORAL	SUCCION DIGITAL	SUCCION LABIAL
1	10	masculino	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	SI
2	7	femenino	Venezuela		1 dolicocefalo	leptoprosopico	recto	SI	NO	SI	NO	SI	NO
3	9	femenino	Armenia		1 dolicocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	SI	NO	NO
4	8	femenino	Armenia		6 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	SI	NO	SI	NO	NO	NO
5	12	femenino	Tolima		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6	7	masculino	Calarca		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7	8	masculino	Armenia		2 dolicocefalo	Mesoprosopico	recto	NO	SI	NO	NO	NO	NO
8	7	Femenino	Armenia		3 braquicefalo	mesoprosopico	convexo	SI	NO	NO	SI	NO	NO
9	10	masculino	Armenia		2 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	SI	NO	SI	NO
10	11	masculino	Armenia		2 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	SI	NO	SI	SI	SI
11	11	masculino	Armenia		1 mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO
12	8	masculino	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
13	11	masculino	cali		3 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	SI	NO	NO	NO
14	10	masculino	Calli		2 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO
15	8	masculino	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
16	8	Masculino	Armenia		1 Mesocefalo	Leptoprosopico	recto	NO	NO	NO	SI	NO	NO
17	7	femenino	Armenia		1 mesocefalo	leptoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18	5	femenino	Armenia		3 Mesocefalo	Mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19	8	masculino	Armenia		3 mesocefalo	leptoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20	7	masculino	Armenia		1 mesocefalo	Mesoprosopico	recto	SI	NO	NO	NO	NO	NO
21	9	femenino	Armenia		3 braquicefalo	Mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	SI	NO
22	5	masculino	Armenia		2 mesocefalo	leptoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	8	masculino	Armenia		2 mesocefalico	leptoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	10	masculino	Armenia		1 mesocefalico	Mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	SI
25	11	masculino	Armenia		1 mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	SI	NO	SI	NO	SI
26	6	masculino	Armenia		2 mesocefalo	Mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
27	9	femenino	Armenia		1 mesocefalo	Mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
28	7	masculino	Bogota		1 braquicefalo	europrosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
29	9	masculino	Armenia		3 dolicocefalo	leptoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
30	11	masculino	Armenia		1 mesocefalo	Europrosopico	convexo	SI	NO	NO	SI	NO	NO
31	11	masculino	Armenia		2 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO
32	9	femenino	Bogota Cundinamarca		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
33	8	masculino	Texas estados Unidos		3 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO
34	8	masculino	Ibague tolima		1 Dolicocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
35	5	masculino	Armenia		3 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
36	9	femenino	Tebaida		2 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	SI	NO	NO
37	5	femenino	Bogotá		2 dolicocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	SI	NO	NO	NO
38	10	femenino	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	10	femenino	san José De Costa rica		2 dolicocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	SI	NO	NO
40	5	femenino	Armenia		3 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
41	7	femenino	Armenia		1 mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	SI	NO	NO
42	8	femenino	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO
43	8	femenino	Armenia		3 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO
44	11	femenino	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	SI	NO
45	9	femenino	Armenia		2 dolicocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
46	7	femenino	Armenia		2 mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	SI	NO
47	8	femenino	Armenia		3 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
48	13	femenino	ibague tolima		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
49	9	femenino	Armenia		1 mesocefalo	europrosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
50	9	masculino	bogota		2 dolicocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO
51	9	femenino	Armenia		1 braquicefalo	mesoprosopico	convexo	NO	SI	NO	NO	NO	NO
52	6	masculino	Armenia		2 dolicocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
53	8	femenino	Armenia		2 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
54	8	masculinos	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
55	8	femenino	bucaramanga		1 dolicocefalo	mesoprosopico	cóncavo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
56	8	masculino	armenia		2 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	SI	NO	NO	NO	NO
57	8	masculino	cincacia		1 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
58	10	masculino	Armenia		2 mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	SI	NO	SI
59	9	femenino	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	SI	NO	NO	NO	NO
60	8	femenino	Venezuela		2 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
61	7	masculino	maracay Aragua Venet		1 dolicocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	SI	NO	NO
62	10	masculino	Armenia		2 dolicocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	SI	NO	NO
63	9	masculino	calarca		2 braquicefalo	europrosopico	convexo	NO	SI	NO	NO	NO	NO
64	8	femenino	Armenia		2 braquicefalo	europrosopico	convexo	NO	SI	NO	NO	NO	NO
65	8	femenino	Armenia		2 mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
66	7	masculino	Armenia		1 dolicocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	SI	NO	SI	NO	NO
67	5	masculino	Armenia		2 mesocefalo	mesoprosopico	recto	SI	NO	NO	NO	NO	NO
68	7	femenino	Armenia		2 dolicocefalo	leptoprosopico	recto	NO	NO	NO	SI	NO	NO
69	8	femenino	bogota		3 mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	NO	NO
70	7	masculino	Armenia		1 mesocefalo	mesoprosopico	recto	SI	NO	NO	NO	NO	NO

71	10	femenino	Pereira	2	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
72	8	femenino	Armenia	3	dolicocefalo	mesoprosopico	recto	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
73	7	femenino	Barcelona España	3	mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
74	5	femenino	Armenia	2	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
75	9	femenino	pereira	1	dolicocefalo	mesoprosopico	recto	NO						
76	8	femenino	Armenia	4	dolicocefalo	leptoprosopico	convexo	NO						
77	8	femenino	popayan	1	braquicefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO
78	8	masculino	Armenia	1	mesocefalo	leptoprosopico	recto	NO						
79	5	masculino	Armenia	2	dolicocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
80	9	masculino	Armenia	2	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
81	6	femenino	Armenia	4	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
82	6	femenino	Calarca	3	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
83	9	femenino	Armenia	2	dolicocefalo	mesoprosopico	recto	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
84	9	femenino	Calarca	2	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
85	9	femenino	Armenia	2	mesocefalo	europrosopico	convexo	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
86	8	masculino	Calarca	3	mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
87	9	femenino	Armenia	3	mesocefalo	europrosopico	recto	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO
88	7	femenino	Armenia	2	mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
89	7	femenino	Armenia	2	mesocefalo	mesoprosopico	recto	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
90	5	masculino	bogota	4	dolicocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO
91	6	masculino	cartagena	1	dolicocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
92	11	masculino	Buenaventura	2	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
93	6	masculino	buenaventura	2	dolicocefalo	leptoprosopico	convexo	NO						
94	7	masculino	Armenia	3	braquicefalo	mesoprosopico	convexo	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
95	9	masculino	bogota	3	braquicefalo	leptoprosopico	recto	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
96	11	masculino	Ibague Tolima	2	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO						
97	8	masculino	Armenia	2	mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
98	7	femenino	Armenia	1	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
99	8	Femenino	tlanepantla Mexico	3	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
100	10	Masculino	Armenia	1	mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO						
101	10	masculino	Armenia	2	braquicefalo	mesoprosopico	convexo	NO						
102	6	masculino	Armenia	3	mesocefalo	mesoprosopico	recto	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
103	10	masculino	Armenia	2	dolicocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
104	9	femenino	Armenia	2	mesocefalo	mesoprosopico	convexo	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO
105	8	femenino	villavicencio	2	mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
106	8	femenino	Armenia	2	mesocefalo	leptoprosopico	convexo	NO						

edad	femenino=	DEPARTAMENTO
5 años=	9	Quindio = 78
6 años=	7	cundinamarca = 8
7 años=	17	tolima = 4
8 años=	30	risaralda= 2
9 años=	20	santander= 1
10 años=	12	valle del cauca = 3
11 años=	9	cauca = 1
12 años=	1	bolivar = 1
13 años=	1	meta= 1
14 años=	0	EXTRANJEROS = 7

ESTRATO 1 =	38
ESTRATO 2=	43
ESTRATO 3=	21
ESTRATO 4=	3
ESTRATO 6=	1

braquicefalo=	10
mesocefalo=	72
dolicocefalo=	24
europrosopico=	7
leptoprosopico=	27
mesoprosopico=	72

convexo=	1
convexo=	67
recto=	38

BRUXIMO	SI = 12
NO =	94

DEGLUSION ATIPICA	SI = 17
NO =	89

ONICOFAGIA	SI = 28
NO =	78

RESPIRACION ORAL	SI = 24
NO =	82

SUCCION DIGITAL	SI = 11
NO =	95

SUCCION LABIAL	SI = 8
NO =	98

PACIENTES QUE NO PRESENTARON HABITOS = 38 PACIENTES NO PRESENTAN HABITO ORALES.