



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS ASOCIADOS CON
MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS
DE LA I.E.P. N° 70621, “20 DE ENERO”. JULIACA 2019.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ROXANA GUISELL ZARATE LIPA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2021



DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado salud, y porque hasta el día de hoy los seres que tanto amo están a mi lado, y porque en el camino de mi preparación estuvo ahí encaminándome.

A mis padres, por su gran apoyo, porque a pesar de las dificultades siempre estuvieron apoyándome en los malos y en los buenos momentos, y sobre todo haberme enseñado que a pesar de los obstáculos que se me presenten, debo seguir adelante y cumplir con mis metas que me proponga.

A mis hermanos Ronald y Roger, por su cariño y apoyo para que siga adelante, siempre estuvieron alentándome para seguir adelante.

Roxana Guisell Zárate Lipa



AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar primeramente mi gratitud a Dios, por derramar muchas bendiciones a mi familia, por lo cual puedo despertar con la dicha de poder tener a mi lado a las personas que tanto quiero, así también porque cada día me da la oportunidad de crecer como persona, y cuando caigo, aprendo de mis errores y me doy cuenta que cada caída es una nueva oportunidad para mi desarrollo profesional.

A mi familia, agradecerles por haberme brindado íntegramente su apoyo y por desbordar tanto amor, además me enseñaron que de las dificultades nace un nuevo comienzo para el éxito en base del esfuerzo y perseverancia.

Agradecer a mi Alma Mater y docentes por brindarme los conocimientos y haberme formado para mi vida profesional.

A mis miembros de jurado de tesis, Dra. Tania Padilla Cáceres, Dra. Nancy Borjas Roa, Dr. Jhony Rodríguez Mamani y a mi asesor Dr. Henry Quispe Cruz, que con sus amplios conocimientos y enseñanzas he podido concluir satisfactoriamente el presente trabajo de investigación.

Agradecer al director Javier Neyra Condori de la institución educativa N° 70621 “20 de Enero” y a su distinguida plana de docentes por haberme permitido realizar mi investigación en su prestigiosa Institución Educativa, asimismo a cada uno de los niños y niñas que fueron partícipes de la investigación.

Roxana Guisell Zárate Lipa



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN..... 9

ABSTRACT 10

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 OBJETIVO GENERAL 12

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES 13

2.1.1. Antecedentes Internacionales 13

2.1.2. Antecedentes Nacionales: 17

2.1.3. Antecedentes Locales: 21

2.2. MARCO TEÓRICO 23

2.2.1. Hábitos bucales deletéreos..... 23

2.2.2. Oclusión y maloclusión 32

2.3. MARCO CONCEPTUAL 41



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL ESTUDIO.....	43
3.1.1. Ámbito General:	43
3.1.2. Ámbito específico	43
3.2. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	44
3.2.2. Tipo de investigación.....	44
3.2.3. Diseño de la investigación	44
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	44
3.3.1. Población	44
3.3.2. Muestra	44
3.3.3. Criterios de selección de la muestra	44
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	45
3.5. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	47
3.6. PROCEDIMIENTOS	48
3.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	53
3.8. CONSIDERACIONES ETICAS	54

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS:	55
4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	60
4.3 DISCUSIÓN	61
V. CONCLUSIONES.....	64
VI. RECOMENDACIONES	65



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	73

Área: Biología, crecimiento y desarrollo craneofacial.

Tema: Ortodoncia

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 11 de Marzo del 2021



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Hábitos bucales deletéreos según la edad, en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N° 70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.....	55
Tabla 2: Maloclusiones verticales, transversales, anteroposteriores, según la edad, en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.....	56
Tabla 3: Hábitos bucales deletéreos y su asociación con maloclusiones verticales, en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N°70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.....	57
Tabla 4: Hábitos bucales deletéreos y su asociación con maloclusiones transversales, en niños de 6 a 12 años de la “I.E.P. N°70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.....	58
Tabla 5: Hábitos bucales deletéreos y su asociación con las maloclusiones anteroposteriores, en niños de 6 a 12 años de la “I.E.P. N°70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.....	59
Tabla 6: Contrastación de hipótesis (Nivel de significancia según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson).....	60



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ATM: Articulación Temporomandibular.

SRB: Síndrome del respirador bucal.

ESCALE: Estadística de la calidad educativa



RESUMEN

Las maloclusiones dentarias ocupan el tercer lugar de patologías bucodentales ocasionado generalmente por los hábitos bucales deletéreos, la presente investigación tuvo como objetivo: Determinar la asociación de hábitos bucales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la “I.E.P. 70621 20 de Enero”. Juliaca 2019. La metodología es descriptivo observacional de corte transversal y de diseño no experimental, se empleó un muestreo no probabilístico y fue conformada por 83 estudiantes de 6 a 12 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para ello fue necesario realizar una encuesta a los padres de familia y un examen clínico a los estudiantes, previo consentimiento y asentimiento informado, Además se consideró como hábito bucal deletéreo la coincidencia entre la afirmación del padre en la encuesta y que ésta coincida con el examen clínico. Resultados: Se encontró que los niños de 8 a 9 años presentaban mayor número de hábitos bucales deletéreos y predominó la respiración bucal con un 35%, por otro lado los niños de 8 a 9 años presentaban con mayor frecuencia las maloclusiones verticales con un 43% y se encontró una asociación entre el hábito de interposición lingual con mordida abierta en un 90% correspondiente a la maloclusión vertical; asimismo se encontró una asociación entre el hábito de respiración bucal y mordida cruzada en un 73% correspondiente a la maloclusión transversal y por otro lado se evidenció una asociación entre el hábito de onicofagia y maloclusión clase I correspondiente a una maloclusión anteroposterior en un 94%. Conclusión: Se demostró que existe una asociación significativa entre los hábitos deletéreos y las maloclusiones dentarias con un valor $p=0.001$.

Palabras claves: maloclusión dentaria, hábitos bucales deletéreos, niños.



ABSTRACT

Dental malocclusions occupy the third place of oral pathologies generally caused by deleterious oral habits; the present research aimed to: Determine the association of deleterious oral habits with dental malocclusions in children aged 6 to 12 years of the "I.E.P. 70621 January 20th". Juliaca 2019. The methodology is descriptive, observational, cross-sectional and non-experimental design, a non-probabilistic sampling was used and was made up of 83 students from 6 to 12 years old who met the inclusion and exclusion criteria, for this it was necessary to carry out a survey of parents and a clinical examination of students, with prior informed consent and assent. Furthermore, the coincidence between the father's statement in the survey and that it coincides with the clinical examination was considered a harmful oral habit. Results: It was found that children from 8 to 9 years old presented a greater number of deleterious oral habits and mouth breathing predominated with 35%, on the other hand, children from 8 to 9 years old presented vertical malocclusions more frequently with 43% and An association was found between the habit of lingual interposition with open bite in 90% corresponding to vertical malocclusion; Likewise, an association was found between the habit of mouth breathing and crossbite in 73% corresponding to transverse malocclusion and, on the other hand, an association was found between the habit of onychophagia and class I malocclusion corresponding to an anteroposterior malocclusion in 94%. Conclusion: It was demonstrated that there is a significant association between deleterious habits and dental malocclusions with a p value = 0.001.

Key words: dental malocclusion, deleterious oral habits, children.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad la satisfacción individual de cada persona es la estética, en la cual se ve afectado por la presencia de maloclusiones, siendo un factor predisponente en la interacción social del individuo afectando en el desarrollo psicológico del niño y adolescente, convirtiéndose en personas con baja autoestima(1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que a nivel bucodental las maloclusiones ocupa el tercer lugar de prevalencia(2), en Latinoamérica el 85% de la población tiene maloclusiones; en nuestra capital con un 70%, en el departamento de Puno, no es ajeno a las maloclusiones puesto que tiene una prevalencia del 82,80%. (3)(4)(5).

La maloclusión es el contacto anormal de los dientes superiores con los dientes inferiores, en la cual estudios realizados señalan que las maloclusiones son producto de hábitos deletéreos(6)(7). Los hábitos deletéreos son comportamientos repetitivos e innatos considerados perjudiciales, porque ejercen fuerzas nocivas alterando el sistema estomatognático (8)(9), los niños son los más propensos a presentar hábitos bucales deletéreos y tienden a sufrir maloclusiones(10), debido a que se encuentran en una fase de crecimiento y desarrollo de las estructuras óseas (maxilares), éstas tienden a ser muy maleables, por lo cual pueden causar cambios específicos en el tejido óseo y facial y por ende las maloclusiones. (10)(11).

El presente estudio manifiesta una importancia clínica para poder realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz, también ostenta importancia social, ya que la presencia de maloclusiones puede ser un factor predisponente en la interacción social, Por lo que esta investigación permite informar, alertar y crear conciencia tanto en los



padres como en los niños sobre hábitos que pueden ser perjudiciales, asimismo sobre las necesidades de tratamiento ortodóntico interceptiva. Los resultados del estudio ayudarán a beneficiar a la población de Juliaca, en vista que existen escasas investigaciones a nivel local, además beneficiará en temas de relevancia como la Salud Pública, para así poder crear y aplicar métodos y estrategias, que nos permitan hacer frente a estos problemas que afectan a la salud.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación de hábitos bucales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la “I.E.P. 70621 20 de Enero”. Juliaca 2019.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar hábitos bucales deletéreos según la edad, en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N° 70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.
- Identificar maloclusiones verticales, transversales, anteroposteriores, según la edad, en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.
- Determinar hábitos bucales deletéreos y su asociación con maloclusiones verticales, en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N°70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.
- Determinar hábitos bucales deletéreos y su asociación con maloclusiones transversales, en niños de 6 a 12 años de la “I.E.P. N°70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.
- Determinar hábitos bucales deletéreos y su asociación con las maloclusiones anteroposteriores, en niños de 6 a 12 años de la “I.E.P. N°70621 “20 de Enero”. Juliaca 2019.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Mendoza L. Y Cols. (Mexico-2014). Determinó 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 que solicitaron atención dental en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM. Realizó un estudio de tipo transversal en 147 niños. Calibraron a las personas que participaron, con una concordancia del 98% para los hábitos nocivos y 92% en las maloclusiones. La información epidemiológica se levantó en una sola fase que constó de dos etapas para identificar la presencia de los hábitos bucales nocivos y diagnosticar el tipo de maloclusión. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15. Como resultado 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%. En cuanto a las maloclusiones: mordida abierta, 35.1%; apiñamiento anteroinferior, 26.4%; apiñamiento anterosuperior, 19.6%, y mordida cruzada posterior, 12.8%. Se encontró asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta ($p < 0.000$), respiración bucal con mordida cruzada posterior ($p < 0.012$) y la clase II de Angle ($p < 0.008$). En conclusión, la población infantil presenta mayor



susceptibilidad a desarrollar maloclusiones, por lo que se deben tomar medidas preventivas durante esta etapa. (2)

Arias y Botero. (Colombia- 2017). Compararon la frecuencia de hábitos orales y su relación con maloclusión en niños de 4 a 12 años de edad en San Luis Potosí México y Medellín-Colombia. Fue un estudio descriptivo, transversal; la muestra fue de 598 niños de 4 a 12 años de edad, 299 niños por ciudad. Obtuvieron que el hábito oral de mayor frecuencia fue la onicofagia. Al comparar la muestra en ambas ciudades la onicofagia presentó la mayor frecuencia en San Luis Potosí y la respiración bucal en Medellín. En San Luis Potosí la mayoría de los niños con algún hábito tenían relación molar clase I, excepto en aquellos con deglución atípica, que presentaron maloclusión clase III, siendo esta diferencia estadísticamente significativa desde el punto de vista estadístico la deglución atípica fue el hábito que presentó mayor significancia en relación con la presencia de maloclusiones en el total de la muestra. También se encontró una relación directa entre la presencia de mordida cruzada posterior y la succión digital en San Luis 70 Potosí ($p \leq 0,05$). Concluyeron que la deglución atípica y la mordida abierta están directamente relacionadas, sugiriendo que la función deglutiva puede ser un factor causal de maloclusión, igualmente se encontró una relación directa entre succión digital y mordida cruzada posterior.(12)

Iza Molina. (Ecuador-2017). Determinó la prevalencia de maloclusiones, en relación con hábitos orales no fisiológicos más frecuentes en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa “Pastocalle” de la parroquia Pastocalle del cantón Latacunga. Realizando un estudio epidemiológico de tipo



observacional y transversal, cuya población estuvo comprendida por un total de 154 niños de 5 a 9 años de edad. Se llegó a la conclusión que si existe significancia estadística entre la presencia de hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones dentarias, en niños de 5 a 9 años de edad de la Unidad Educativa “Pastocalle”, realizando la prueba estadística de chicuadrado, se ha obtenido un p-valor menor a $p < 0.05$, concluyo que el tipo de hábito oral, si está relacionada con maloclusiones anteriores y posteriores.(13)

Garrido (Ecuador-2016). Evaluó la influencia de los malos hábitos orales en la Oclusión de niños de 5 a 10 años, en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar”. El trabajo correspondió a un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra constó de 41 niños, 21 con presencia de malos hábitos orales y 20 con ausencia de estos. Se determinó la relación de los malos hábitos orales con las maloclusiones, presentando que la maloclusión Clase I tiene mayor relación con el hábito de Onicofagia (50%), la maloclusión Clase II se relaciona con la succión digital (75%) y la maloclusión Clase III se presentaba en mayor número en niños respiradores bucales (40%). Se concluyó que la presencia de malos hábitos orales tiene relación con las maloclusiones que se desarrolla en los niños a temprana edad. (14)

López E. (Ecuador-2018). Determinó la prevalencia de maloclusiones en dentición mixta de niños de 6 a 12 años de edad de dos escuelas mediante la observación visual, 143 niños fueron examinados con respecto al tipo de oclusión. Los datos de identificación de los participantes y preguntas específicas sobre los hábitos más frecuentes fueron recogidos en fichas previamente elaboradas, los datos fueron sometidos a pruebas descriptivas y



estadísticas. El análisis descriptivo demostró que apenas el 17% de los niños contaron con características de una oclusión normal, el 83% restante presentó algún tipo de maloclusión. Dentro de las maloclusiones, la succión labial fue el de mayor prevalencia con el 16,1% de toda la muestra. La clase I molar y canina fue la más frecuente. El análisis de chi cuadrado determinó que no existe relación de dependencia entre el tipo de hábito y la presencia de mordida abierta anterior ($p = 0,69$), con una proporción levemente mayor al considerar la succión labial. Concluyó que la prevalencia de maloclusiones en la población estudiada fue alta siendo el hábito de succión de labio el de mayor predominancia.(15)

Mesa N. (Cuba-2017). Determinó la afectación por hábitos bucales deformantes y las alteraciones oclusales en niños de 0-11 años de edad del Policlínico Máximo Gómez del municipio Holguín. Método: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en 132 niños seleccionados por muestreo estratificado a fijación igual, pareado por sexos. Se determinó el grupo de edad y sexo más afectado, dividiéndose en los grupos de edades de 0-4 y 5-11 años de edad. Resultados: el hábito bucal deformante detectado con mayor frecuencia resultó el chupeteo de tete y biberón (69,69%), seguido del empuje lingual (62,87%) y la succión del pulgar u otros dedos (45,45%), en tanto que las alteraciones oclusales en orden decreciente resultaron la distoclusión molar en 54 pacientes para el 40,90%, seguido de la labioversión con diastema (27,27%) y el apiñamiento inferior (25,75%). Se observaron 101 niños (76,51%) con alguna de las alteraciones oclusales estudiadas y el grupo etario de 5-11 años resultó el más afectado. Conclusiones: los hábitos bucales deformantes fueron una práctica muy arraigada en la población infantil,



particularmente el chupeteo de tete, biberón y fueron causa de gran número de alteraciones de la oclusión, predominando la distoclusión molar, más frecuentes en el grupo de 5- 11 años de edad y el sexo masculino(16).

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Gamboa L. (Lima-2018). Tuvo como objetivo relacionar hábitos orales deletéreos y las maloclusiones, presentes en escolares de 6 a 12 años en la Institución Educativa Privada “9 de Diciembre”, 2018. La detección de los diferentes hábitos bucales deletéreos en escolares se realizó en dos etapas. En la primera etapa se aplicó una encuesta y el consentimiento informado a los padres para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito deletéreo la coincidencia entre la afirmación del padre en la encuesta y que ésta coincidiera con el examen clínico. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v.15 y se utilizaron pruebas como Chi cuadrado y Fisher para el análisis estadístico. El hábito oral deletéreo prevalente fue la onicofagia (28.9%), la maloclusión predominante fue la clase I (41.6%), seguida por la clase II división 1 (28.9%), luego la mordida abierta anterior (28.3%) y la mordida profunda (18.0%). Se concluye que existe asociación significativa entre los hábitos deletéreos de succión digital, interposición lingual y respiración bucal con la mordida abierta, mordida cruzada posterior, mordida bis a bis posterior, mordida en tijera y la maloclusión clase II. (17)

Tongo M. (Chachapoyas-2017). Determinó la relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017. La



población muestral estuvo constituida por 85 estudiantes. Los resultados fueron: del 100% de estudiantes evaluados; el 48.2% no presenta ningún hábito bucal y tiene maloclusiones. Respecto a la tipología de maloclusiones; el 65.9% presentaron clase I, el 14.1% clase II, el 7.1% clase III. De acuerdo al sector dentario; el 63.5% presentó maloclusión dentaria anteroposterior, el 20.0% vertical y el 16.5% transversal. Respecto a maloclusión vertical, se encontró que el 80.0% no presenta ninguna, el 11.8% presentó mordida abierta anterior y el 8.2% mordida profunda. Respecto a la maloclusión transversal el 83.5% no presentó ninguna mala oclusión transversal; el 10.6% presentó mordida cruzada y el 5.9% presentó mordida en tijera. Respecto a los hábitos bucales el 48.2% no presentó ningún hábito bucal; el 15.3% respiración bucal; el 10.6% succión digital; el 9.4% presentaron onicofagia y bruxismo y el 3.5% presentaron deglución atípica y succión de labio. Concluyéndose que sí existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas (18).

Trocones A. (Lima-2018). Determinó la asociación de Hábitos Orales y la Prevalencia de Maloclusión dentaria en niños de 7 a 12 años en la I.E. Próceres de la Independencia N°138. El diseño metodológico utilizado en el estudio fue descriptivo, el tipo de investigación Transversal, prospectivo y el Enfoque Cuantitativo. Se realizó un estudio en una muestra conformada por 150 estudiantes, quienes fueron relacionados en forma no aleatoria por conveniencia, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Como resultados se obtuvo que los que presentaron malos hábitos y maloclusión fue 30.5%, siendo el hábito bucal que presenta maloclusión en su mayoría es el de



la respiración bucal con un porcentaje de 17.3%, el hábito de succión digital con maloclusión en un porcentaje de 10.0% y en menor porcentaje de 2.0% se encuentra la succión labial, el signo más frecuente fueron alteraciones en el overjet con 70.0%. Se concluyó que hay asociación de los hábitos orales con las maloclusiones con $p=0.000$, siendo el de mayor prevalencia el respirador bucal. (19)

Rodríguez L. (Lima-2018), Determinó la prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital, hábitos deletéreos y su relación en pacientes pediátricos de 6 a 12 años atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017 Del cual concluyó que sí existió relación entre los hábitos deletéreos y las maloclusiones siendo el hábito de mayor prevalencia la postura antero posicionada, seguido de la respiración mixta, y en un tercer lugar la deglución atípica. Dentro de las maloclusiones dentarias la maloclusión dentaria transversal de mayor prevalencia fue la mordida Bis-Bis, la maloclusión dentaria vertical de mayor prevalencia fue la mordida profunda anterior y la maloclusión dentaria sagital de mayor prevalencia fue la clase I sin mordida cruzada anterior, seguido de la Clase II división 1 (19,2%), la Clase II división 2 (9%) y la Clase III sin mordida cruzada anterior (14,7%), constató que si existió una relación estadísticamente significativa entre la mordida profunda anterior con el hábito de respiración mixta, la mordida abierta anterior con el hábito de deglución atípica, la mordida cruzada posterior con el hábito de respiración bucal, la mordida en tijera con el hábito postura en retroposición, la Mordida Bis – Bis (transversal) con los hábitos de deglución atípica, respiración bucal y mixta, la Clase I con mordida cruzada anterior con el hábito de succión digital, la Clase II división 1 con los



hábitos de deglución atípica y succión labial, la Clase III sin mordida cruzada anterior con la postura en anteroposición, la Clase III con mordida cruzada anterior con la postura en retroposición.(20)

Paiva B. (Trujillo-2017). Determinó la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La libertad, año 2016. La investigación fue de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, prospectivo de diseño transversal y observacional. Para el recojo de la información fue mediante la toma de impresiones y la obtención de modelos de yeso de 66 niños con dentición mixta. Obteniendo los siguientes resultados: No se encontró relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones, ya que la clase I, II y III no se alteran significativamente en relación a alguno de los hábitos perniciosos. El hábito bucal pernicioso más frecuente fue la respiración bucal con 47.0%, seguido de la onicofagia con 24.2% y la succión digital con 19.7%. Las maloclusiones más frecuentes son la clase I con 65.1% seguido de la clase II con 25% y finalmente con 9.1% la clase III. Finalmente, las maloclusiones clase I, II y III no se alteran significativamente en relación con alguno de los hábitos bucales perniciosos ni en hombres ni en mujeres. Concluyendo que no existe relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones según sexo, en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad.(21)



Zapata D. (Lima-2013). Relacionó la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Educadores .Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 06 a 12 años con criterios de inclusión y exclusión. En coordinación con la autoridad del colegio, se informó a los padres de familia el fin de la investigación y se les pidió su consentimiento para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 15. La maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p < 0.01$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ($p < 0.05$) Conclusión: Si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores (22)

2.1.3. Antecedentes Locales:

Pampa R. (Juliaca-2017). Relacionó los hábitos perniciosos bucales con maloclusión en Estudiantes de institución educativa primaria 70547 Juliaca,



2017. **Material y Métodos:** En este estudio de nivel relacional de tipo observacional, transversal, prospectivo, analítico, en la población de los Estudiantes de institución educativa primaria , con una muestra constituida de 187 estudiantes , evaluándose los hábitos perniciosos mediante cuestionario a los padres de los niños y la maloclusión mediante un examen clínico

Resultados: observándose que de un total de 187 estudiantes, observándose los hábitos más frecuentes entre los hábitos de succión : succión digital 14,4 % , de succión de labio en un 12,3% ; dentro de los hábitos de mordedura siendo los más frecuentes el morder objetos 63,4% , onicofagia en un 24,6%; entre los hábitos de postura se observó el hábito de respiración bucal, en el 28.3% y el hábito de postura 21,9 % en cuanto a la maloclusión relación molar lado derecho Clase I 73,3 % ,Clase II 6,4% , Clase III 20,3%, y la maloclusión relación molar lado izquierdo Clase I 63,6 % ,Clase II 19,3% , Clase III 17,1%,

Conclusión: se ha comprobado que existe relación entre los hábitos de postura y la maloclusión (23)

Acero L. (Juliaca-2015), Realizó un estudio donde evaluó a 30 pacientes de 6 a 14 años diagnosticados con el síndrome de hipertrofia adenoidea según el examen otorrinolaringológico. El objetivo de la investigación fue establecer la relación del grado de obstrucción adenoidea con las alteraciones que pueda producir a nivel dental, maxilar, facial y contrastar los resultados con los que reporta la literatura. El instrumento fue validado a través del juicio de expertos; Se utilizó la técnica de la observación para detectar las diferentes alteraciones clínicas dentomaxilofaciales. Se utilizó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman para determinar la correlación directa positiva alta entre las variables de la hipótesis. Se concluyó que si existe relación directa entre las alteraciones



dentomaxilofaciales respecto al grado de obstrucción adenoidea ocasionado por hipertrofia adenoidea. Como resultado se encontró que, a mayor grado de obstrucción, existen mayores alteraciones dentomaxilofaciales. (24)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS.

Se define hábitos bucales a la acción que realiza una persona para repetir una determinada actividad con facilidad en la cavidad bucal, que en un principio son conscientes y si el hábito bucal persiste se vuelven inconscientes (25).

Los hábitos bucales deletéreos son comportamientos repetitivos considerados perjudiciales porque ejercen fuerzas nocivas en efecto tienen patrones reflejos de contracción muscular por lo que afecta el crecimiento y desarrollo normal de los músculos, los huesos de la mandíbula y anomalías oclusales dependiendo de la intensidad y frecuencia de los hábitos (25) (9).

La existencia de hábitos bucales deletéreos puede producir interferencia en las posiciones dentarias, considerándolo como un factor etiológico más común de las maloclusiones. Dentro de las cuales tenemos a la onicofagia, succión digital, succión labial, interposición lingual, respiración bucal (26)(10).

2.2.1.1. Clasificación etiológica de los hábitos

Se puede clasificar como:

- **Instintivos:** En la mayoría son funcionales pero pueden convertirse en perjudiciales (26)(27).
- **Placenteros:** Porque ofrece una sensación agradable y de bienestar (26)(27).
- **Imitativos:** Debido a que se aprende al observar actitudes de una persona



como muecas, gestos, formas de colocar los labios. (26) (27).

- **Definitivos:** En aquellos pacientes que presentan alergias, asma, rinitis también por presentar una obstrucción nasal, en el cual el cuerpo humano busca un mecanismo para poder respirar, entonces lo realiza mediante la boca lo cual se convierte en un hábito de defensa (26) (27).
- **Hereditarios:** Son las que ocasionan este tipo de hábito, es decir pacientes con problemas como la lengua bífida, inserciones cortas de frenillos o malformaciones congénitas(26) (27).

2.2.1.2. Tipos de hábitos Deletéreos:

A.- Succión digital:

Es el acto de chupar el dedo dentro de la cavidad bucal generalmente el dedo pulgar, se desarrolla y comienza desde el periodo fetal, y la presencia de este reflejo innato es considerado como un signo normal hasta el cuarto mes de vida y progresivamente desaparece dicho reflejo siendo un signo normal evolutivo, de manera que si la succión digital persiste pasará de reflejo innato a reflejo adquirido convirtiéndose en un hábito (27)(28).

El hábito de succión digital corresponde a la succión no nutritiva porque no tiene índole nutricional, La presencia del hábito puede estar asociado a problemas psicológicos en los niños como la falta de madurez emocional, también estudios llegaron a la conclusión de que la presencia del hábito de la succión digital es a consecuencia de periodos cortos de amamantamiento menor a 6 meses, debido a que el neonato adopta otro sustituto de succión, como puede ser el uso del biberón, chupetes; ocasionando menor contracción a nivel muscular por ende podría causar atresia maxilar lo cual no beneficia el



apropiado crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático (28)(9)(29).

La permanencia del hábito de succión digital puede ocasionar maloclusiones tanto en la dentición mixta y permanente, también tienen repercusión en la profundidad del paladar en especial cuando el hábito es diurno y nocturno, puesto que ejerce una presión directa de los dientes y la presión de las mejillas(30).

A.1. Alteraciones de la succión digital

Ante la presencia de dicho hábito puede ocurrir alteraciones tales como: dientes incisivos superiores espaciados y vestibularizados, lingualización de los dientes anteroinferiores, mordida abierta, mordida cruzada, paladar profundo y estrecho, acortamiento del labio superior, labio inferior hipertónico, problemas en el habla como el ceceo, dedos corto con callosidades y con apariencia de plato podría tener tendencia a un infección fúngica (31)(32).

A.2. Tratamiento de la succión digital.

Se encuentra los tratamientos psicológicos o persuasivos consiste en dar a entender al niño las consecuencias que puede traer consigo este hábito; asimismo, se le puede recomendar al niño que al momento de dormir abracen un juguete(peluche, muñeca, etc.) para evitar que lleven el dedo a la cavidad bucal.(32)

Además, se puede emplear dispositivos ortodóncicos como: placa Hawley con rejilla, el Quad Hélix con rejilla, estos dispositivos pueden ser fijas o removibles por lo general el niño deja el hábito en el primer mes de tratamiento



no obstante se recomienda que continúe con el aparato durante 3 a 6 meses con la finalidad de reducir probabilidades de regresión. (26)

Por otro lado se indica que el tratamiento interoceptiva se debe realizar a partir de los 4 años de edad por el mismo hecho que el niño tiene mayor grado de entendimiento y colaboración (26). Primero se debe optar por el tratamiento persuasivo, en caso que no se obtenga resultados se procederá con los dispositivos ortodóncicos, dependiendo del caso de severidad se reforzará con un tratamiento miofuncional. (32)(26).

B. Onicofagia

La onicofagia es la acción de morderse las propias uñas se caracteriza por presentar desgaste en las uñas y la forma en serrucho de las uñas, lesiones en el borde libre de la uña, presencia de microtraumatismos en el lecho ungueal (33), suele ser temporal en la infancia y puede extenderse hasta la edad adulta en algunos casos, estudios demuestran que la eventualidad de dicho hábito se reduce cuando aumenta la edad (33) (34).

Se manifiesta en estados de ansiedad, episodios de estrés, acompañado de conductas que lo exacerbaban como el aburrimiento, hambre e inactividad, además puede estar asociado a trastorno mentales o emocionales, influye negativamente en el aspecto estético, bucal, dental y dependiendo de la frecuencia e intensidad con que desarrolla este hábito (4) (35).

B.1. Alteraciones del hábito de onicofagia

Al presentar el hábito de la onicofagia, la persona muerde la uña y luego es ingerido por la persona, puede ocasionar problemas en la faringe porque se



puede impactar causando una inflamación(36), a nivel bucodental puede ocasionar desgaste dentario, maloclusiones afectación al tejido periodontal, desviación de uno o más dientes, e incluso está asociado con disfunción temporomandibular (33).

B.2. Tratamiento de la onicofagia

La terapia para la onicofagia es la conductual y cognitiva, consiste en buscar la manera de eliminar el hábito, e identificar y eliminar lo que estimula a comerse las uñas (37). El tratamiento para la onicofagia con aparatología, existe poca evidencia científica para fundamentar hacia la práctica clínica, Según Benítez, (38) señala que la modificación de conducta para el hábito de la onicofagia ha sido favorable como tratamiento y que la participación del odontólogo es relevante en la detección y tratamiento del hábito, mediante la autorreflexión y concientización del paciente(38).

C. Interposición labial

Es cuando el niño apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores, por ende los incisivos superiores se sobreponen al labio inferior, el labio superior es hipotónico, el labio inferior hipertónico puesto que proporciona una fuerza muscular entre dientes superiores e inferiores lo que produce una proyección anterior de los incisivos superiores (39).

C.1. Alteraciones del hábito de la interposición labial

Puede ocasionar grietas, sequedad, erosiones, irritación de los labios, protrusión de los incisivos superiores, lingualización de incisivos inferiores. Puede contribuir a un desequilibrio muscular, deformaciones dentofaciales y



maloclusiones dentarias está asociado con la Clase II división 1 por el resalte de los incisivos superiores, cabe mencionar que la presencia de la maloclusión dependerá del grado de intensidad y frecuencia del hábito. (40)

C.2. Tratamiento de la interposición labial

Para el tratamiento se puede utilizar el Lip Bumper que es un aparato ortodóncico funcional, tiene la finalidad de neutralizar la presión de un labio hipertónico que está causando la deflexión de los dientes antero inferiores hacia lingual, este dispositivo se puede encajar en los tubos de las bandas cementadas en los primeros molares inferiores, generalmente se usa en el maxilar inferior que en el maxilar superior, debido a que el labio superior por lo general es hipotónico y genera menos fuerza, en cambio el músculo mentoniano es hiperactivo, por lo que es más efectivo usar en el maxilar inferior.(41) (42)

D. Hábito de la respiración bucal

Es aquella en donde el aire que inspiramos ingresa por la cavidad bucal, lo correcto es que el aire ingrese libremente por la nariz por lo cual la lengua se eleva y se proyecta con el paladar creando así una presión negativa el cual favorece para su desarrollo (24). Por otro lado la respiración bucal existe un aumento de la presión aérea intrabucal de manera que el paladar se moldea y se profundiza; como el aire no ingresa por la cavidad nasal entonces deja de penetrar en los senos maxilares, y se vuelven atrésicos, otorgando una apariencia de cara larga al paciente.(43)

La respiración bucal puede ser diagnosticada por:

- **Por obstrucción anatómica:** Presencia de un obstáculo el cual impide el flujo del aire como la presencia de adenoides hipertróficos, tabique



desviado, cornetes hipertróficos, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias por lo que el individuo busca un mecanismo para respirar y lo realiza por la boca (20).

- **Por Hábito:** Es la consecuencia de la obstrucción anatómica, que a pesar de haber sido eliminadas, continúan respirando por la boca convirtiéndose en un hábito (20).

D.1. Alteraciones del hábito de la respiración bucal

Las principales alteraciones de un respirador bucal son: labio superior corto e hipotónico, labio inferior grueso y evertido e hipertónico, maxilar superior estrecho, incompetencia labial, presencia de maloclusiones como la mordida abierta, mordida cruzada, asimismo está asociado a problemas de gingivitis y tiene características de facie adenoidea, en los niños puede ocasionar además déficit de concentración durante su aprendizaje(20)(26).

D.2. Tratamiento de la respiración bucal

Se recomienda que el paciente sea derivado a un otorrinolaringólogo para resolver la obstrucción nasal, también consultar con un logopeda para rehabilitar la musculatura y enseñar al paciente la manera correcta de respirar (19).

Una vez eliminado la obstrucción nasal, se puede utilizar aparatos de disyunción para corregir la alteración transversal, también se puede emplear la placa vestibular que evita que el aire ingrese por la boca, por lo tanto la respiración es obligatoria por la nariz (19).



E. Hábito de la deglución

La deglución es un acto innato permite el paso de los alimentos, desde la cavidad oral en el cual realiza el cierre de los labios y presiona la lengua suavemente contra el paladar, pasando por las vías digestivas hacia el estómago (44).

En el neonato por lo general adopta una lengua relativamente grande y está en una posición adelantada, con la finalidad de poder mamar, la punta de la lengua se introduce entre las almohadillas gingivales contribuyendo al sellado labial lo que se denomina deglución infantil, cuando erupcionan los primeros incisivos al sexto mes la lengua empieza a retroceder, por tal motivo tenemos a una deglución normal y la deglución atípica (18)(45).

- **La deglución normal (madura):** Se logra al año de vida, es cuando no existe una posición adelantada de la lengua, se caracteriza por una oclusión máxima con los labios en contacto y actividad peristáltica de la musculatura lingual, la lengua queda situado al interior de los arcos dentarios en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.(18)(8)
- **La deglución atípica (interposición lingual):** Es cuando existe la interposición de la lengua al momento de deglutir lo que se denomina lengua protráctil, El niño para deglutir necesita generar una presión negativa es decir al ser elevada la lengua hacia delante, se produce una presión negativa el cual impulsa el alimento hacia el esófago. (45)(9)

Para el diagnóstico del acto de la deglución se observa una posición atípica de la lengua, falta de contracción de los músculos maseteros, el tamaño y tonicidad de la lengua, Si existe dificultades en la fonación para pronunciar los fonemas /d, t, s, h, y/ y la palpación de movimientos al momento de ingerir líquidos o sólidos (18).



Por el cual desarrollan este tipo de hábito pueden ser por presentar amígdalas hipertróficas, el uso prolongado del biberón, por la pérdida prematura de dientes especialmente los incisivos anteriores temporales, macroglosia aunque es poco frecuente(46).

E.1. Alteraciones de la deglución atípica

La presencia del hábito de la interposición lingual puede tener alteraciones desfavorables en las maloclusiones dentarias, tales como la mordida abierta anterior, protrusión de los incisivos superiores, diastemas antero superiores, incompetencia labial, hipo tonicidad del labio superior e hipertonicidad del músculo de la borla del mentón (14).

E.2. Tratamiento para la interposición lingual

El tratamiento consiste en una terapia miofuncional que es realizado por un logopeda, consiste en realizar una serie de ejercicios que tiene como objetivo principal eliminar patrones neuromusculares en la lengua, labios, mejillas velo del paladar con el fin de adoptar un patrón de deglución fisiológico normal, también se puede reeducar al niño en la posición de la lengua puede realizarse con el uso de una pastilla de menta y se indica que se coloque en la punta de la lengua en contacto con las rugas palatinas, de tal modo el niño se ve obligado a deglutir la saliva, al momento de deglutir la saliva tiene que permanecer la menta en esa posición hasta que se disuelva (18)(20).

Sin embargo también se puede educar a la lengua con aparatos ortodóncicos como la rejilla lingual fija consiste en una rejilla vertical de alambre que se fija en



ambas bandas colocadas en los molares, de esta manera evita la interposición lingual (18).

2.2.2. OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN

La oclusión hace referencia a las relaciones de ambos arcos dentarios entre el maxilar superior y el inferior cuando están en contacto, la finalidad de la oclusión es la masticación lo cual es indispensable para la alimentación, de manera que las superficies dentarias en la dentición temporal cambian para adquirir una mejor eficiencia masticatoria.(47)

Para una buena oclusión se tendrá que ver las posiciones de las piezas dentarias y las bases óseas, sin embargo existen variedad de factores causales y se pueden definir en factores extrínsecos o intrínsecos, los cuales predisponen a una maloclusion(47).

Si existe alguna desviación recibe el nombre de maloclusión; entonces podemos definirlo como una alteración en el crecimiento óseo, muscular y dentario. La maloclusión, según Angle “es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura” (48).

2.2.2.1. Etiología de las maloclusiones

Según la clasificación de Graber en la cual divide en factores extrínsecos e intrínsecos, es la clasificación más utilizada puesto que es más fácil de emplear.(46)

1.- Factores extrínsecos:

Son factores que en muchos casos se desarrolla en la formación del individuo y son difícilmente controlables por el especialista en ortodoncia a excepción de



hábitos bucales, en estas circunstancias es esencial realizar aparatos de contención en el cual su uso debe ser prolongado. Dentro de los factores extrínsecos tenemos: (48)

- a.- Hereditariadad: Es cuando existe una predisposición genética definido, que puede afectar la morfología dental y la cara, asimismo influenciaría el tipo facial, el patrón de crecimiento y desarrollo. (48)
- b.- Deformidades congénitas: Tiene una relación amplia con la hereditariadad, puesto que son enfermedades que se manifiestan antes del nacimiento, este suceso se puede producir por un trastorno durante el desarrollo embrionario o un defecto hereditario. Podemos encontrar al individuo que padece de labio leporino, disostosis cleidocraneana, sífilis congénita, parálisis cerebral y torticollis. (48)
- c.- Medio Ambiente: Infiuye en la etapa prenatal se refiere a factores como la presencia de fibromas uterinos lo cual permite que exista una deformidad tanto en el cráneo como en la cara, asimismo por el consumo de drogas que sin duda puede afectar el desarrollo embrionario. También influye en la etapa postnatal mediante el consumo de tetraciclinas en prenatales de 2 meses a 2 años como consecuencia se manifiesta pigmentaciones e hipoplasias en los dientes. (48)
- d.- Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes: Encontramos a las enfermedades propias del sistema endocrinológico, generalmente de la hipófisis, tiroides y la paratiroides, los cuales pueden causar maloclusiones. (48)
- e.- Problemas dietéticos: Es la falta o ausencia de proteínas, ácidos grasos, vitaminas y minerales, cualquier carencia de nutrientes puede originar problemas en la amelogénesis y por ende maloclusiones. (48)



- f.- Hábitos y presiones anormales: Se considera que guardan una estrecha relación entre hábitos bucales y maloclusiones, en efecto existen hábitos perjudiciales y/o deletéreos que pueden originar maloclusiones dentarias.
- g.- Postura: La mala posición de la cabeza también es un factor que está ligado con problemas de oclusión. (48)
- h.- Accidentes y traumatismos: Causan problemas morfológicos en la estructura del diente tanto a la raíz como la corona (48).

2.- Factores intrínsecos:

Son factores que está ligado específicamente a la cavidad bucal y puede ser tratado y controlado por el profesional en odontología, estos deben ser diagnosticados y seguir con un plan de tratamiento, para una correcta oclusión evitando que no ocurran recidivas (49). Dentro de este grupo tenemos:

- a.- Anomalías de número; encontramos a los dientes supernumerarios y las agenesias.(50)
- b.- Anomalías de tamaño como la macrodoncia y microdoncia (50).
- c.- Anomalías de forma se encuentran la geminación, fusión, molares en forma de frambuesa, dientes de Hutchinson (50).
- d.- Frenillos labiales y bridas mucosas; Los frenillos labiales superiores cortos por lo usual causan diastemas entre los incisivos centrales superiores(50)
- e.- Pérdida prematura de dientes deciduos(50).
- f.- Retención prolongada de dientes deciduos(50).
- g.- Erupción tardía de los dientes permanentes(50).



h.- Vía de erupción anormal(50).

i.- Anquilosis(50).

j.- Caries dental (50).

2.2.2.2. Clasificación de las maloclusiones

La clasificación de las maloclusiones es muy importante, ya que es una herramienta tanto para el diagnóstico como el plan de tratamiento, en la actualidad es indispensable clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal, para realizar un diagnóstico completo del sistema estomatognático(48).

- Plano anteroposterior o sagital: Según la clasificación molar de Angle clase I, clase II (división 1 y división 2) y Clase III.
- Plano vertical: Comprendido por mordida abierta, mordida profunda, y mordida borde a borde.
- Plano transversal: Dentro de las cuales están la mordida cruzada posterior y la mordida en tijera.

A. En el plano anteroposterior

Según Angle en sus estudios realizados en cráneos y personas vivas observó que el primer molar superior se posiciona bajo el contrafuerte del arco cigomático, al que la llamo “cresta llave” del maxilar superior, también consideró que dicha relación era biológicamente inmutable por lo que estableció la base de su clasificación(51).

En base a ese fundamento dispuso el término “clase” para señalar diferentes relaciones mesiodistales de los dientes y arcos dentales; de tal manera que dependiendo de la relación entre los molares superiores e inferiores y teniendo como



base el molar superior permanente; los clasificó de la siguiente manera: clase I, clase II div 1, clase II div 2 y clase III. (51)

A.1. Maloclusión Clase I:

Las maloclusiones clase I se identifica como normo-oclusión molar y sagital con un normal equilibrio esquelético esto implica que la “cúspide mesio-vestibular del primer molar del maxilar superior se cierra en el surco vestibular del primer molar inferior”(48); mientras tanto a nivel incisal existe un overbite y un overjet en promedio de 1 a 3mm que son rangos normales (52). Con “equilibrio esquelético” se refiere a una correcta y armónica relación entre las bases esqueléticas (maxilar y mandibular) de modo que se puede evidenciar en valores del ángulo ANB que comprende de 0 a 4 grados.(48)

Sin embargo las maloclusiones clase I, comprenden anomalías de mordida anterior, discrepancias alveolo dentarías por apiñamiento o por la presencia de diastemas (20).

A.2. Maloclusión Clase II:

En este caso podemos decir que existe una relación distal del maxilar inferior respecto al superior; es decir que: “la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por delante del surco bucal de los primeros molares inferiores permanentes”(53). Sin embargo puede presentarse por un maxilar prognático o por una mandíbula retrógnata o combinación de ambas, originando alteración en la morfología cráneo-facial.(54)

Por lo cual se debe considerar la relación oclusal y se debe tener en consideración la relación esquelética de los maxilares y el patrón de crecimiento.



Existe 2 subdivisiones de clase II (subdivisión 1 y 2), la diferencia entre estas dos divisiones radica en las posiciones de los incisivos(53).

A.2.1. División 1:

La relación molar es igual que la clase II, es decir que ocluye distalmente los dientes inferiores respecto al superior en ambas hemiarquadas, destacando el resalte de los incisivos superiores, arco del maxilar angosto, labio inferior hipertónico y labios superiores cortos e hipotónicos, incisivos inferiores con tendencia a la lingualización y por lo general el maxilar inferior adopta un tamaño más pequeño de lo normal (48).

A.2.2. División 2:

Presenta también una oclusión distal en ambas hemiarquadas del maxilar inferior, a diferencia del resalte de los dientes incisivos superiores de la clase II división 1; en esta división presenta una retrusión de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo; y los incisivos inferiores retruídos, generalmente tiene un sellado normal de la boca (55).

A.3. Maloclusión Clase III

Denominado también mesioclusión porque el primer molar inferior permanente ocluye por mesial respecto al molar superior, se puede decir que: “ la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior se acopla hacia distal del surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior” (56).

Se manifiesta por lo general la inversión de las relaciones dentarias y esqueléticas, los incisivos presentan por lo general un overjet y un overbite negativo,



además una mordida abierta. El origen de una clase III por lo general son por factores hereditarios con un crecimiento excesivo del maxilar inferior y por una deficiencia en el crecimiento del maxilar superior, sin embargo la presencia de hábitos bucales como la interposición lingual exagera para una maloclusión clase III (56).

B. En el plano vertical:

Las maloclusiones en el plano vertical, tienen como consecuencia la desproporción en la altura facial. Diversos estudios demuestran que las alteraciones verticales pueden repercutir en la articulación temporomandibular y su respectiva funcionalidad, también los traumatismos en la dentición temporal pueden generar maloclusiones en la dentición mixta de tal manera que pueda existir una vestibularización de los incisivos superiores permanentes debido al traumatismo ocasionado en el germen dentario permanente de tal forma que pueda desencadenar una mordida abierta dentoalveolar. Dentro de las alteraciones verticales tenemos a la mordida abierta y mordida profunda, mordida borde a borde.(57)

B.1. Mordida Abierta

La mordida abierta es cuando existe una deficiencia en la superposición vertical normal de los bordes incisales de los maxilares superiores e inferiores, es decir no logran establecer contacto oclusal cuando las mandíbulas están cerradas, presentando un overbite menor a 0 (<0 mm) (48)(58). Por lo general adoptan los niños en edades tempranas, se origina principalmente por hábitos bucales como la deglución atípica, succión digital y respiración bucal, el afán de supervivencia de los recién nacidos es la succión del pecho materno lo cual proporciona una sensación de bienestar y seguridad, pero también puede ser un dedo o un chupón, por lo general desaparece este reflejo a los 2 años, la persistencia del hábito de



succión digital se atribuye según la teoría psicoanalítica a un impulso no controlable que responde a una perturbación psicológica para afrontar el estrés.(59)

Respecto a la deglución, en condiciones anormales la lengua está posicionada entre los dientes (incisivos superiores e inferiores) lo que ocasiona una mordida abierta, por otro lado, la obstrucción de las vías respiratorias superiores impide el paso del aire, por ello el organismo busca un mecanismo de llevar oxígeno a todo el cuerpo humano y lo realiza por la cavidad bucal, de esta manera la lengua adopta una posición descendiente generando un desequilibrio entre la lengua y los maxilares. (59)

Es una maloclusión difícil de tratar por su etiología multifactorial y complejidad, además causa inefectividad funcional, problemas en la masticación y fonética (48).

La presencia de mordida abierta puede ser de origen de tipo dental es decir los hábitos bucales, y de origen esquelético, si el desequilibrio óseo es el motivo de la falta de contacto dentario entonces hablamos de una mordida abierta de tipo esquelético. (13)(60).

B.2. Mordida profunda o sobremordida vertical.

La mordida profunda se caracteriza por un sobrepase vertical exagerado de los dientes anteriores superiores sobre los inferiores, un overbite mayor a 4mm (> 4mm), se registra como una mordida profunda(57). Se cataloga como una maloclusión compleja que puede predisponer al paciente problemas periodontales, alteraciones del desarrollo y crecimiento normal de los maxilares (55).

B.3. Mordida borde a borde



La mordida borde a borde es un tipo de maloclusión en la cual presenta un overbite nulo (0mm), esto significa que contacta el borde incisal superior con el borde incisal del inferior, puede ser de origen esquelético cuando existe una hipoplasia del maxilar o una hipertrofia de la mandíbula; y puede ser de origen dental cuando existe una inclinación axial anormal de los incisivos (57)(61).

C. En el plano transversal

Las maloclusiones en el plano transversal se presentan con casos de alteraciones en el plano sagital (clase I, clase II, Clase III) también en pacientes con mordida abierta y sobremordida, dentro de este grupo se encuentra la mordida cruzada posterior y la mordida en tijera, que pueden ser unilateral o bilateral en ambos casos. (62)

C.1. Mordida cruzada

Se identifica cuando existe un “desborde lateral del maxilar inferior sobre el maxilar superior” (20), el origen puede ser de origen esquelético, dentario y funcional; es de origen esquelético debido a que puede tener un maxilar hipoplásico o una mandíbula hiperplásica, en ambos casos, se debe efectuar la expansión del maxilar, de origen dental es a consecuencia de un patrón deficiente en la erupción de los dientes; y es de origen funcional cuando existe movimiento de la mandíbula a una posición anómala(63)(20). Existen muchos factores causales de las cuales se ha reportado algunos hábitos bucales asociados con la mordida cruzada como la deglución atípica, succión digital y la respiración bucal.(63)



C.2. Mordida en tijera

Se le conoce como mordida en tijera cuando “las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores”(20) , por otro lado en las mordidas de tijera bilaterales es conocido como síndrome de Brodie, en la cual el maxilar superior cubre completamente al maxilar inferior. Debido a la falta de contacto en la oclusión, se produce una erupción exagerada de todos los dientes posteriores (64).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- Hábitos deletéreos: Los hábitos bucales deletéreos son comportamientos repetitivos considerados perjudiciales porque ejercen fuerzas nocivas en efecto tienen patrones reflejos de contracción muscular por lo que afecta el crecimiento y desarrollo normal de los músculos, los huesos de la mandíbula y anomalías oclusales dependiendo de la intensidad y frecuencia de los hábitos (25)
- Onicofagia: Es la acción de morderse las propias uñas de las mano, suele ser temporal en la infancia y puede extenderse hasta la edad adulta en algunos casos, estudios demuestran que la eventualidad de dicho hábito se reduce cuando aumenta la edad (33)
- Deglución: es un acto innato permite el paso de los alimentos, desde la cavidad oral en el cual realiza el cierre de los labios y presiona la lengua suavemente contra el paladar , pasando por las vías digestivas hacia el estómago (44).
- **Obstrucción anatómica:** Presencia de un obstáculo el cual impide el flujo del aire como la presencia de adenoides hipertróficos, tabique desviado, cornetes



hipertróficos, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias por lo que el individuo busca un mecanismo para respirar y lo realiza por la boca (20).

- **Maloclusión:** Alteración en el crecimiento óseo, muscular y dentario. La maloclusión, según Angle “es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura” (48).



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL ESTUDIO

3.1.1. Ámbito General:

La presente investigación, tomó lugar en el Distrito de Juliaca, capital de la Provincia de San Román del Departamento de Puno. Creado el 6 de septiembre de 1926, limita por el noroeste con el distrito de Calapuja, por el Oeste con el distrito de Lampa, por el Suroeste con el distrito de Cabana, por el Norte con la provincia de Azángaro, por el Sur con el distrito de Cabana y distrito de Caracoto, por el noreste con el distrito de Caminaca. Por el Este con el distrito de Pusi, por el Sureste con el distrito de Caracoto. Tiene una altitud de 3824 m.s.n.m. una latitud de 15°26'52.94" y una longitud de 70°11'9.2", con una población de 276.110 habitantes (23).

3.1.2. Ámbito específico

La presente investigación, se llevó a cabo en la I.E.P N° 70621 Urb. 20 de Enero de la ciudad de Juliaca, Provincia de San Román del Departamento de Puno, perteneciente a la Región Puno, Perú. La IEP. N° 70621, se encuentra localizado en el Jr. Los Ángeles N° 899 de la Urbanización 20 de Enero, salida Puno, Inició su funcionamiento como escuela fiscal consolidando su creación como escuela pública el 23 de mayo de 1986 bajo la R.D. N° 0231 del mismo año; atendiendo en el nivel primario en la modalidad de menores; acoge a niños del sector urbano marginal.(65)



3.2. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.2.2. Tipo de investigación:

Según la intervención del investigador: observacional; según el periodo y secuencia de estudio: transversal; según el tiempo de ocurrencia de los hechos: prospectivo.

3.2.3. Diseño de la investigación:

No experimental, porque se realizará sin manipular las variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.3.1. Población:

La población estuvo conformada por niños de etapa escolar de 6 a 12 años de la Institución Educativa N°70621 “20 de Enero” de la ciudad de Juliaca en el año 2019.

3.3.2. Muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico conformado por 83 niños en escolares de 6 a 12 años que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

3.3.3. Criterios de selección de la muestra:

a. Criterio de inclusión:

- ✓ Niños con previo consentimiento informados de sus padres y asentimiento confirmados para el examen clínico.
- ✓ Niños de etapa escolar de 6 a 12 años en dentición mixta.



- ✓ Niños que presenten hábitos bucales deletéreos.
- ✓ Niños sin presencia de caries extensas en molares e incisivos centrales.

b. Criterio de exclusión:

- ✓ Niños con retraso mental, síndromes, labio y paladar fisurado.
- ✓ Niños con tratamiento de ortopedia previo.
- ✓ Niños con presencia de caries extensas en los molares e incisivos centrales.

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

- Variable independiente: Hábitos bucales deletéreos.
- Variable dependiente: Maloclusiones dentaria

3.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Instrumento
Hábitos bucales deletéreos (Variable independiente)	Prácticas repetitivas e innatas, consideradas perjudiciales porque ejercen fuerzas nocivas alterando el desarrollo estomatognático (8)	Succión Digital	Callosidades, irritación, dedos arrugados y enrojecidos	Presenta. No presenta.	Encuesta y Ficha clínica.
		Onicofagia	Uñas muy cortas, el borde libre de la uña desaparece. Microtraumatismos en el lecho ungueal.	Presenta. No presenta.	Encuesta y Ficha clínica.
		Interposición Labial	Labio superior e inferior entre los incisivos.	Presenta. No presenta.	Encuesta y Ficha clínica
		Interposición Lingual	La lengua se interpone entre los incisivos, o puede darse el caso en premolares y molares.	Presenta. No presenta.	Encuesta y Ficha clínica
		Respiración bucal	El aire pasa por la cavidad bucal, maxilar superior y cornetes estrechos e Incompetencia labial	Presenta. No presenta	Encuesta y Ficha clínica
Maloclusión dentaria (Variable dependiente)	Es el contacto anormal de los dientes superiores con los dientes inferiores, en algunos casos existen desproporciones de tamaño entre maxilares o puede ser el caso de maxilares y dientes.(7)	VERTICAL: Mordida abierta	Uno o más dientes no alcanzan la línea de la oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. Overbite (<0 mm)	SI/NO	Ficha clínica
		Mordida borde a borde	Borde incisal superior ocluye con borde incisal inferior. Overbite (=0mm)	SI/NO	Ficha clínica
		Mordida profunda	Overbite excesivo (>4mm)	SI/NO	Ficha clínica



		TRANSVERSAL: Mordida cruzada (Unilateral/bilateral)	Las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores desbordan lateralmente a los superiores en una hemiarcada o en ambas.	SI/NO	Ficha clínica
		Mordida en tijera	Las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.	SI/NO	Ficha clínica
		ANTERO-POSTERIOR Maloclusión clase I.	Cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.	SI/NO	Ficha clínica
		Maloclusión clase II div. 1	Surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Inclínación vestibular de los incisivos superiores.	SI/NO	Ficha clínica
		Maloclusión clase II div.2	Surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Incisivos centrales superiores verticalizados o palatinizados.	SI/NO	Ficha clínica
		Maloclusión clase III	Surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide	SI/NO	Ficha clínica

Covariables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Categoría	Escala
Sexo	Características anatómicas, biológicas y fisiológicas, que diferencian al hombre y a la mujer	Masculino Femenino	Características Biológicas	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Tiempo vivido por una persona.	Edad cumplida	Número de años.	6,7,8,9,10, 11, 12.	Nominal

3.5. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

a. Técnica: Para la recolección de la información, se recolectó mediante la técnica de la encuesta y observación Clínica.



b. Instrumentos:

- ✓ Encuesta para los padres de familia.- Se confeccionó una encuesta para la recolección de hábitos bucales deletéreos, en la cual incluyó los siguientes datos: nombres del escolar, edad, sexo, preguntas sobre los tipos de hábitos bucales deletéreos que presenta. Se utilizó como referencia, la encuesta de Garrido(14). (Anexo D)
- ✓ Ficha de observación clínica. - Se confeccionó una ficha clínica en la cual se indicó nombres y apellidos, edad, sexo, examen de hábitos bucales en la cual se observó y se determinó el tipo de hábito bucal, y en el examen intraoral se recolectó el tipo de maloclusión en sentido anteroposterior, vertical y transversal, dicha ficha clínica se utilizó como referencia de Gamboa(17) y Farheen (58). (Anexo E)

Calibración:

Se realizó la calibración del investigador por un especialista en el área de ortodoncia y ortopedia maxilar por el Dr. Carlos Cutimbo Quispe, observando la presencia y ausencia de hábitos y diagnosticando los tipos de maloclusiones en 10 niños, cada dato fue llenado en el instrumento utilizado y luego se comparó la concordancia observada en los niños, mediante el coeficiente kappa de cohen y se obtuvo un valor de 0.81, considerado un valor de concordancia muy bueno. (Anexo F)

3.6. PROCEDIMIENTOS

3.6.1. Coordinación:

- Se presentó por escrito, una solicitud al director de la Institución del Centro Educativo Público 70621 “20 de Enero”, previa reunión con el



director y docentes, con el fin de explicar detalladamente en qué consistía la investigación, en la cual el director conjuntamente con la plana de docentes aceptó para poder realizar el trabajo de estudio. (Anexo A)

- Seguido de ello se realizó la coordinación interna con los profesores de cada sección para realizar
- Posteriormente se procedió con la entrega de consentimientos informados a los padres de familia, para la respectiva autorización.

(Anexo B).

- De igual manera se les entregó a los niños el asentimiento informado, previa explicación en qué consistía su participación para dicho estudio.

(Anexo C)

3.6.2. Ejecución

- Para la recopilación de datos se realizó, a través de una encuesta para identificar los hábitos bucales deletéreos, el cual fue entregado a aquellos padres que firmaron los consentimientos informados.
- Una vez aplicada las encuestas, y teniendo los consentimientos y asentimientos aprobados se visitó nuevamente la institución donde el operador se reunió con los niños del cual serían partícipes, así mismo también se coordinó con el/la docente un horario para poder realizar la revisión a cada niño.
- El cronograma para la revisión clínica se realizó: en el primer día se revisó a los niños de primer y segundo grado de primaria, el segundo día se revisó a los niños de tercero y cuarto grado de primaria y en el tercer día se revisó a los niños de quinto y sexto grado de primaria.

La observación clínica se realizó de la siguiente manera:



Evaluación clínica de los hábitos bucales deletéreos.

- Se realizó en cada aula de la institución, donde se acondicionó un espacio en donde entre la luz natural, se alistó el campo de mesa con materiales e instrumental necesario para la realización de los exámenes clínicos, en donde el investigador colocó una silla con espaldar, donde el niño se sentó durante la revisión, en donde se realizó la evaluación clínica observacional, con ayuda de un espejo, explorador y bajalenguas. Finalmente, una vez realizado la revisión clínica, se registraron los datos.

Para la recolección de datos se trabajó de la siguiente manera:

- Para la evaluación del hábito de onicofagia se pidió al niño que extienda sus manos y se evaluó mediante la observación minuciosa las uñas de los dedos reconociendo si hay desgaste y la forma en serrucho de las uñas, también se evaluó lesiones en el borde libre de la uña y en lecho ungueal.
- Para evaluar el hábito de succión digital se observó detalladamente todos los dedos de las dos manos para reconocer si el dedo o los dedos se encuentran humedecidos y/o arrugados, callosidades, ampollas en el pulgar o índice.
- Para evaluar el hábito de la succión labial, se observó la interposición del labio entre los dientes; asimismo se observó el cierre postural de labios; labio superior e inferior normal o corto; seco o humectado, se observó al niño por un minuto, ese lapso de tiempo nos permitió verificar si el paciente succiona el labio inferior en estado de reposo.
- Para reconocer el hábito de interposición lingual se le indica al niño que pase la saliva, en ese proceso se observó si al tragar realiza una mueca,



contracción de los músculos y se observó si hay interposición de la lengua entre los incisivos al deglutir.

- Para reconocer el tipo de respiración que presentó cada niño observamos si presentaban, alas de la nariz ensanchadas, y con la ayuda de un espejo pequeño, se colocó cerca a la boca, esto permitió observar si hubo o no empañamiento y por lo tanto obstrucción nasal.
- Además, se consideró como hábito bucal deletéreo la coincidencia entre la afirmación del padre en la encuesta y que ésta coincida con el examen clínico; la coincidencia se realizó una vez obtenido las encuestas y habiendo concluido con la revisión clínica, se procedió a comparar los resultados para determinar el tipo de hábito deletéreo, el cual fue registrado en la base de datos. (Anexo G)

Evaluación clínica de las maloclusiones dentarias.

- Para la revisión bucal también se hizo un análisis cuidadoso del tipo de maloclusión en los tres planos: sagital, vertical y transversal, estas fueron registradas en la ficha clínica.
- Se evaluó la maloclusión dentaria anteroposterior o sagital con la clasificación de Angle, cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior en relación clase I de Angle; con relación a la clase II división 1 de Angle el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior y presenta una vestibularización en los dientes anterosuperiores; la maloclusion clase II división 2, presenta la misma relación molar de la



división 1 con la diferencia que los dientes anterosuperiores esta proinclinado hacia lingual y presenta un overbite mayor a 3.5mm; con relación a la maloclusión clase III el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior.

- La maloclusión dentaria vertical se evaluó según el overbite marcando con lápiz la proyección del nivel del borde incisal del incisivo central superior más extruido, sobre la cara vestibular del inferior en oclusión, y luego se procedió a medir con la ayuda de un vernier, se registró en la ficha el overbite, considerando que un overbite nulo (0mm.) se considera una mordida borde a borde, es decir el borde incisal superior con el borde incisal inferior en el plano oclusal, un overbite de (1 - 3mm.) representa un overbite normal, mayor a 4 (>4mm) se considera mordida profunda y una mordida abierta anterior se representa cuando uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas presentando un overbite negativo (>0mm.)
- Respecto a la maloclusión dentaria transversal se evaluó la mordida cruzada según las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores que desbordan lateralmente a los superiores en una hemiarcada o en ambas; y la mordida en tijera o Brodie según las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.



3.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

3.7.1. Procesamiento y recolección de datos:

- Una vez que se recolectó los datos, se revisó nuevamente las fichas, y se consignó todos los datos en Microsoft Excel 2019, ya ordenados, se tabularon dichos datos a través del programa estadístico SPSS 22 con el fin de realizar el análisis estadístico.
- Para la elaboración de las tablas, se usó estadística descriptiva mediante el uso de tablas de frecuencia.
- Para la estadística inferencial, se utilizó el Chi-cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia o error del 5% que es igual a ($p\text{-valor} < 0.05$) y un nivel de confianza del 95% para evaluar asociación entre los hábitos bucales deletéreos y maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años.

Prueba de hipótesis general:

Ha: Existe asociación entre los hábitos bucales deletéreos con las maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Pública N°70621, “20 de Enero”

Ho: No, existe asociación entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de edad de la Institución Educativa Pública N°70621 “20 de Enero”.



Prueba de hipótesis estadística:

Prueba de Chi cuadrado, esta prueba estadística se utilizó para establecer relación de variables cuya fórmula es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

- Σ : sumatoria.
- O: Valores observados.
- E: Valores esperados.

3.8. CONSIDERACIONES ETICAS

Para la ejecución del proyecto de investigación, primeramente, se solicitó autorización, a la dirección de la Institución Educativa N°70621 “20 de Enero”, en donde se explicó al director en qué consistiría la investigación, el tipo de estudio que sería y cómo se iniciaría con el plan de recolección de datos.

Segundo, se distribuyó los consentimientos informados a cada padre de familia, previa coordinación con el/la docente, y los asentimientos informados a cada estudiante.

Por último, la única persona autorizada para realizar la recolección de datos que se obtuvieron durante la investigación fue el operador, en estricta confidencialidad, los cuales están almacenados en la computadora del operador.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS:

TABLA N°1
TIPOS DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS SEGÚN EDAD EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA IEP 70621 “20 DE ENERO”. JULIACA 2019.

Hábitos bucales deletéreos	6 a 7 años		8 a 9 años		10 a 11 años		12 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Succion digital	1	10%	6	60%	3	30%	0	0%	10	100%
Onicofagia	3	19%	6	38%	6	38%	1	6%	16	100%
Interposicion labial	5	23%	7	36%	8	32%	2	9%	22	100%
Respiracion bucal	5	19%	9	35%	5	19%	7	27%	26	100%
Interposicion lingual	0	0%	5	56%	3	22%	1	22%	9	100%
Total	14	17%	33	41%	25	28%	11	14%	83	100%

$$X^2_c = 1.858$$

$$G1 = 1$$

$$\text{Valor de } p = 0,173$$

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°1, se observa tipos de hábitos bucales deletéreos según la edad, donde se evidencia que los estudiantes de 8 a 9 años presentaban mayor tipo de hábitos deletéreos con un porcentaje del 41% y predominó el hábito de respiración bucal con un 35%. Por otro lado, los niños de 10 a 11 años el hábito que predominó fue la interposición labial con un porcentaje del 32%, y los que presentaron un menor porcentaje de hábitos deletéreos fueron niños de 12 años en la cual el 27% presentaban respiración bucal. Según la prueba estadística de correlación de Pearson, se obtuvo un valor de $p = 0,173$; es decir no tiene un valor significativo ya que los tipos de hábitos que presentaron según la edad son muy parecidos.

TABLA N°2
MALOCLUSIONES VERTICALES, TRANSVERSALES Y
ANTEROPOSTERIORES SEGÚN EDAD EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA
I.E.P. N°70621 20 DE ENERO". JULIACA 2019.

Maloclusiones dentarias	6 a 7 años		8 a 9 años		10 a 11 años		12 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vertical	8	24%	14	42%	8	24%	3	10%	33	100%
Transversal	4	19%	9	43%	5	24%	3	14%	21	100%
Anteroposterior	2	7%	10	34%	12	41%	5	17%	29	100%
Total	14	17%	33	41%	25	28%	11	14%	83	100%

$$X^2_C = 6,434$$

$$G1 = 1$$

$$\text{Valor de } p = 0,011$$

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°2, se observa maloclusiones verticales, transversales y anteroposteriores según edades, en donde, se observó que los estudiantes de 8 a 9 años presentaban un mayor predominio hacia las maloclusiones verticales; que representa un 42%, también los mismos estudiantes de 8 a 9 años presentaban maloclusiones transversales con un porcentaje del 43% y en estudiantes de 10 a 11 años se observó que el 41% presentó maloclusiones anteroposteriores.



TABLA N°3
ASOCIACIÓN DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS CON
MALOCLUSIONES VERTICALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA
“I.E.P. 70621 20 DE ENERO”. JULIACA 2019.

Hábitos bucales deletéreos	Maloclusion vertical										
	Mordida Borde a		Mordida profunda		Mordida abierta		Normal		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Succion digital	2	20%	2	20%	5	50%	1	10%	10	100%	
Onicofagia	5	31%	1	6%	4	25%	6	38%	16	100%	
Interposicion labial	5	19%	7	33%	6	29%	4	19%	22	100%	
Respiracion bucal	8	32%	3	12%	7	24%	8	32%	26	100%	
Interposicion lingual	1	10%	0	0%	8	90%	0	0%	9	100%	
Total	21	19%	13	14%	30	35%	19	31%	83	100%	
$\chi^2 = 47,886$		GI = 12				Valor de p= 0,000					

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°3, se observa la asociación de los hábitos bucales deletéreos con maloclusiones verticales donde el 90% de estudiantes presentaban interposición lingual y mordida abierta; Por otro lado, el 32 % de estudiantes presentaban mordida borde a borde y son respiradores bucales; asimismo el 33% de estudiantes presentaban mordida profunda e interposición labial.

Según la prueba estadística del chi cuadrado se obtuvo un valor de $p=0,000 < 0.05$ se demostró una asociación significativa entre hábitos deletéreos con maloclusiones verticales.

TABLA N°4
ASOCIACIÓN DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS CON
MALOCLUSIONES TRANSVERSALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA
“I.E.P. 70621 20 DE ENERO”. JULIACA 2019.

Hábitos bucales deletéreos	Maloclusion Transversal							
	Mordida Cruzada		Mordida en tijera		Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Succion digital	6	60%	1	10%	3	30%	10	100%
Onicofagia	2	12%	0	0%	14	88%	16	100%
Interposicion labial	10	45%	1	5%	11	50%	22	100%
Respiracion bucal	19	73%	1	4%	6	23%	26	100%
Interposicion lingual	7	78%	0	0%	2	22%	9	100%
Total	42	51%	3	4%	38	46%	83	100%

$$X^2_c = 29,305$$

$$Gl = 8$$

$$\text{Valor de } p = 0,000$$

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°4, se observa la asociación de los hábitos bucales deletéreos con maloclusiones transversales donde el 73% de estudiantes presentaban el hábito bucal deletéreo de respiración bucal y la mordida cruzada, por otro lado, el 88% de estudiantes presentaban mordida normal y habito de onicofagia, estos resultados son indicadores de que la onicofagia no es un factor predisponente para desarrollar una maloclusion transversal.

Según la prueba estadística del chicuadrado se obtuvo un valor de $p=0,000 < 0.05$ se demostró una asociación significativa entre hábitos bucales deletéreos con maloclusiones transversales.

TABLA N°5
ASOCIACIÓN DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS CON
MALOCCLUSIONES ANTEROPOSTERIORES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS
DE LA “I.E.P. 70621 20 DE ENERO”. JULIACA 2019.

Hábitos bucales deletéreos	Maloclusiones anteroposteriores									
	Clase I		Clase II DIV 1		Clase II DIV 2		Clase III		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Succion digital	3	30%	4	40%	0	0%	3	30%	10	100%
Onicofagia	15	94%	0	0%	1	6%	0	0%	16	100%
Interposicion labial	5	24%	8	36%	7	35%	2	5%	22	100%
Respiracion bucal	7	29%	7	29%	6	21%	6	21%	26	100%
Interposicion lingual	0	0%	4	44%	0	0%	5	56%	9	100%
Total	30	36%	23	30%	14	17%	16	17%	83	100%

$$X^2_c = 49,062$$

$$G1 = 12$$

$$\text{Valor de } p = 0,000$$

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°5, se observa la asociación de los hábitos bucales deletéreos con maloclusiones anteroposteriores, donde el 94% de estudiantes presentaban el hábito de onicofagia y maloclusión clase I, Por otro lado, el 36% de estudiantes presentaban el hábito de interposición labial y maloclusión clase II división 1; asimismo, el 21% estudiantes presentaban respiración bucal y maloclusión clase III.

Según la prueba estadística del chisquadrado se obtuvo un valor de $p=0,000 < 0.05$ se demostró una asociación significativa entre hábitos deletéreos con maloclusiones anteroposteriores.



4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

TABLA N° 6
PARA LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS (NIVEL DE SIGNIFICANCIA SEGÚN LA PRUEBA DE CHI CUADRADO DE PEARSON)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	20,265 ^a	8	,001
Razón de verosimilitud	23,158	8	,003
Asociación lineal por lineal	4,354	1	,037
N de casos válidos	83		

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 6: Según los resultados obtenidos de la prueba del Chi cuadrado de Pearson se afirma que $X^2_C=20,265 >$ que la $X^2_t=15,9173$ por lo tanto la Chi cuadrada calculada es mayor a la chi tabulada, por consiguiente se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, en tanto se sostiene que existe una asociación significativa entre los hábitos bucales deletéreos con las maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Pública N°70621, “20 de Enero; con un nivel de significancia de 0.001 mucho menor a un error de significancia de 0.05=5% lo cual representa a un 95% de nivel de confianza.



4.3 DISCUSIÓN

Se sabe que las maloclusiones dentales son unos de los principales problemas odontológicos en niños desencadenando alteraciones de espacios, discrepancias esqueléticas a nivel de bases óseas y presencia de problemas dentoalveolares siendo así que esta se ve asociada al incremento de hábitos deletéreos como respiración bucal, succión labial, succión digital, onicofagia y las interposiciones linguales. Si bien la presencia de estas alteraciones durante la dentición decidua, mixta o permanente, pueden ser corregido de forma temprana mediante la implementación de medidas preventivas e interceptivas. Es por ello que se realizó la siguiente investigación que tuvo como propósito determinar la asociación de hábitos bucales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 70621 “20 de Enero” Juliaca 2019, los resultados mostraron que los niños de 8 a 9 años presentaban mayor número de hábitos bucales deletéreos, siendo la respiración bucal el hábito más frecuente; por otro lado Mendoza y cols.(2) quién determinó la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, en la población infantil, manifestó que el mayor número de casos de hábitos bucales se presentó a la edad de 4, 6 a 11 años durante la dentición mixta, siendo el hábito con mayor prevalencia la interposición lingual, quién concluyó que la instauración de hábitos bucales deletéreos y sus repercusiones son más notorios y agresivos en la etapa de dentición mixta(2), datos que se asemejan respecto a la edad y se diferencian en el tipo de hábito; sin embargo estudios de Gamboa, López (17)(15) demostraron que el hábito con mayor frecuencia es la onicofagia, respiración bucal, respectivamente; ésta diferencia puede deberse, dado que las características de las personas son diferentes en cada País y en cada región, por ende es diferente el proceso salud-enfermedad (10); por otro lado se evidenció que los niños de 8 a 9 años



presentaban un mayor predominio hacia las maloclusiones verticales y transversales, sin embargo no hay estudios publicados que demuestren asociación de éstas variables; asimismo, se evidencio en el presente estudio que los niños presentaban con mayor frecuencia el hábito de interposición lingual y mordida abierta en un 90%, y muestran una asociación significativa entre hábitos bucales deletéreos y maloclusiones verticales, estos resultados concuerdan con los estudios realizados por Mendoza(2), Arias(12) y Zapata(22) , quienes obtuvieron una asociación significativa entre interposición lingual y mordida abierta, por otro lado Gamboa concluye que los hábitos deletéreos tales como la succión digital, interposición lingual y respiración bucal se asocian significativamente con la mordida abierta; como se puede evidenciar la interposición lingual es un factor nocivo para el desarrollo de una mordida abierta; asimismo, en el presente estudio se evidenció que los estudiantes presentaban el hábito de respiración bucal y mordida cruzada en un 73%, estos datos concuerdan con Mendoza(2) y Rodríguez(20) quienes manifestaron una asociación significativa entre la respiración bucal y mordida cruzada, por otro lado Arias(12) encontró una asociación significativa entre la succión digital y la mordida cruzada; también se evidenció que los niños presentaban el hábito de onicofagia y maloclusión clase I, entre hábitos bucales deletéreos y maloclusiones anteroposteriores, dichos resultados concuerdan con Garrido(14), el cual obtuvo un 50% de niños con el hábito de onicofagia y maloclusiones clase I; por otro lado se concluye en la presente investigación que existe asociación estadísticamente significativa de hábitos bucales deletéreos con maloclusiones dentarias, se obtuvo un $p\text{-valor}=0.001 < 0.05$; datos que concuerdan con la investigación de Iza (13) quién determinó la prevalencia de maloclusiones, en relación con hábitos orales no fisiológicos más frecuentes en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa



“Pastocalle” en Ecuador, en la cual concluyó que el tipo de hábito oral, si está relacionada con maloclusiones anteriores y posteriores, así mismo concuerdan con Garrido(14) quién evaluó la influencia de los malos hábitos orales en la Oclusión de niños de 5 a 10 años, en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar” y concluyó que la presencia de malos hábitos orales tiene relación con las maloclusiones que se desarrolla en los niños a temprana edad, por otro lado también concuerda con Trocones(19) quién determinó la asociación de Hábitos Orales y la Prevalencia de Maloclusión dentaria en niños de 7 a 12 años en la I.E. Próceres de la Independencia N°138, en la cual concluyó que existe asociación de los hábitos orales con las maloclusiones con ($p=0.000$) , al igual que Zapata(22) el cual atribuye que sí existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias.

Por otro lado la investigación de Paiva (21) en su estudio: Relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica Uladech Católica, concluyendo que no existe relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones, dichos resultados podrían ser debido a que sólo se basaron en el plano anteroposterior, sin embargo las maloclusiones pueden abarcar tanto en sentido vertical como transversal, así mismo el estilo de vida y el nivel educativo son factores predisponentes para contraer maloclusiones(66)



V. CONCLUSIONES

- Se evidenció que los estudiantes de 8 a 9 años presentaban mayor cantidad de hábitos bucales, siendo la respiración bucal el hábito más frecuente.
- Se evidenció que los estudiantes de 8 a 9 años presentaban un mayor predominio hacia las maloclusiones verticales y transversales y los estudiantes de 10 a 11 años presentaban maloclusiones anteroposteriores.
- Se evidenció con mayor frecuencia que los estudiantes presentaban el hábito de interposición lingual y mordida abierta, mostrando una asociación significativa entre hábitos bucales deletéreos y maloclusiones verticales.
- Se evidenció con mayor frecuencia que los estudiantes presentaban el hábito de respiración bucal y mordida cruzada, mostrando una asociación significativa entre hábitos bucales deletéreos y maloclusiones transversales.
- Se evidenció que los estudiantes con mayor frecuencia presentaban el hábito de onicofagia y maloclusión clase I, mostrando una asociación significativa entre hábitos bucales deletéreos y maloclusiones anteroposteriores.



VI. RECOMENDACIONES

- A los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano de la escuela profesional de Odontología, se recomienda realizar un examen minucioso de los hábitos bucales y diagnosticar de manera precoz, para evitar futuros tratamientos de ortodoncia.
- A los profesionales de la salud, enfocarse en tomar medidas preventivas implementando programas de atención y brindando charlas informativas y concientizando a los padres de familia sobre los hábitos deletéreos, así como también poner en conocimiento los tratamientos interceptivos.
- Se recomienda a los futuros desistas realizar investigaciones en una población más amplia en la región de Puno.
- Realizar investigaciones en la cual analicen las maloclusiones, no solo de tipo dental, sino agregar las maloclusiones de tipo esquelético con uso de radiografías cefalométricas.
- Se recomienda para investigaciones futuras, incluir rangos de edad para correlacionar edad y tipo de maloclusiones verticales, transversales y anteroposteriores.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. *Kiru*. 2018;15(2):94–8.
2. Mendoza L, Meléndez A, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Rev Salud Oral*. 2016;2(4):220–7.
3. Mafla AC, Barrera DA, Muñoz GM. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de Pasto, Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia*. 2011;22(2):173–85.
4. Aliaga A, Mattos M, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la amazonía de Ucayali, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(1):87–91.
5. Machaca YM. Estudio epidemiológico de las enfermedades bucales más prevalentes en escolares de 6 a 16 Años Del departamento de Puno 2013.[Tesis para optar el título de cirujano dentista].Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2015.
6. Sánchez P. Etiología de las maloclusiones dentales en niños que asisten a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca durante el año lectivo 2015-2016 [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2016.
7. Arocha A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. *MEDISAN*. 2016;20(4):429–35.
8. Ocampo A, Lema MC, Jhonson N. Hábitos orales perniciosos: revisión de literatura. Parte II. *Rev Nac Odontol*. 2013;9(edición especial):91–100.
9. Lima MV, Rodríguez Soto A, García Gonzáles B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. *Rev Cuba Estomatol*. 2019;56(2):187–97.



10. Espinoza I, Casas L, Campos K. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. *Odontol pediatri*. 2016;15(1):127–34.
11. Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. *Rev Gastrohnp*. 2017;19(2):1–11.
12. Arias A, Espinal G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín –Colombia, 2016. *Rev Nac Odontol*. 2018;14(26):1–16.
13. Iza J. “Prevalencia de maloclusiones dentarias en relación con hábitos orales no fisiológicos en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Pastocalle de la parroquia Pastocalle del cantón Latacunga, en el periodo de junio a julio del 2017” .[Tesis para opt. Universidad Central del Ecuador; 2017.
14. Garrido P. Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Quito. Universidad de las Americas; 2016.
15. Lopez E, Armas A, López E, Nuñez A, Tates K. Prevalencia de hábitos deletéreos y maloclusiones en dentición mixta en niños de la ciudad de Quito, Ecuador. *Kiru*. 2018;15(3):121–6.
16. Mesa N, Medrano J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. *Correo Científico Médico*. 2017;21(2):458–67.
17. Gamboa L. Hábitos orales deletéreos asociado con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 DE DICIEMBRE, 2018.[Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018.
18. Tongo M. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017.[Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.; 2017.



19. Trocones A. Asociación entre hábitos orales y la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7-12 años. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Univesidad Inca Garcilazo de la Vega; 2018.
20. Olivos LH. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
21. Paiva B. Relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica Uladech Católica.[Tesis par. Universidad Católica los Angeles de Chimbote; 2017.
22. Zapata M, Lavado A, Anchelia S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Kiru. 2014;11(1):16–24.
23. Pampa RN, Quispe Choquemamani D. Relación entre los hábitos bucales perniciosos con maloclusiones en estudiantes, Institución Educativa Primaria N° 70547 Juliaca, 2017.[Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Juliaca: Universidad Andina" Nestor Caceres Velazquez"; 2017.
24. Acero L, Mercado S. Alteraciones dentomaxilofaciales presentados en pacientes con el síndrome de hipertrofia adenoidea. Rev Científica "Investigación Andin. 2015;25(1):108–15.
25. Morales Gaibor N. Prevalencia de mordida abierta anterior en pacientes con succión digital; Escuela Apóstol Santiago, Guayaquil 2015. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Guayaquil. Universidad Católica de Guayaquil; 2016.
26. Pacheco PM, Hernández AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. Oral. 2019;20(62):1698–704.
27. Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev CES Odont. 2016;29(2).



28. Varas F, Gorritxo G, García F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;2012(14):13–20.
29. Morales M, Vargas S, Stabile R, Vasconcelo R. Relación existente entre el tiempo de lactancia materna y el desarrollo de hábitos orales parafuncionales en una muestra de niños venezolanos. *Odontol pediátrica*. 2009;17(3):163–8.
30. Álvarez MA, Quiroz K, Chamilco AS, Vásquez CA, Luza L, Huanca J, et al. Estudio Piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. *Odontol Sanmarquina*. 2014;14(2):13.
31. Shetty RM, Shetty M, Shetty NS, Deoghare A. Three-alarm system: revisited to treat thumb sucking habit. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2015;8(1):82–6.
32. Solís M. Succión digital: repercusiones y tratamiento. *Odontol Pediátrica*. 2018;17(1):42–51.
33. Cano L, Candela M, Bazo AV. Onicofagia. *FMC*. 2018;25(2):130–1.
34. Ocampo A, Johnson García N, Lema Álvarez C. Hábitos orales comunes : revisión de literatura. Parte I. *Rev Nac Odontol*. 2013;9(edición especial):83–90.
35. Córdova AI. Ansiedad y onicofagia en adolescentes [Tesis para optar el grado de cirujano dentista]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2015.
36. Alonso C, Velazquez Y. Avances en odontopediatria. Primera ed. México: Libros del Arrayán; 2018. 59 p.
37. Restrepo CC. Tratamiento de la onicofagia en niños: revisión sistemática. *Rev odontopediatr latinoam*. 2011;1(1):93–110.
38. Benítez J, Gasca G. Modificación conductual en un caso de onicofagia. *Rev ADM*. 2013;70(3):151–3.
39. Reni K, Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. *Rev Med Clin Condes*. 2014;25(2):380–8.
40. Chul S, Hernández A, Jimenez J, Hernández H, Calderón A. Relación entre tipos



- de maloclusión en plano horizontal y hábitos orales en niños de 8 a 14 años de Montemorelos. *Rev Estud e Investig.* 2018;11(21):44–50.
41. Contreras G. El lip bumper como tratamiento interceptivo del hábito de interposición labial.[Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2017.
 42. García K. Uso del lip Bumper en el tratamiento de la interposición labial. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Guayaquil. Universidad de Guayaquil; 2012.
 43. García GI. Etiología y diagnóstico de pacientes respiradores bucales en edades tempranas- Revisión bibliográfica. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatria.* 2011;Ortodoncia.
 44. Pérez A, Martínez I, García M, Suárez R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. *Rev Médica Electrónica.* 2014;36(4):396–407.
 45. Aguilar RM, Sánchez N, La D, Pérez C, Roldán A, Nieto Sánchez M, et al. Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatria* [Internet]. 2011;"Ortodonci:1–14. Available from: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art25.asp>
 46. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las maloclusiones. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatria* [Internet]. 2011;edición el:1–17. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
 47. Cisneros G, Cruz I. Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil. *Medisan.* 2017;21(7):781–7.
 48. Ugalde FJ. Clasificación de la maloclusion en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Rev Asoc Dent Mex.* 2014;97(5):1386–8.
 49. Manzo O, Sanchez A, Medina S, Sanchez A, Martin M, Hernandez M, et al. Prevalencia de maloclusiones en preescolares de los altos norte de Jalisco. *Rev*



- Tame. 2018;7(19):712–5.
50. Padilla M, Díaz LM, Frías E, Monserrat N, Guardado H. Factores intrínsecos de la maloclusión dental en pacientes con dentición permanente. *Rev Asoc Dent Mex.* 2013;70(2):61–7.
 51. Daza JM. Prevalencia de maloclusiones en estudiantes universitarios de la Facultad de Odontología . *Rev Cient Dominio las Ciencias.* 2016;2(2):57–65.
 52. Orrala V, Ubilla W. Prevalencia del overbite y overjet en pacientes de 18 a 25 años de edad según las maloclusiones de Angle. *Rev Cient Univ Odontológica Dominic.* 2019;7(1):12–7.
 53. Lazo Y, Borroto M, Batista NM. Relación entre el síndrome de clase II división 2 y la disfunción temporomandibular. Artículo de revisión. *Rev Habanera Ciencias Medicas.* 2018;18(2):270–80.
 54. Del Real M, Becerra J, Rivas R, Aguilar S. Componentes de la maloclusión clase II esquelética en niños mexicanos de 8 a 12 años. *Rev Tame.* 2018;7(19):708–11.
 55. Cruz B, Muñoz C. Tratamiento ortodóncico de mordidas profundas. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2011;23(1):158–73.
 56. Ramírez J, Muñoz C, Gallegos A, Rueda MA. Caso clínico: maloclusión Clase III. *Salud En Tabasco.* 2010;16(3):944–50.
 57. Lauc T. Orofacial analysis on the Adriatic islands: An epidemiological study of malocclusions on Hvar Island. *Eur J Orthod.* 25(3):273–8.
 58. Fatima F, Fida M, Shaikh A. Reliability of overbite depth indicator (ODI) and anteroposterior dysplasia indicator (APDI) in the assessment of different vertical and sagittal dental malocclusions : a receiver operating characteristic (ROC) analysis. *Dent Press J Orthod.* 2016;21(5):75–81.
 59. Barrios F, Rodríguez L, Jiménez M, Schemann M. Aporte del pediatra en la prevención de la mordida abierta anterior. *Arch Venez Pueric Pediatr.* 2014;77(1):24–8.



60. Rodríguez E, Hernández R, Pomar G, Chávez A, Orozco C. Corrección de una mordida abierta anterior en paciente clase II esquelética : reporte de un caso. *Rev Mex Ortod.* 2016;4(2):96–102.
61. Carate A. Epidemiología de alteraciones dentales y esqueléticas en pacientes del posgrado de ortodoncia de la Universidad Central del Ecuador, período 2013 – 2017.[Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.
62. Padilla M, Hernandez J. Enfoque temprano de las maloclusiones transversales , diagnóstico y tratamiento . Revisión de la literatura. *Rev Estomat.* 2009;17(1):30–7.
63. Araujo K, Coelho PM, Tavares M, Morais L. Relación entre mordida cruzada posterior unilateral y hábitos bucales deletéreos en preescolares de un municipio del sudoeste del Bahía. *Rev Odontopediatría Latinoam.* 2019;9(1):39–47.
64. Soldevilla L, Ramos V. Síndrome de Brodie en dentición mixta temprana tratado con aparatología removible adhesiva. Reporte de un caso. *Odontol Sanmarquina.* 2014;11(2):88.
65. Neyra J. El desarrollo de competencias comunicativas en la producción de textos en la institución educativa N° 70621-20 de Enero-Juliaca.[Tesis para optar el título profesional de segunda especialidad en gestión escolar]. Juliaca: Universidad San Ignacio de Loyola.
66. Morera A, Nora P, Delgado S, Yanes B, Anabel T, Lezcano C. Intervention on Risk Factors Associated with Malocclusions in Five-year-old Children. *MediSur.* 2016;14(2):143–53.



ANEXOS

ANEXO A: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"

SOLICITO: Autorización para ejecución de proyecto de investigación en su institución educativa a cargo.

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA N° 70621- 20 DE ENERO.

Yo Roxana Guisell Zárate Lipa identificada con DNI 72895092, con domicilio en Urb. La Rinconada I etapa B-2 de la ciudad de Juliaca, bachiller en ciencias de la Odontología de la universidad Nacional del Altiplano. Puno, ante Ud. Me presento y con el debido respeto expongo:

Es grato dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y manifestarle que debido a que mi proyecto de investigación titulado: "HABITOS BUCALES DELETÉREOS ASOCIADOS CON MALOCCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA "70621- 20 de Enero". Juliaca. Se encuentra aprobado y expedido para la ejecución. Es que le solicito a Ud. La autorización para poder ejecutar dicho estudio de investigación, en la prestigiosa institución en la cual dirige Ud.

Por la atención brindada al presente, expreso mi sincero agradecimiento.

POR LO EXPUESTO:
Ruego a Ud. Acceder a mi solicitud

Juliaca 12 de Diciembre del 2019

Roxana Guisell Zárate Lipa
DNI: 72895092
Bachiller en ciencias de la Odontología



Javier Neyra Condori
DIRECTOR
DNI. 62436328



ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS ASOCIADOS CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA IEP “70621- 20 de Enero”, 2019.

Yo, Zárate Lipa Roxana Guisell; en mi condición de bachiller de la Universidad Nacional del Altiplano, expongo el propósito del estudio: Hábitos Bucales Deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. “70621- 20 de Enero”, 2019.

La investigación se iniciará realizando un cuestionario a usted padre de familia y/o apoderado del menor niño. Luego se realizará un examen clínico en el niño/a para determinar la relación de hábitos bucales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños de la I.E.P. “70621- 20 de Enero” Juliaca, el cual su menor hijo se encuentra estudiando en dicha institución. Haciendo conocimiento, que este estudio no conlleva a ningún tipo de riesgo, ni efectos adversos para el menor, la investigación no lo compromete a ningún tipo de gasto y los datos obtenidos se mantienen en confidencialidad.

Por lo tanto, yodeclaro que, habiendo leído la información proporcionada por el bachiller, autorizo a mi menor hijo(a).....

para que se realice este procedimiento clínico.

Firma del padre o apoderado:.....

DNI:



ANEXO C: ASENTIMIENTO INFORMADO

ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola mi nombre es Roxana Zarate Lipa, estoy realizando un estudio para saber más acerca de los problemas que tienen tus dientecitos, que se llaman maloclusiones y hábitos bucales, y para ello quiero pedirte tu apoyo en el estudio, que consistirá en mostrarme tus manos, uñas y luego observaré como están tus dientes; el cual solo lo tendré yo; y no lo enseñaré a otros. El examen es sencillo.

Tu participación es voluntaria, es decir, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor que pongas un (X) en el recuadro que tiene la opción "SI", y si no quieres participar marca con una (X) en el recuadro que tiene la opción "NO".



Nombres y Apellidos: _____



ANEXO D: ENCUESTA PARA LOS PADRES DE FAMILIA

HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS ASOCIADO A MALOCCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA IEP 70621 "20 DE ENERO". JULIACA 2019
ENCUESTA DE HÁBITOS BUCALES PARA LOS PADRES DE FAMILIA.

Nombre del alumno: _____ Edad _____ Sexo _____

Lea con atención cada una de ellas y marque con una X la opción que identifica el comportamiento de su hijo.

1. ¿El niño /a, se chupa el dedo? (Si su respuesta fue "NO" por favor siga con la pregunta 2)	SI	NO
1.1 ¿Con qué frecuencia se chupa el dedo?	2 veces al día	3 o más veces al día
1.2 ¿En qué momento del día se chupa el dedo?	Cuando duerme	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso
2. ¿El niño /a, se come las uñas? (Si su respuesta fue "NO" por favor siga con la pregunta 3)	SI	NO
2.1 ¿Con qué frecuencia se come las uñas?	2 veces al día	3 o más veces al día
2.2 ¿En qué momento del día se come las uñas?	Cuando esta Aburrido	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso.
3. ¿El niño /a, se chupa el labio? (Si su respuesta fue "NO" por favor siga con la pregunta 4)	SI	NO
3.1 ¿Con qué frecuencia se chupa el labio?	2 veces al día	3 o más veces al día
3.2 ¿En qué momento del día se chupa el labio?	Cuando duerme	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso.
4. ¿El niño/a, respira por la boca? (Si su respuesta fue "NO" por favor siga con la pregunta 5)	SI	NO
4.1 ¿Con qué frecuencia respira por la boca?	2 veces al día	3 o más veces al día
4.2 ¿En qué momento del día respira por la boca?	Cuando duerme	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso.
5. ¿El niño/a tiene el hábito de poner la lengua entre los dientes? (Si su respuesta fue "NO" ha terminado la encuesta)	SI	NO
5.1 ¿Con qué frecuencia pone la lengua entre los dientes?	2 veces al día	3 o más veces al día
5.2 ¿En qué momento del día pone la lengua entre los dientes?	Cuando duerme	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso.

Fuente: Garrido, P. (2016)



ANEXO E: FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS ASOCIADO A MALOCCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA IEP 70621 "20 DE ENERO". JULIACA 2019

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA PARA EVALUAR LA PRESENCIA DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS Y LOS TIPOS DE MALOCCLUSIONES.

Ficha N°

Nombre del alumno: _____ Edad: _____ Sexo _____

I. EXAMEN DE HÁBITOS BUCALES

- Onicofagia: Presente () Ausente ()
- Succión Digital: Presente () Ausente ()
- Interposición Labial: Presente () Ausente ()
- Interposición Lingual: Presente () Ausente ()
- Respiración Bucal: Presente () Ausente ()

II. OCLUSIÓN:

Marque con una (x) en el recuadro que corresponda:

a.- Sentido Anteroposterior

	Relación molar	
	Derecha	Izquierda
Clase I		
Clase II		
DIV 1		
DIV 2		
CLASE III		

b.- Sentido Vertical

OVERBITE: ___ mm		Normal: (1 - 3mm.)	<input type="checkbox"/>
Mordida abierta (< 0 mm)	<input type="checkbox"/>	Profundo (>4mm.)	<input type="checkbox"/>
Mordida borde a borde: (0 mm)	<input type="checkbox"/>		

c.- Sentido Transversal:

Mordida cruzada	Unilateral ()	Bilateral ()	Normal ()
Mordida en tijera	Unilateral ()	Bilateral ()	Normal ()

Fuente: Gamboa L. 2018 y Farheen F. 2016.

* Se consideró como hábito bucal deletéreo la coincidencia entre la afirmación del padre en la encuesta y que ésta coincida con el examen clínico.



ANEXO F: CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN



Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de ciencias de la salud
Escuela Profesional de Odontología



CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

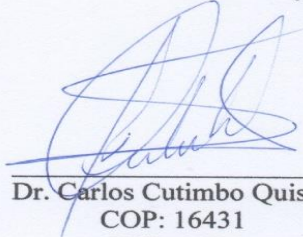
QUIEN SUSCRIBE:

DR. CARLOS CUTIMBO QUISPE, Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, docente de la escuela profesional de Odontología FCDS-UNA-PUNO.

Por medio del presente hago constar que la bachiller ROXANA GUISELL ZÁRATE LIPA, fue sometida a proceso de calibración, para que pueda realizar con mayor exactitud el proyecto de investigación titulado: **“Asociación de hábitos bucales deletéreos asociado a maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P 70621 “20 de enero”. Juliaca 2019**, en la cual consistió en la observación clínica y diagnóstico de los hábitos bucales deletéreos y tipos de maloclusiones, obteniendo un coeficiente de Kappa de Cohen de 0.81 estimado en la categoría “casi concordancia completa” de acuerdo a la interpretación de concordancia entre ambos observadores.

Se otorga el presente documento, a solicitud del interesado, para fines convenientes.

Juliaca, 06 de Diciembre del 2019



Dr. Carlos Cutimbo Quispe
COP: 16431
RNE: 2626



ANEXO G: BASE DE DATOS DE LA COINCIDENCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS.

N°	HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS		
	ENCUESTA	FICHA CLINICA	COINCIDENCIA
1	4	4	COINCIDE
2	3	3	COINCIDE
3	4	4	COINCIDE
4	5	5	COINCIDE
5	3	3	COINCIDE
6	4	4	COINCIDE
7	2	2	COINCIDE
8	1	1	COINCIDE
9	4	3	NO COINCIDE
10	4	4	COINCIDE
11	4	4	COINCIDE
12	5	5	COINCIDE
13	1	1	COINCIDE
14	2	1	NO COINCIDE
15	3	2	NO COINCIDE
16	3	3	COINCIDE
17	2	2	COINCIDE
18	5	5	COINCIDE
19	5	3	NO COINCIDE
20	4	4	COINCIDE
21	2	2	COINCIDE
22	5	5	COINCIDE
23	4	4	COINCIDE
24	1	1	COINCIDE
25	4	3	NO COINCIDE
26	3	3	COINCIDE
27	4	4	COINCIDE
28	3	3	COINCIDE
29	3	3	COINCIDE
30	3	3	COINCIDE
31	2	2	COINCIDE
32	4	4	COINCIDE
33	4	4	COINCIDE
34	1	1	COINCIDE
35	2	2	COINCIDE
36	3	3	COINCIDE
37	2	2	COINCIDE
38	3	3	COINCIDE
39	3	3	COINCIDE
40	2	1	NO COINCIDE
41	4	4	COINCIDE
42	2	2	COINCIDE
43	4	4	COINCIDE
44	2	1	NO COINCIDE
45	2	4	NO COINCIDE
46	3	3	COINCIDE
47	1	1	COINCIDE

48	2	5	NO COINCIDE
49	4	4	COINCIDE
50	2	2	COINCIDE
51	2	2	COINCIDE
52	3	3	COINCIDE
53	1	1	COINCIDE
54	1	1	COINCIDE
55	2	2	COINCIDE
56	4	4	COINCIDE
57	3	3	COINCIDE
58	4	4	COINCIDE
59	2	2	COINCIDE
60	2	2	COINCIDE
61	3	3	COINCIDE
62	3	3	COINCIDE
63	4	4	COINCIDE
64	4	3	NO COINCIDE
65	2	2	COINCIDE
66	3	3	COINCIDE
67	4	4	COINCIDE
68	4	4	COINCIDE
69	4	4	COINCIDE
70	4	4	COINCIDE
71	1	1	COINCIDE
72	4	4	COINCIDE
73	5	5	COINCIDE
74	5	5	COINCIDE
75	5	2	NO COINCIDE
76	4	4	COINCIDE
77	3	3	COINCIDE
78	3	2	NO COINCIDE
79	4	4	COINCIDE
80	5	5	COINCIDE
81	3	3	COINCIDE
82	3	3	COINCIDE
83	4	4	COINCIDE
84	2	2	COINCIDE
85	1	1	COINCIDE
86	5	5	COINCIDE
87	4	4	COINCIDE
88	2	2	COINCIDE
89	2	2	COINCIDE
90	3	3	COINCIDE
91	3	3	COINCIDE
92	4	4	COINCIDE
93	5	5	COINCIDE
94	2	3	NO COINCIDE
95	3	3	COINCIDE
96	1	1	COINCIDE

SUCCION DIGITAL	= 1
ONICOFAGIA	= 2
INTERPOSICION LABIAL	= 3
RESPIRACION BUCAL	= 4
INTERPOSICIÓN LINGUAL	= 5