



TESIS

**“PRÁCTICAS BUCALES NO FISIOLÓGICAS RELACIONADAS  
A LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN PACIENTES  
TRATADOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UAP –  
CHICLAYO”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA

**PRESENTADO POR:**

BACH.: PURIHUAMAN SALAZAR LESLIE STEPHANIE

ASESOR:

MG. CD. JOSÉ ORLANDO FLORES MEJÍA

**PIMENTEL- PERÚ**

**2018**

**“PRÁCTICAS BUCALES NO FISIOLÓGICAS RELACIONADAS  
A LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN PACIENTES  
TRATADOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UAP –  
CHICLAYO”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA

**PRESENTADO POR:**

BACH.: PURIHUAMAN SALAZAR LESLIE STEPHANIE

ASESOR:

MG. CD. JOSÉ ORLANDO FLORES MEJÍA

**PIMENTEL- PERÚ**

**2018**

LESLIE STEPHANIE PURIHUAMAN SALAZAR

**“PRÁCTICAS BUCALES NO FISIOLÓGICAS RELACIONADAS  
A LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN PACIENTES  
TRATADOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE LA UAP –  
CHICLAYO”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de  
Cirujano Dentista por la Universidad Alas Peruanas.

-----

-----

-----

**PIMENTEL- PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por protegerme y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi formación profesional.

De igual forma a mi hija Mia que es la persona que me inspira para seguir adelante y ser mejor cada día.

*Leslie Purihuamán*

## **AGRADECIMIENTO**

A mis tutores y profesores que me brindaron sus conocimientos y me guiaron para poder culminar con éxito la carrera.

*Leslie Purihuamán*

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como **Objetivo:** Determinar las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias en pacientes tratados en la clínica pediátrica de la de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo.

**Material y método:** Es un estudio descriptivo transversal, de tipo observacional, prospectivo y correlacional. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 100 niños de 6 a 12 años de la clínica pediátrica de la de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo. Se pidió el consentimiento a los padres para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación y así poder realizar la valoración clínica del niño. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS y se utilizaron las pruebas chi cuadrado para el análisis estadístico.

**Resultado:** La práctica bucal no fisiológica más frecuente es la Respiración bucal con 33 %, seguido de la Succión digital con 29%. El Bruxismo presentó 19% respectivamente. La maloclusión que predomina es la clase I con un 58%; seguida por la clase II división 1 con un 31%, la clase II división 2 con un 11%.

**Conclusiones:** Si existe relación entre las prácticas bucales no fisiológicas y la presencia de maloclusiones dentarias en pacientes tratados en la clínica pediátrica de la de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo.

**PALABRAS CLAVES:** Maloclusión, fisiológicas, bucal, bruxismo, succión digital, respirador bucal.

## **ABSTRACT**

The present research work had as **objective:** To determine the nonphysiological oral practices more related to dental malocclusions in patients treated in the pediatric clinic of Alas Peruanas University - Chiclayo Branch.

**Material and method:** It is a transversal descriptive study, of observational, prospective and correlational type. A systematic random sample was selected to 100 children from 6 to 12 years old from the pediatric clinic of Alas Peruanas University - Chiclayo Branch. Parental consent was requested to allow their children to be included in the study, considering the ethical and legal aspects of the investigation and thus be able to perform the clinical assessment of the child. The data were processed in the statistical program SPSS v and chi-square tests were used for the statistical analysis.

**Result:** The most frequent non-physiological oral practice is Buccal Respiration with 33%, followed by Digital Suction with 29%. Bruxism presented 19% respectively. The malocclusion that predominates is class I with 58%; followed by class II division 1 with 31%, class II division 2 with 11%.

**Conclusions:** If there is a relationship between non-physiological oral practices and the presence of dental malocclusions in patients treated in the pediatric clinic of Alas Peruanas University - Chiclayo Branch.

**KEYWORDS:** Malocclusion, physiological, buccal, bruxism, digital suction, mouth breather.

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Índice de gráficos.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	12
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2. Formulación del problema.....	16
1.1.1. Problema principal.....	16
1.1.2. Problemas secundarios.....	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1. Objetivo principal.....	16
1.3.2. Objetivos secundarios.....	16
1.4. Justificación de la investigación.....	16
1.4.1. Importancia de la investigación.....	17
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	18
1.5. Limitaciones del estudio.....	18
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Bases teóricas.....	21
2.2.1. Prácticas bucales.....	21
2.2.2. Oclusión.....	26
2.2.3. Maloclusión.....	27
2.3. Definición de términos básicos.....	31
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>33</b>
3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas.....	33

3.1.1. Hipótesis principal.....	33
3.1.2. Hipótesis secundarias.....	33
3.2. Variables.....	33
3.2.1. Variable dependiente.....	33
3.2.2. Variable independiente.....	33
3.2.3. Operacionalización de variables.....	34
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....</b>	<b>35</b>
4.1. Diseño metodológico.....	35
4.1.1. Tipo de investigación.....	35
4.1.2. Nivel de investigación.....	35
4.2. Diseño muestral.....	35
4.2.1. Población.....	36
4.2.2. Muestra.....	36
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
4.3.1. Instrumento.....	36
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	37
4.5. Aspectos éticos.....	37
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>38</b>
5.1. Análisis descriptivo.....	38
5.2. Análisis contextual o sistémico.....	43
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	50
ANEXOS	
Anexo N° 1. Matriz de consistencia.....	56
Anexo N° 2. Consentimiento Informado.....	57
Anexo N° 3. Ficha Clínica de recolección de datos.....	58
Anexo N° 4. Fotografías.....	60
Anexo N° 5 y 6. Solicitud para constancia de desarrollo.....	62
Anexo N° 7 y 8. Constancias.....	64

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA N° 01:</b> Prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias.	38
<b>TABLA N° 02:</b> Práctica Bucal no fisiológica más frecuente	40
<b>TABLA N° 03:</b> Tipos de maloclusión más frecuente entre 6 y 12 años	41
<b>TABLA N° 04:</b> Edad donde es más frecuente la maloclusión en niños	42
<b>TABLA N° 05:</b> Método Análisis de Varianza con un factor Anova para la hipótesis General	44
<b>TABLA N° 06:</b> Método Chi Cuadrada para la hipótesis Secundaria 1	45
<b>TABLA N° 07:</b> Método Prueba T para una muestra para la hipótesis Secundaria 2	46
<b>TABLA N° 08:</b> Método Análisis de Varianza con un factor Anova para la hipótesis Secundaria 3	47

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO N° 01:</b> Prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias.	39
<b>GRÁFICO N° 02:</b> Práctica Bucal no fisiológica más frecuente	40
<b>GRÁFICO N° 03:</b> Tipos de maloclusión más frecuente entre 6 y 12 años	41
<b>GRÁFICO N° 04:</b> Edad donde es más frecuente la maloclusión en niños	42

## INTRODUCCIÓN

Una práctica bucal es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular y automáticamente, que pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Se clasifican como fisiológicas, tales como la respiración nasal, habla, masticación, deglución, y las no fisiológicas, tales como la succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo. La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que las prácticas bucales no fisiológicas modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Muchos han sido los autores que han hablado de esta problemática, en especial la controversia de saber si el principal condicionante de estos cambios mencionados anteriormente, es la respiración bucal o los factores genéticos.

El objetivo de la presente investigación tiene como propósito Determinar la prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias en pacientes tratados en la clínica pediátrica de la de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Las prácticas bucales son costumbres adquiridas por la reiteración frecuente de un mismo acto que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente. (1) Las practicas bucales se clasifican en fisiológicos (respiración nasal, habla, masticación y deglución), y no fisiológicos (succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo). Las prácticas no fisiológicas ocupan el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal. (2)

Los hábitos bucales no fisiológicos son uno de los principales factores que dan origen a maloclusiones o deformaciones dentó esqueléticas, que pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, provocando una deformación ósea de mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. (3)

La maloclusión es la alteración en la relación de la oclusión y produce anomalías de forma y función de los tejidos blandos, de los maxilares, de los dientes y de la articulación témporo-mandibular. (4)

Laboren M. define a la oclusión como las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto (5) Mientras Isper y col. refieren que la oclusión dental adecuada permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica permitiendo una eficiente

masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras y le dé a la cara un aspecto uniforme. (6)

Según Anit. J. P. los parámetros iniciales de la oclusión se inicia en el momento en que los dientes erupcionan, ya que en el momento del nacimiento ninguno de los maxilares contacta en algún punto de su superficie, el término de "oclusión temporal", se modifica con el cambio de los dientes deciduos por los permanentes, hasta la erupción de la muela del juicio, que dará lugar al tipo de oclusión final. (7)

Arnett, los clasifica a los pacientes con problemas de la alteración de la oclusión en tres grupos: G1: pacientes con problemas de maloclusión pero con una relación intermaxilar adecuada, G2: pacientes con maloclusiones, discrepancias esqueléticas leves a moderadas y los G3: Cuya maloclusión se debe a una discrepancia esquelética severa con desequilibrio facial. (8)

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales; en el Perú, la prevalencia es del 70%, existiendo algunos estudios en regiones de la costa, sierra y selva, con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente. (9)

Se establece que la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico y es fundamental clasificarla en tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal, afectando dientes, aparato estomatológico (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), llegando a observar una alta prevalencia de maloclusiones en niños relacionado con hábitos bucales como la

succión digital y deglución atípica, maloclusión dentaria vertical y mordida abierta anterior en niños de 6 a 12 años. (10)

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. (11)

El 90 por ciento de peruanos presenta maloclusión, informó el Colegio Odontológico del Perú, y si bien este problema se considera estético, en casos severos aumenta el riesgo de pérdida de dientes y una presión excesiva de la mandíbula y el hueso temporal del cráneo que genera dolores crónicos. (12)

El propósito de esta investigación es determinar los hábitos no fisiológicos que influyen en las diversas maloclusiones, enfocándonos en niños en edad escolar que acuden a la clínica pediátrica de la Universidad Alas peruanas – Filial Chiclayo para contribuir a su detección precoz y posterior corrección.

En la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo se atiende en la clínica pediátrica un promedio de 350 niños por ciclo, este trastorno ha sido subestimado en el ejercicio odontológico debido a que no provoca mortalidad, pero en realidad su alta incidencia se considerándose un factor de riesgo de las alteraciones en el campo del lenguaje y la estética, cambios óseos y en el ATM, gingivitis, periodontitis y caries dental

En el MINSA los esquemas de salud oral están enfocados a caries dental y a la enfermedad periodontal, excluyendo a las maloclusiones dentales por tanto tampoco hay proyectos que intervengan en este problema que afecta a la niñez lambayecana, razón por la cual se ejecuta esta investigación.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema principal**

¿Cuáles son las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias en pacientes tratados en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo?

### **1.2.2. Problemas secundarios**

- ¿Cuáles son las prácticas bucales no fisiológicas más frecuentes?
- ¿Cuál es la clase de maloclusión más frecuente?
- ¿Cuál es la edad donde se manifiesta más las maloclusiones?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

- Determinar las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias en pacientes tratados en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo

### **1.3.2. Objetivos secundarios**

- Determinar las prácticas bucales fisiológicas más frecuentes
- Identificar los tipos de maloclusiones más frecuentes en la población con edades comprendidas entre los 6 a 12 años en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Chiclayo.
- Conocer en qué edad es más frecuente la maloclusión en niños.

## **1.4. Justificación de la investigación**

La siguiente justificación tiene relevancia profesional y social porque de acuerdo a diversos trabajos realizados en el Perú y el mundo se conoce la elevada prevalencia de maloclusiones dentarias que afecta hoy en día a la población

infantil y la inexistencia de servicios y programas de ortodoncia preventiva e interceptiva que beneficie a la población escolar. Esta investigación puede motivar a la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO para que realice actividades donde se dé información educativa a los padres de los jóvenes con o sin problemas de maloclusiones, como prevenir una maloclusión a una edad temprana, determinar en qué edades es más frecuente, y crear conciencia sobre la prevención odontológica para que en el futuro haya una baja incidencia de esta enfermedad.

#### **1.4.1 Importancia de la investigación**

Las prácticas bucales fisiológicas son malos hábitos recurrentes involuntarios y repetitivos en el día a día de cada persona, que traen consecuencias negativas como las maloclusiones dentales que si no son tratadas a tiempo producirán daños irreparables.

En la región Lambayeque no existen estudios con datos exactos sobre este tema, es por eso la importancia en el desarrollo de la presente investigación por que nos ayudará para saber a qué edad o que tipos de hábitos perniciosos son más frecuentes durante la niñez para así mejorar la calidad de vida y evitar problemas a futuro diagnosticando a edades tempranas para evitar alteraciones dentomaxilofaciales, estéticas, psíquicas y funcionales severas. Por lo tanto la clínica de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo es un lugar idóneo para la ejecución de la investigación por contar con docentes especializados, pacientes que en este caso son niños, la gran mayoría colaboradores y padres de familia otorgando su consentimiento y facilidades para la realización de la investigación formando un equipo de trabajo ideal para la recopilar información.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

Esta investigación es viable ya que se cuenta con los pacientes tratados en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo, contando con la infraestructura física y profesional adecuada para facilitar la realización de la misma.

#### **1.5. Limitaciones del estudio**

Fue la disponibilidad de tiempo del paciente debido a que sus padres por diversas actividades académicas o familiares, no se presentaban en las fechas indicadas.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la Investigación

En su investigación Sánchez- Pinos Paola (Ecuador - 2016) (13) sobre **“ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA”** tiene como **objetivo** determinar la etiología de las maloclusiones en niños que asisten a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca durante el año lectivo 2015-2016. Es un estudio de tipo descriptivo-caso control; obtuvo que en la dentición permanente predominó la clase I 49% y en la dentición temporal el escalón distal 38%; sobre hábitos orales la respiración bucal y deglución atípica obtuvieron 26%, onicofagia 24%, succión digital 15% y succión labial 9%. **Concluyendo** que la maloclusión en su mayoría afecta al género femenino 52%.

Según Gutiérrez Rojo, J. *et al.* (México - 2015) (14) en su trabajo de investigación **“FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN LA CLÍNICA DE LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT”** tuvo como **objetivo** determinar la frecuencia de maloclusiones de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit obteniendo que la clase I de Angle presentó 47.3%, clase II 44.1%, clase III 8.3%. En las mujeres 47.1% de clase I, 46.8% clase II y 5.9% en clase III. En hombres la clase I fue de 47.5%, clase II 40.1% y la clase III 12.4%. Por lo tanto **concluye** que la maloclusión se presentó con mayor frecuencia en la clase I y en menor porcentaje la clase III. En los hombres se encontró mayor frecuencia de

maloclusión clase III que en las mujeres y se encontró mayor frecuencia de clase II en mujeres que en hombres.

En el análisis de Giraldo-Vélez N. *et al.* (Colombia- 2015) (15) sobre **“CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN EN RESPIRADORES BUCALES DE 6 A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL NIÑO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA”** tiene como **objetivo** establecer las características de la oclusión en niños respiradores bucales que acuden a la Clínica del Niño de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, con un estudio de tipo descriptivo transversal cuyos resultados muestran la clase I sin competencia labial, los hábitos frecuentes fueron la onicofagia y el bruxismo; presentan línea media dental inferior desviada (69%), mordida abierta anterior (26%), la forma ovalada de los arcos (superior: 85%, inferior: 77%), y más de la mitad de los pacientes presentaron paladar profundo, llegando a la **conclusión** no encontrar una relación directa entre el hábito de respiración bucal y un tipo de relación oclusal específica, pero destacó la clase I dental.

En la investigación de Flores Vilca, Yesenia (Perú-2014) (16) sobre **“PÉRDIDA DE DIENTES PRIMARIOS POR CARIES Y MALOCLUSIÓN EN PACIENTES DE 7 A 10 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO”** propuso como **objetivo** relacionar la frecuencia de pérdida prematura por caries y el grado de maloclusión en pacientes de 7 a 10 años del Centro de Salud 15 de Agosto, ratificando que las exodoncias prematuras fueron causadas por caries, existiendo una relación con las maloclusiones dentarias **concluyendo** que la

mayor frecuencia de pérdida prematura de los dientes es debido a la caries , acarreado maloclusiones en la gran mayoría Clase II (34%).

Mientras tanto Mendoza Oropeza, L. *et al.* (México - 2014) (17) En su investigación “**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES ASOCIADA CON HÁBITOS BUCALES NOCIVOS EN UNA MUESTRA DE MEXICANOS**” cuyo **objetivo** es 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 en un estudio de tipo transversal, teniendo como resultado 96.6% en hábitos bucales nocivos presentándose entre los 4 y 6 a 11 años durante la dentición mixta. El hábito de interposición lingual obtuvo 66.2%; succión labial 49.3%; onicofagia 41.9% y respiración bucal 31.8%. En las maloclusiones la mordida abierta 35.1%; apiñamiento anteroinferior 26.4%; apiñamiento anterosuperior 19.6% y mordida cruzada posterior 12.8%, teniendo como **conclusión** que la población infantil es más predispuesto a desarrollar maloclusiones durante el crecimiento, por lo que se deben tomar medidas de precaución durante esta etapa.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Prácticas bucales:**

**A. Concepto:** Para Méndez de Varona *et al* (18) es una costumbre que se adquiere por la repetición constante o frecuente de un mismo acto. Las prácticas bucales se clasifican según Murrieta (19) como fisiológicos: respiración nasal, masticación, fono articulación y la deglución, o, para funcionales como la succión digital o labial, la respiración bucal y el hábito de

colocar la lengua sobre los dientes, entre otros. Los niños, practican estos hábitos anómalos como una forma de llamar la atención ya sea por encontrarse expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, la falta de madurez emocional, los cambios constantes en el ambiente familiar. Para la odontología todas las prácticas bucales para funcionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

## **B. Tipos de prácticas o hábitos bucales:**

**a. *Prácticas Fisiológicas:*** Según Bustamante (20) son las que nacen con el individuo como la respiración nasal, masticación, el habla y deglución.

**b. *Prácticas no fisiológicas:*** Lugo (21) la define como la potencia que se ejercen contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre ellas tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal. Son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, que pueden generar: mordida abierta anterior y de laterales, protrusiones dentarias, protrusiones dento alveolares, linguoversiones dentarias, etc.

### **i. SUCCIÓN DIGITAL :**

- **Definición:** Florez *et al* (22) la definen como un hábito frecuentemente deformante, que generalmente se inicia en el útero y continúa hasta los tres o cuatro años de edad considerándose normal por muchos autores. Cuando persiste más allá de estas edades, se considera como un signo de ansiedad o

inestabilidad, o un deseo de llamar la atención, que tiene repercusiones en el entorno social; causando alteraciones en la posición de los dientes y en la relación de las arcadas dentarias, produciendo problemas de masticación, habla y estética. Afectando su entorno social, ocasionando que el menor sea objeto de burlas, críticas, rechazo y castigo.

- **Tipos:** Para Gonzales *et al* son:

- ✓ **Succión del pulgar:** Los músculos activos crean un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.
- ✓ **Succión del dedo índice:** Puede originar mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- ✓ **Succión del dedo índice y medio:** Puede ocasionar una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- ✓ **Succión del dedo medio y anular:** Puede provocar una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores. (23)
- **Efectos bucales de la succión digital:** Para Cuba G (24) son: Elevación y estrechez del paladar duro, vestibuloversión de incisivos centrales, mordida abierta anterior, distalización de la mandíbula, estrechamiento de la arcada superior e inferior, mordida cruzada posterior, acortamiento del labio superior.
- **Tratamiento de la succión digital** para Viquez(25) es la Terapia psicológica, tratamiento mecánico (rejilla lingual o trampa lingual), terapia miofuncional.

## ii. DEGLUCIÓN ATÍPICA:

- **Definición:** Según Jiménez (26) lo conoce como interposición lingual y se produce si permanece el patrón de deglución infantil después de la erupción de los dientes anteriores observando movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngea de la deglución.
- **Etiología:** Para Blanco y Quirós (27) se debe a la alimentación artificial por medio del biberón, amígdalas hipertróficas, alimentos triturados blandos produciendo escasa actividad del músculo perioral, macroglosia, respiración bucal, succión digital, succión labial, lingual y de mejillas, queilofagia, onicofagia.
- **Características** según Alejandro Ortega (28) son: Respirador bucal, lengua descansando entre los dientes, labio superior hipotónico e inferior hipertónico, maxilar superior o inferior avanzado o retrasado, hiperactividad de los músculos de la masticación, presencia de maloclusiones dentales y maxilares, incompetencia labial, problemas fonéticos, mordida abierta anterior.

### iii. RESPIRACIÓN BUCAL:

- **Definición:** Para Lima y Quirós(29) es una disfunción respiratoria que se caracteriza por la respiración habitual a través de la boca, bien sea por hábito o por obstrucción de las vías aéreas superiores, esto puede ocurrir de manera temporal o permanecer instalada en el paciente de forma crónica. Cuando se torna crónica, empiezan a existir cambios tanto a nivel de oclusión como a nivel facial "facies adenoideas" o "síndrome de la cara larga" por la posición siempre abierta de la mandíbula para permitir el paso del aire. Aunque la respiración bucal no se encuentre asociado a ningún tipo de maloclusión, este hábito si puede llegar a producir problemas dentarios.

## - CARACTERÍSTICAS DEL RESPIRADOR BUCAL CRÓNICO

- ✓ **Características faciales:** Para Simoes (30) presentan rasgos faciales típicos de la facies adenoidea: cara estrecha y larga, boca entreabierta en estado relajado, nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas poco desarrolladas, labio superior corto e incompetente junto con un labio inferior grueso y evertido, labios resecos, mejillas flácidas y aparición de ojeras, expresión facial distraída, puntillado característico del mentón cuando intenta hacer el cierre labial.
- ✓ **Características bucales:** Para García (31) presentan mordida cruzada posterior uni o bilateral, mordida abierta anterior, compresión maxilar superior acompañada de una protrusión de la arcada superior, interposición labial (por detrás de los incisivos), incompetencia labial con presencia de labio superior hipotónico y labio inferior hipertónico, linguoversión de incisivos, linguoversión de dientes posteriores, mordida cruzada funcional unilateral por avance mesial de los cóndilos, opacidad e hipodesarrollo de los senos paranasales, vestibuloversión de incisivos superiores, arcada superior en forma triangular, depresión mandibular que radiográficamente se manifiesta por una rotación posterior y aumento de la hiperdivergencia, protrusión incisiva por falta de presión labial. inflamación gingival, apiñamiento.
- ✓ **Cambios a nivel esquelético:** Según Maldonado (32) presentan hundimiento de esternón, lordosis lumbar, pie vago, hipomotilidad diafragmática
- ✓ **Características funcionales:** Borla mentón hipertónico, ronquidos, babeo al dormir, mal aliento, trastorno de sueño, hipoacusia.

#### iv. ONICOFAGIA:

- **Definición:** Córdova (33) refiere que “morderse” las uñas es un hábito patológico que se presenta en la infancia y puede extenderse hasta la edad juvenil o adulta, predominando negativamente en el aspecto estético, bucal (disfunción y trastorno del ATM), dental (desgaste y cambio de posición) y de manos (micro traumas y heridas alrededor de la uña). Suele considerarse como hábito del desarrollo, reacción automática frente al estrés, frustración, fatiga, ansiedad o aburrimiento. Para Meneghello la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar, puede indicar algún conflicto emocional que debe alertar al médico.

#### v. BRUXISMO:

- **Definición:** Para Díaz *et al.* (34) es el frotamiento o apretamiento de los dientes de manera involuntaria que se encuentra vinculada a múltiples factores como el estrés, asociación con problemas respiratorios como rinitis alérgica, asma e infecciones en las vías aéreas superiores.

Entre los signos y síntomas del bruxismo encontramos faceta de desgaste dental, dolor facial, músculos faciales y mandibulares tensos, cefalea, dolor de oído, gingivitis.

#### 2.2.2. Oclusión:

**A. Concepto:** Se define como la manera en que los dientes maxilares y mandibulares se articulan, involucrando músculos masticatorios, estructuras esqueléticas y la articulación temporomandibular (ATM).

**B. Características:** Para Jerez (35) las características pueden verse alteradas por distintos factores y que las maloclusiones son el resultado de la

adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, no siendo así unicausal, sino hay muchos factores que interactúan, entre ellos encontramos: las predisposiciones genéticas y factores exógenos o ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial.

### **2.2.3. Maloclusión:**

**A. Concepto:** Guardia (36) establece que es toda aquella situación en que la Oclusión no es normal y no cumple ciertos parámetros que consideramos normales. Esto puede crear una situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporomandibular).

#### **B. Tipos de maloclusión:**

- ✓ **CLASE I (Neutroclusión):** Según Sosa (37) cuando hay una relación normal entre maxilar superior e inferior, la cúspide mesiobucal del primer molar superior articula en el surco mesiobucal del primer molar inferior permanente.
- ✓ **CLASE II (Distoclusión):** Andrade (38) lo caracteriza por la relación “distal” del maxilar inferior respecto al superior, la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior articula por delante del surco mesiobucal del primer molar inferior permanente. Las maloclusiones de clase 2 se subdividen a su vez en dos:

- **CLASE II SUBDIVISION 1:** Se caracteriza por ser una distoclusión y además presenta: Gran resalte de los incisivos superiores. El maxilar

suele estar adelantado y la mandíbula retruida. Puede haber mordida abierta anterior, arcadas son estrechas de forma triangular y son frecuentes los apiñamientos dentarios. Los incisivos superiores pueden descansar sobre el labio inferior.

- **CLASE II SUBDIVISION 2:** Es una distoclusión que se caracteriza por: Gran sobremordida vertical, Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores, linguoversión de los incisivos centrales superiores, arcadas dentarias amplias, cuadradas. Suelen tener la curva de Spee muy marcada.

- ✓ **CLASE III (Mesioclusión):** Según Novo (39) hay una relación “mesial” del maxilar inferior respecto al superior, la cúspide mesiobucal del primer molar permanente articula hacia distal del surco mesiobucal del primer molar permanente inferior.

Se caracterizan por: Perfil facial cóncavo, mesioclusión, mordida cruzada anterior, mandíbula grande y maxilar pequeño, prognatismos mandibulares, maloclusiones hereditarias.

**C. Planos terminales :** Espinoza (40) los clasifica en

- ✓ **Escalón recto:** Cuando la superficie distal de los dientes superiores e inferiores se encuentran en un mismo plano vertical.
- ✓ **Escalón mesial:** La superficie distal de los molares inferiores se encuentra hacia mesial de los molares superiores.
- ✓ **Escalón distal:** Cuando la superficie distal de los molares inferiores se encuentra hacia distal de los molares superiores.

#### **D. Relación interdentaria anterior:**

- ✓ Para Pajuelo Bazán (41) *El overjet*, o sobremordida horizontal, es la distancia horizontal entre los incisivos centrales superiores e inferiores; o la relación anteroposterior de la cara vestibular de los incisivos superiores respecto a los inferiores, su medida normal es de 1 a 3 mm.
- ✓ Según Pérez Daza (42) *El overbite*, es el resalte vertical, es la distancia vertical que existe entre los bordes incisales de los incisivos centrales superior e inferior. Para medirlas se trazan dos líneas paralelas al plano oclusal. La norma es de 2,5mm; los valores positivos indican una sobremordida vertical profunda, valores negativos indican una mordida abierta anterior.

#### **E. Etiología de las maloclusiones**

Para Manccini (43) pueden ser de origen dentario, muscular y óseo.

- ✓ **Origen dentario:** Las variaciones en cuanto a tamaño, forma, número o posición de los dientes pueden producir alguna maloclusión, y tener en cuenta que la malposición de los dientes pueda inducir una mal función e indirectamente alterar el crecimiento de los huesos.
- ✓ **Origen muscular:** Anomalía cuya causa principal es un desvío de la función normal de la musculatura, y que los patrones de contracción no se adaptan ante los desequilibrios esqueléticos o a las malposiciones dentarias.
- ✓ **Origen óseo:** Son las displacias óseas, los problemas de tamaño, forma, posición, proporción o crecimientos anormales de cualquier hueso del cráneo o de la cara. Los huesos de la cara sirven como base para los arcos dentarios, la anomalía en su morfología o crecimiento pueden alterar las

relaciones y el funcionamiento oclusal. Las maloclusiones graves y más comunes se debe al desequilibrio esquelético craneofacial.

Barragán (44) establece que en el año 1966 Graber dividió la etiología de las maloclusiones en:

- ✓ **Factores extrínsecos o generales:** Herencia, defectos congénitos, factores ambientales, problemas dietéticos, postura, accidentes y traumatismo
- ✓ **Factores intrínsecos o locales:** Anomalías en número, tamaño, forma y erupción de los dientes, frenillos anormales, caries, pérdida prematura de los dientes, erupción dental tardía, anquilosis, retención prolongada de los dientes.

#### **F. Relación canina**

Aucancela (45) establece que la posición del canino deciduo es una característica primordial para el diagnóstico sagital inter-arcadas.

- ✓ **Clase I:** La punta de la cúspide del canino temporal superior está en plano vertical de la superficie distal del canino inferior temporal en oclusión céntrica.
- ✓ **Clase II:** La punta de la cúspide del canino temporal superior está más anterior que la superficie distal del canino temporal inferior en oclusión céntrica.
- ✓ **Clase III:** La punta de la cúspide del canino temporal superior está más posterior que la superficie distal del canino temporal inferior en oclusión céntrica.

### 2.3. Definición de términos básicos

- ✓ **Prácticas bucales:** Es una rutina que se obtiene por la repetición constante o frecuente de un mismo acto, clasificándose en fisiológicos y no fisiológicos.
- ✓ **Succión digital:** Es una práctica deformante que inicia en el útero hasta los 3 años de edad y que al extenderse puede ocasionar alteraciones en la posición de los dientes y arcadas dentarias, originando problemas de masticación, habla y estética.
- ✓ **Deglución atípica:** En el recién nacido durante la lactancia es normal la interposición lingual pero si esta continúa al erupcionar todos los dientes anteriores se considera una práctica no fisiológica causando alteraciones dentarias.
- ✓ **Respiración bucal:** Es la respiración a través de la boca ya sea por hábito o por obstrucción de las vías aéreas superiores, estando de manera temporal o crónica. Cuando la respiración bucal se torna crónica, empiezan a existir cambios a nivel de oclusión como a nivel facial "facies adenoideas".
- ✓ **Onicofagia:** Morderse las uñas es un trastorno que se presenta en la niñez causado ya sea por ansiedad, agresividad, estrés, entre otros. Desencadenando una serie de consecuencias ya sean dentales, estéticas y bucales.
- ✓ **Bruxismo:** Hábito inconsciente de apretar o rechinar los dientes debido a múltiples factores como el estrés, problemas respiratorios como rinitis alérgica, asma e infecciones en las vías aéreas superiores.

- ✓ **Oclusión dentaria:** Es la relación de contacto anatómica, funcional, multifactorial entre los dientes involucrando músculos masticatorios, estructuras esqueléticas y la articulación temporomandibular (ATM).
- ✓ **Maloclusión:** Es la mal alineación de los dientes, cuando no hay una posición adecuada con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos.
- ✓ **Overjet:** Distancia horizontal entre los incisivos centrales superiores e inferiores.
- ✓ **Overbite:** Distancia vertical que existe entre los bordes incisales de los incisivos centrales superior e inferior.
- ✓ **Neutroclusión:** La cúspide mesial del primer molar superior ocluye en el surco mesial del primer molar inferior.
- ✓ **Distoclusión:** La cúspide mesial del primer molar inferior ocluye a distal del superior.
- ✓ **Mesioclusión:** La cúspide mesial del primer molar inferior ocluye a mesial del primer molar superior.
- ✓ **Escalón recto:** La superficie distal de los molares superiores e inferiores están en un mismo plano vertical.
- ✓ **Escalón mesial:** La superficie distal de los molares inferiores están a mesial de las molares superiores.
- ✓ **Escalón distal:** La superficie distal de las molares inferiores están a distal de las molares superiores

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas**

#### **3.1.1. Hipótesis principal**

Las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias en los niños atendidos en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo son la respiración bucal y la succión digital.

#### **3.1.2. Hipótesis secundaria**

- La respiración bucal es la práctica bucal no fisiológica más frecuente de maloclusión en los niños atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas filial Chiclayo.
- El tipo de maloclusión más frecuente es tipo 1.
- No hay edad más frecuente para la presentación de maloclusión.

### **3.2. Variables**

#### **3.2.1. Variable dependiente**

- Maloclusión: Es la mal alineación de los dientes, cuando no hay una posición adecuada con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos.

#### **3.2.2. Variable independiente**

- Prácticas bucales: Es una rutina que se obtiene por la repetición constante o frecuente de un mismo acto, clasificándose en fisiológicos y no fisiológicos.

### 3.2.3. Definición operacional de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Categoría	Escala	Instrumento
<b>Maloclusión</b>	Es la mal alineación de los dientes, cuando no hay una posición adecuada con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos.	<b>Clase I</b>	La cúspide mesiobucal del primer molar superior articula en el surco mesiobucal del primer molar inferior permanente.	Neuroclusión	<b>N O M I N A L</b>	<b>O B S E R V A C I O N</b>
		<b>Clase II</b>	La cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior articula por delante del surco mesiobucal del primer molar inferior permanente.	Distoclusión		
		<b>Clase III</b>	La cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior articula por delante del surco mesiobucal del primer molar inferior permanente.	Mesioclusión		
<b>Prácticas bucales</b>	Es una rutina que se obtiene por la repetición constante o frecuente de un mismo acto, clasificándose en fisiológicos y no fisiológicos.	<b>Succión digital</b>	Mordida abierta anterior, distalización de la mandíbula, estrechamiento de la arcada superior e inferior, mordida cruzada posterior.	Mordida abierta, distalización mandibular	<b>N O M I N A L</b>	<b>O B S E R V A C I O N</b>
		<b>Deglución atípica</b>	Amígdalas hipertróficas, actividad escasa del músculo perioral, macroglosia, succión labial, lingual y de mejillas, queilofagia, onicofagia.	Mordida abierta anterior, respirador bucal.		
		<b>Respirador bucal</b>	"Facies adenoideas", cara alargada, ojos caídos, ojeras, nariz estrecha, labio superior corto e incompetente y labio inferior grueso y evertido,	Protrusión incisal, mordida cruzada unilateral.		
		<b>Onicofagia</b>	Desgaste y cambio de posición dental, manos (micro traumas y heridas alrededor de la uña	Trastorno del ATM, desgaste dental		
		<b>Bruxismo</b>	Faceta de desgaste dental, dolor facial, dientes hipersensibles, cefalea, Gingivitis.	Daño del esmalte, músculos mandibulares tensos		

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño metodológico

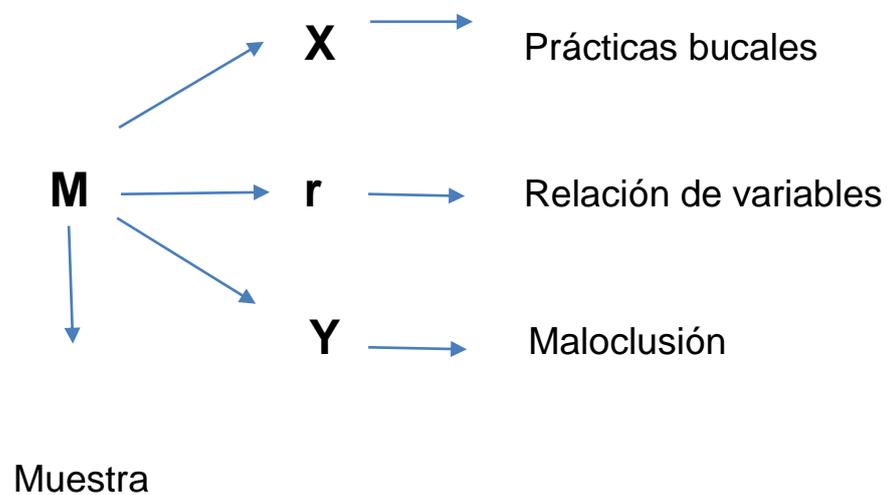
#### 4.1.1. Tipo de investigación

Descriptivo transversal simple porque se busca y recoge información de forma directa.

#### 4.1.2. Nivel de investigación

Observacional Prospectivo y correlacional.

### 4.2. Diseño muestral



#### **4.2.1. Población**

Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 100 niños que asisten a la consulta en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo.

#### **4.2.2. Muestra**

Tipo de muestra: probabilística

Técnica: aleatoria simple

#### **Criterio de exclusión e inclusión.**

Niños de 6 a 12 años que asistan a la clínica pediátrica de la UAP. Chiclayo. El único criterio de exclusión serán los niños que excedan los 12 años de edad o sean menores a 6 años.

#### **4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

*Evaluación:* El llenado de la ficha odontológica se realizara a través de la observación.

##### **4.3.1. Instrumento**

- ✓ **Ficha odontológica:** Es un documento en el cual a través de una investigación metódica se recopilan todos los datos que el operador necesite para la comprobación de la hipótesis inicialmente planteada; por lo cual tiene que ser veraz, escrito con claridad con las anotaciones pertinentes al examen, diagnóstico, plan de tratamiento.

*\*Consentimiento informado:* Se les proporcionara información de manera clara y sencilla los objetivos de estudio para elegir con libertad su participación asegurándoles completa privacidad de la información.

#### **4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

Se realizó con el programa estadístico SPSS y para el análisis estadístico se emplearon las pruebas chi cuadrado y exacta de Fisher para determinar la relación de las maloclusiones dentarias en sus tres dimensiones con el sexo y practicas bucales.

#### **4.5. ASPECTOS ÉTICOS**

El propósito principal de esta investigación en seres humanos especialmente en niños es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y tratar de mejorar con intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas debiendo ser evaluadas continuamente para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad, estando sujetas a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos proteger su salud y sus derechos individuales, generando nuevos conocimientos, y a la vez resguardar la intimidad y la confidencialidad de las personas que participan en la investigación siendo responsabilidad del profesional de la salud. Las personas que participan deben de dar su consentimiento informado que esta debe de ser voluntaria aceptando libremente, proporcionarle información acerca de los objetivos, métodos e incomodidades derivadas del experimento, también informar del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

## CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Análisis descriptivo

#### Plan de análisis

Los datos obtenidos de la muestra será resumida y presentadas en forma de tablas, luego se analizarán los datos clasificándolos y calculando usando métodos estadísticos que me permitirán contrastar las hipótesis planteadas.

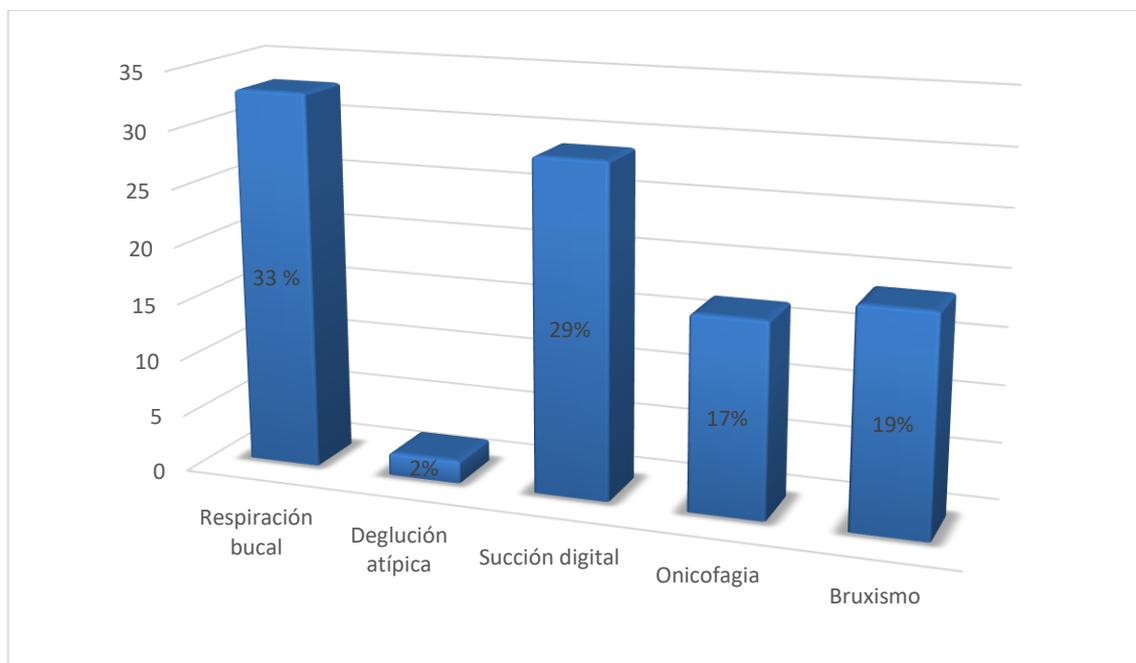
Se usará las tablas de frecuencias, principalmente las frecuencias absolutas (Fa) y frecuencias relativas o porcentuales (Fr).

***TABLA 01: Prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias.***

<b>Maloclusión</b>	<b>Fa</b>	<b>Fr</b>
<b>Respiración Bucal</b>	33	33%
<b>Deglución Atípica</b>	2	2%
<b>Succión digital</b>	29	29%
<b>Onicofagia</b>	17	17%
<b>Bruxismo</b>	19	19%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018  
Elaborado: Leslie Purihuan Salazar*

**GRÁFICO 01: Prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias.**



Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018  
Elaborado: Leslie Purihuaman Salazar

**Tabla N°01 y Gráfico N° 01:** Como se observa en la tabla de los pacientes pediátricos atendidos, la práctica bucal no fisiológica más relacionada es la respiración bucal con 33%, seguido de la succión digital con 29 %. La onicofagia y el bruxismo presentaron 17 y 19 % respectivamente y 2 % con deglución atípica.

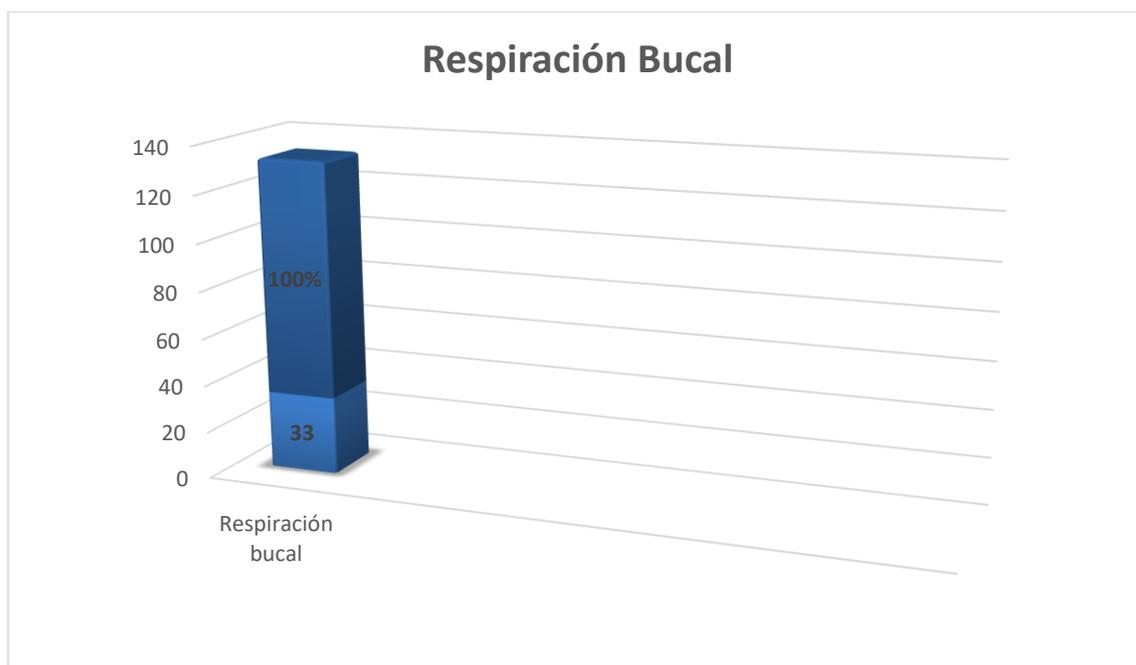
**TABLA 02: Práctica Bucal no fisiológica más frecuente**

Práctica Bucal	Fa	Fr
Respiración bucal	33	100%
Total	33	100.0%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018

Elaborado: Leslie Purihuan Salazar

**GRÁFICO 02: Prácticas bucales no fisiológicas más frecuentes**



Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018

Elaborado: Leslie Purihuan Salazar

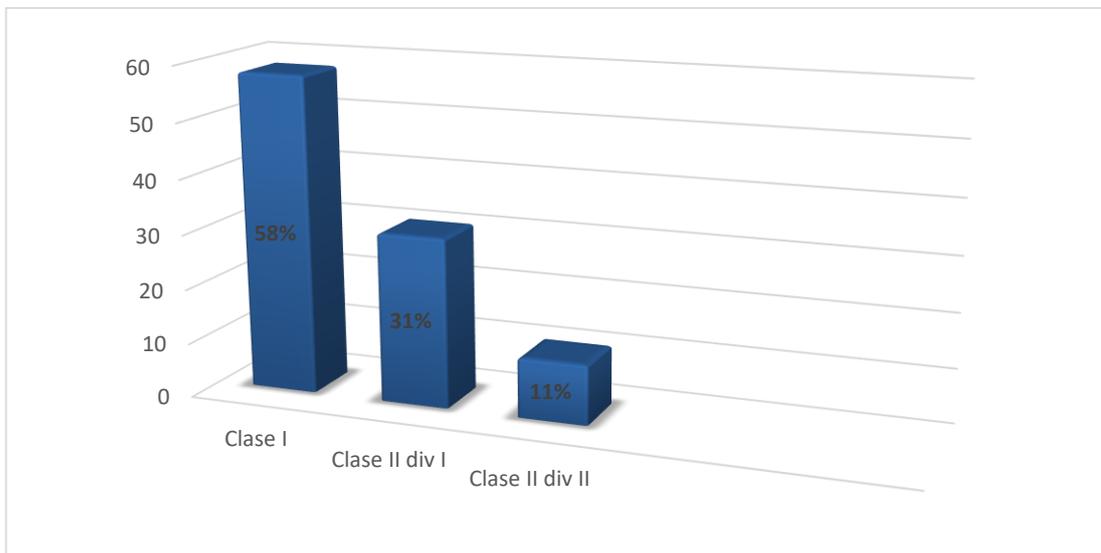
**Tabla N° 02 y Gráfico N° 02:** En el caso de la práctica bucal no fisiológica más frecuente es la respiración bucal con 33%.

**TABLA 03: Tipos de maloclusión más frecuente entre 6 y 12 años**

Edad		
Entre 6 y 12		
Maloclusión	Fa	Fr
clase I	58	58%
clase II-div 1	31	31%
clase II-div 2	11	11%
Total	100	100%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018  
Elaborado: Leslie Purihuan Salazar

**GRÁFICO 03: Tipos de maloclusión más frecuente entre 6 y 12 años**



Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018  
Elaborado: Leslie Purihuan Salazar

**Tabla N° 03 y Gráfico N° 03:** Como se observa en la tabla para los Tipos de maloclusión más frecuente con edades comprendidas entre los entre 6 y 12, el 58% presenta Clase I, el 31% Clase II div 1 y el 11% Clase II div 2.

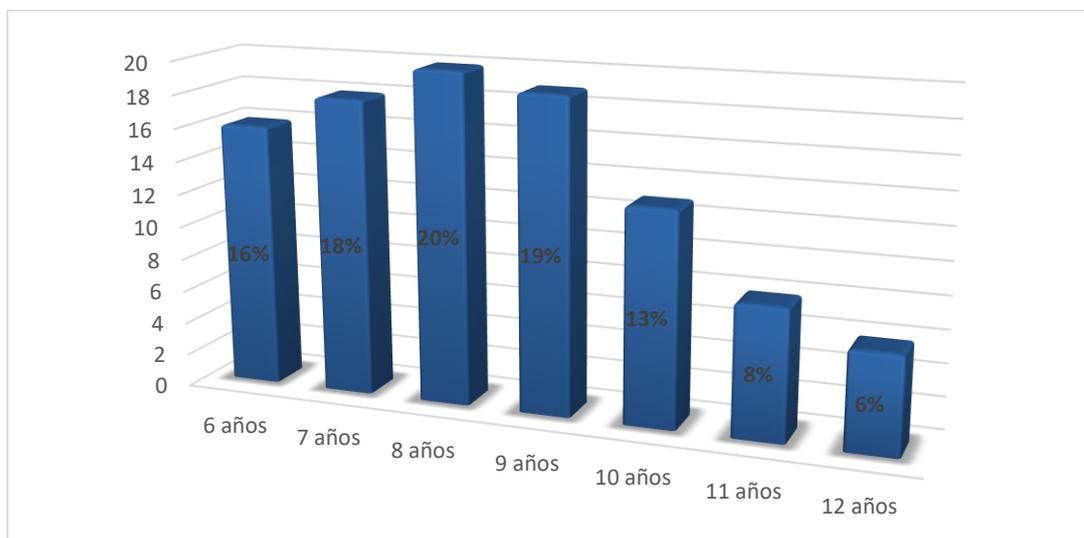
**TABLA 04: Edad donde es más frecuente la maloclusión en niños**

Edad	Maloclusión							
	clase I		clase II-div 1		clase II-div 2		Total	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
6 años	12	21%	3	10%	1	9%	16	16%
7 años	10	17%	5	16%	3	27%	18	18%
8 años	8	14%	9	29%	3	27%	20	20%
9 años	9	16%	7	23%	3	27%	19	19%
10 años	6	10%	6	19%	1	9%	13	13%
11 años	7	12%	1	3%	0	0%	8	8%
12 años	6	10%	0	0%	0	0%	6	6%
Total	58	100%	31	100%	11	100%	100	100%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018

Elaborado: Leslie Purihuan Salazar

**GRÁFICO 04: Edad donde es más frecuente la maloclusión en niños**



Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018

Elaborado: Leslie Purihuan Salazar

**Tabla N° 04 y Gráfico N° 04:** Como se observa en la tabla la edad donde es más frecuente la maloclusión se da entre los 8 y 9 años con el 20% y 19% respectivamente.

## **5.2. Análisis contextual o sistémico**

### **Contrastación de hipótesis:**

Hipótesis General:

Los datos analizados nos indican que la prueba es paramétrica, además usaremos para la significancia estadística ( $p < 0.05$ ) el método Análisis de Varianza con un factor Anova para comparar la variabilidad media que existe entre más de dos grupos.

H1: Las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones en los niños atendidos en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo son la respiración bucal y succión digital.

H0: Las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones en los niños atendidos en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo No son la respiración bucal y succión digital.

**TABLA 05: Método Análisis de Varianza con un factor Anova para la hipótesis General**

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Respiración bucal	Entre grupos	15,630	2	7,815	2,767	,028
	Dentro de grupos	274,010	97	2,825		
	Total	289,640	99			
Succión digital	Entre grupos	5,934	2	2,967	6,422	,002
	Dentro de grupos	44,816	97	,462		
	Total	50,750	99			

Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018

Elaborado: Leslie Purihuaman Salazar

**Tabla N° 05:** Se puede apreciar en la Tabla, a través del método Análisis de Varianza con un factor Anova para la hipótesis alternativa planteada y aplicando la evaluación determinamos que Si se halla diferencias significativas en las variables mencionada donde  $p\_valor=0.028$  para respiración bucal y  $p\_valor=0.002$  para succión digital ( $p<0.05$ ) por lo tanto la  $H_0$  se rechaza.

**Hipótesis Secundarias:**

H1: La respiración bucal es la práctica bucal no fisiológica más frecuente de maloclusión.

H0: La respiración bucal No es la práctica bucal no fisiológica más frecuente de maloclusión.

**TABLA 06: Método Chi Cuadrada para la hipótesis Secundaria 1**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,619 <sup>a</sup>	4	,013
Razón de verosimilitud	15,281	4	,004
Asociación lineal por lineal	,170	1	,680
N de casos válidos	100		

Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018  
Elaborado: Leslie Purihuan Salazar

**Tabla N° 06:** Se puede apreciar en la Tabla, a través del método Chi Cuadrado para la hipótesis alternativa planteada y aplicando la evaluación determinamos que Si se halla diferencia significativa en las variables mencionadas  $p\_valor=0.013$  ( $p<0.05$ ) por lo tanto la  $H_0$  se rechaza.

$H_1$ : El tipo de maloclusión más frecuente es tipo 1.

$H_0$ : El tipo de maloclusión más frecuente No es tipo 1.

**TABLA 07: Método Prueba T para una muestra para la hipótesis Secundaria 2**

**Prueba de muestra única**

	Valor de prueba = Clase I					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Maloclusión	8,046	99	,000	1,480	1,12	1,84

Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018

Elaborado: Leslie Purihuaman Salazar

**Tabla N° 07:** Se puede apreciar en la Tabla, a través del método Prueba T para una muestra comparando medias para la hipótesis alternativa planteada y aplicando la evaluación determinamos que Si se halla diferencia significativa en las variables mencionadas  $p\_valor=0.000$  ( $p<0.05$ ) por lo tanto la  $H_0$  se rechaza.

$H_1$ : No hay edad más frecuente para la presentación de maloclusiones.

$H_0$ : Si hay edad más frecuente para la presentación de maloclusiones.

**TABLA 08: Método Análisis de Varianza con un factor Anova para la hipótesis Secundaria 3**

**ANOVA**  
Edad del alumno

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1,040	2	,520	,157	,855
Dentro de grupos	321,550	97	3,315		
Total	322,590	99			

*Fuente: Datos recolectados de la encuesta (Anexo N° 03) / Abril 2018*

*Elaborado: Leslie Purihuaman Salazar*

Se puede apreciar en la Tabla, a través del método Análisis de Varianza con un factor Anova para la hipótesis alternativa planteada y aplicando la evaluación determinamos que No se halla diferencias significativas en las variables mencionada donde  $p\_valor=0.855$  para edad más frecuente ( $p>0.05$ ) por lo tanto la  $H_0$  se acepta.

## CONCLUSIONES

1. Al conocer las características del respirador nasal se puede afirmar que la respiración nasal es determinante para el crecimiento correcto y armónico de la cara, el equilibrio muscular, la oclusión dental y las funciones orofaciales.
2. Las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones es la respiración bucal con 33%. En segundo lugar es la succión digital con un 29%, seguido del bruxismo con 19%.
3. De los 100 pacientes atendidos para determinar las prácticas bucales no fisiológicas más frecuentes, el 33% son respiradores bucales.
4. De 100 niños evaluados se pudo observar que la maloclusión dentaria que predomina es la clase I con un 58%; seguida por la clase II división 1 con un 31% y la clase II división 2 con un 11%.
5. La edad donde es más frecuente la maloclusión se da entre los 8 y 9 años con el 20% y 19% respectivamente.
6. Se concluye que los hábitos orales a temprana edad empiezan a presentar anomalías en la oclusión anterior, pero necesitan prevalecer por más tiempo o ser más intensos para provocar maloclusiones posteriores.

## RECOMENDACIONES

1. Crear una historia clínica más completa donde se preste mayor atención a los signos clínicos de hábito para funcional, del paciente, donde se incluya un cuestionario en el cual se pueda evaluar la duración, frecuencia e intensidad del hábito.
2. Es recomendable diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos bucales para prevenir la alta prevalencia de maloclusiones a edades más avanzadas, proporcionándole una atención integral al niño y la información completa a los padres y/o representantes sobre el tratamiento de estos.
3. Realizar investigación en una población más amplia como en comunidades o diferentes instituciones educativas, debido a que no existe suficientes estudios sobre hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias.
4. Realizar un estudio para establecer a partir de qué momento el hábito para funcional empieza a producir alteraciones en el sistema estomatognático, donde se planteen estrategias preventivas, se identifique cuándo es necesario remitir a un especialista, y la forma en que se tiene que llevar a cabo el tratamiento de los hábitos orales para funcional.

## Fuentes de información

### Bibliografía

1. Navas C. HÁBITOS ORALES. Carta de la Salud. 2012 Febrero;(189).
2. Zapata M, Lavado A, Anchelia S. HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES. Kiru. 2014 enero; 11.
3. Catarí P, Carrillo A, Zavarce S. HÁBITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS Y MALOCLUSIÓN EN NIÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE ODONTOPIEDIATRÍA. Acta Odontológica Venezolana. 2014 Junio; 52(02).
4. Suarez E, Salas W, Villalobos G, VK, Quirós O. ESTUDIO DE LAS MALOCLUSIONES ASOCIADAS A HÁBITOS DEFORMANTES EN NIÑOS ENTRE 5 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN AÑO DE LA ESCUELA LAGUNA DE SINAMAICA, MUNICIPIO PÁES, ESTADO ZULIA. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2012 Mayo.
5. Laboren M, Medina C, Viloria C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo C, et al. Laboren M., Medina C., Viloria C., Quirós OHÁBITOS BUCALES MÁS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN NIÑOS CON DENTICIÓN PRIMARIA. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2010 Julio.
6. Laboren M, Medina C, Viloria C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo C, et al. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2010 Julio.
7. Bustamante G, Surco V, Tito E, Yujra C. OCLUSION. Rev. Act. Clin. Med. 2012 Mayo; 20.
8. Arnett W, McLaughlin R. PLANIFICACIÓN FACIAL Y DENTAL PARA ORTODONCISTAS Y CIRUJANOS ORALES Chicago: Elsevier; 2005.
9. Aliaga A, Matos M, Aliaga R, Del Castillo C. MALOCLUSIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE CASERÍOS Y COMUNIDADES NATIVAS DE LA AMAZONÍA DE UCAYALI, PERÚ. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2011 Marzo; 28(1).
10. Zapata H, Lavado A, Anchelia S. HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS. Kiru. 2014 Junio; 11.
11. Minsa. [https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13). [Online]. [cited 2017 Noviembre 15. Available from: [https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13).
12. Peru COd. <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-90-peruanos-tiene-mal-alineamiento-dientes-informan-odontologos-461525.aspx>. [Online].; 2013 [cited 2017

Noviembre 15. Available from: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-90-peruanos-tiene-mal-alineamiento-dientes-informan-odontologos-461525.aspx>.

13. Sánchez Pinos P. En su investigación SÁNCHEZ ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA. Tesis. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Estomatología ; 2016.
14. Gutiérrez Rojo J, Reyes Maldonado Y, López Erenas C, Rojas García A. Según Gutiérrez Rojo, J. et al. (México - 2015) en FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN LA CLÍNICA DE LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015.
15. Giraldo-Vélez N, Olarte-Sossa M, Ossa-Ramírez J, Parra-Isaza M, Tobón-Arango F, A. AS. CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN EN RESPIRADORES BUCALES DE 6 A 12 AÑOS DE LA CLÍNICA DEL NIÑO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTI. Revista Nacional de Odontología. 2015 Junio; 11(20).
16. Flores Vilca Y. PÉRDIDA DE DIENTES PRIMARIOS POR CARIES Y MALOCLUSIÓN EN PACIENTES DE 7 A 10 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO. tesis de maestría. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Estomatología; 2014.
17. Mendoza Oropeza L, Meléndez Ocampo A, Ortiz Sanchez R, Fernández Lopez A. PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES ASOCIADA CON HÁBITOS BUCALES NOCIVOS EN UNA MUESTRA DE MEXICANOS. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2014 Diciembre; 2.
18. Méndez de Varona Y, Peña Marrero Y, Lagoa Madeley J, Batista Sánchez T, Carracedo Rabassa Z. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS. Correo Científico Médico. 2017 Setiembre; 21(3).
19. Murrieta Pruneda JF. PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES PARAFUNCIONALES EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR EN CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2011 febrero; 68(1).
20. Bustamante Colombo AS. HÁBITOS QUE AFECTAN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO MAXILOFACIAL EN NIÑOS DE 4 – 6 AÑOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA. tesis de grado. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Estomatología; 2015.
21. Lugo C, Toyo I. HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y CÓMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2011 Marzo.

22. Florez Tapias MA, Grillo Santander JS, Reyes Serrano CA. MANEJO DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL EN NIÑOS DE 2 A 15 AÑOS. tesis de grado. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás, Estomatología; 2016.
23. González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. MALOCLUSIONES ASOCIADAS A: HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL, HÁBITO DE DEGLUCIÓN INFANTIL O ATÍPICA, HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL, HÁBITO DE SUCCIÓN LABIAL Y HÁBITO DE POSTURA. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2012 Diciembre.
24. Cuba Gonzáles M. CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS DE SUCCIÓN EN PEDIATRAS Y ODONTÓLOGOS DE LIMA METROPOLITANA. trsis de maestría. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Estomatología; 2012.
25. Viquez Arias MG. HÁBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL Y DEGLUCIÓN ATÍPICA. Post grado. Costa Rica: Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, Estomatología; 2010.
26. Jiménez Jiménez J. IMPORTANCIA DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA EN LAS MALOCLUSIONES. Odontología San Marquina. 2016 Setiembre; 19(2).
27. Blanco Reyes V, O. Q. DEGLUCIÓN ATÍPICA Y SU INFLUENCIA EN LAS MALOCLUSIONES. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2013 Junio.
28. Alejandro Ortega JO. DEGLUCIÓN ATÍPICA COMO FACTOR ETIOLÓGICO DE LA MAL OCLUSIÓN CLASE II. Tesis titulación. Guayaquil : Universidad de Guayaquil, Estomatología; 2015.
29. B. L, A. H, O. Q. ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA RESPIRACIÓN BUCAL Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015 Agosto.
30. N. SA. RESPIRACIÓN BUCAL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ORTODÓNTICO INTERCEPTIVO COMO PARTE DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015 Enero.
31. García Molina GI. ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES RESPIRADORES BUCALES EN EDADES TEMPRANAS. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2011 Agosto.
32. Maldonado Portal GM. RESPIRADOR BUCAL Y MALOCLUSIONES. Tesis de bachiller. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Estomatología; 2011.
33. Cordova Alvarado AI. ANSIEDAD Y ONICOFAGIA EN ADOLESCENTES. Tesis de Grado. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Psicología; 2015.

34. Díaz Fuentes KJ, Duarte Ballén LP, Plata Rodríguez C. DESCRIPCIÓN DE HÁBITOS ORALES PARAFUNCIONALES EN NIÑOS ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DEL NIÑO DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS. Tesis de Grado. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás, Estomatología; 2016.
35. E. J, R. Z, M. S, Y. S, Y. R. PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN NIÑOS DEL JARDÍN DE INFANCIA DE LA ESCUELA BOLIVARIANA “JUAN RUIZ FAJARDO”. Acta Bioclínica. 2014 Diciembre; 4(8).
36. Guardia Zenteno JD. RELACIÓN ENTRE DISCREPANCIA POSTERIOR, PLANO OCLUSAL Y ADAPTACIÓN MANDIBULAR EN RADIOGRAFÍAS CEFALOMÉTRICAS CON MALOCLUSIONES CLASE II Y III CON ÁNGULO ALTO Y BAJO EN PACIENTES DEL CENTRO RADIOLÓGICO DIAGNOCEF. AREQUIPA. 2016. Tesis de Especialidad. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Estomatología; 2016.
37. Sosa Rodríguez JE. JE Sosa Rodríguez MALOCLUSIÓN (CLASIFICACIÓN SEGÚN ANGLE) EN ALUMNOS DE SEGUNDO Y TERCER SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. QUITO – ECUADOR. MARZO-JULIO. 2012. Tesis de Grado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Estomatología; 2012.
38. Andrade Román ME. AnPREVALENCIA DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL EN CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN NIÑOS ENTRE 6 -13 AÑOS. Tesis de Grado. Quito: Universidad de las Américas, Estomatología; 2016.
39. M.J. N, M. C, O. Q. RELACIÓN DE LAS ALTERACIONES PLANTARES Y LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2013 Octubre.
40. Espinoza Calle IS. PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES Y ALTERACIONES DENTOALVEOLARES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DOCENTE UPC EN EL AÑO 2011-2014. Tesis de Grado. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Estomatología; 2016.
41. Pajuelo Bazán P. EFECTOS DE LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL Y LABIAL SOBRE EL OVERBITE Y OVERJET EN NIÑOS DE 8 A 14 AÑOS DE EDAD EN LA CIUDAD DE LIMA, 2009. Tesis de Grado. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Estomatología; 2009.
42. PÉREZ DAZA J. ASOCIACIÓN ENTRE EL BIOTIPOFACIAL, EL OVERBITE Y OVERJET EN PACIENTES DE 16 A 35 AÑOS DE EDAD. Tesis de Grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Estomatología; 2016.
43. Manuel MGL. NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO SEGÚN EL ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ESCOLARES DE 12 A 13 AÑOS. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Estomatología; 2011.

44. Perla BC. FRECUENCIA DE HÁBITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIÓN DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON, EN UNA POBLACIÓN INFANTIL DE IZTAPALAPA 2012 – 2013. Tesis de Grado. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México, Estomatología; 2013.
45. Aucancela Simbaña LR. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCOS DENTARIOS EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS CON DENTICIÓN DECIDUA EN INSTITUCIONES DEL CENTRO DE QUITO. Tesis de Grado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Estomatología; 2013.
46. Isper A, Saliba C, Pantaleão M, Elaine P. Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres. Rev Cubana Estomatol. 2007; 44(1).

# **ANEXOS**

## FUENTES DE INFORMACION

Anexo N° 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO	INSTRUMENTO
<p><b>Problema principal</b> ¿Cuáles son las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias en pacientes tratados en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo?</p> <p><b>Problemas secundarios</b> ¿Cuáles son las prácticas bucales no fisiológicas más frecuentes? ¿Cuál es la clase de maloclusión más frecuente? ¿Cuál es la edad donde se manifiesta más las maloclusiones?</p>	<p><b>Objetivo general</b> - Determinar la prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones dentarias en pacientes tratados en la clínica pediátrica de la de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo</p> <p><b>Objetivos secundarios</b> -Determinar las prácticas bucales no fisiológicas más frecuentes. -Identificar los tipos de maloclusiones más frecuentes en la población con edades comprendidas entre los 6 a 12 años en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas – Chiclayo. -Conocer en qué edad es más frecuente la maloclusión en niños.</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Las prácticas bucales no fisiológicas más relacionadas a las maloclusiones en los niños atendidos en la clínica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo son la respiración bucal y succión digital.</p> <p><b>Hipótesis secundaria</b> -La respiración bucal es la práctica bucal no fisiológica más frecuente de maloclusión. -El tipo de maloclusión más frecuente es tipo 1. -No hay edad más frecuente para la presentación de maloclusiones.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Variable dependiente</b> Maloclusión</p>	<p><b>Tipo de investigación</b> Descriptivo transversal</p> <p><b>Nivel de investigación</b> Observacional, prospectivo y correlacional</p> <p><b>Método</b> Cualitativo</p>	<p style="text-align: center;">Ficha odontológica</p>

**Consentimiento Informado**

**Anexo N° 2**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI

N° \_\_\_\_\_ autorizo a la srta LESLIE PURIHUAMAN SALAZAR a realizar la ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi menor hijo

\_\_\_\_\_.

Me han informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Se informó que se realizará un examen clínico para Determinar las prácticas bucales no fisiológicas relacionadas a las maloclusiones dentarias en pacientes tratados en la clínica pediátrica de la de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo El tiempo de duración será aproximadamente de 5 minutos por alumno.

El procedimiento se basa en determinar las maloclusiones dentarias causadas por hábitos bucales en su menor hijo.

He comprendido las explicaciones que se me dio en el lenguaje claro y sencillo, también se me otorgó la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso, dando aclaración a toda duda presente.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi autorización para que se realice este procedimiento.

CHICLAYO,.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado



<b>Función</b>	<b>Respiración</b>	<b>Deglución</b>	<b>Fonación</b>
	Nasal	Normal	Normal
	Bucal	Atípica	Dislalia
	Mixto		

<b>Hábitos</b>	Succión de dedo	Succión de labio	Onicofagia
	Respiración oral	Deglución atípica	Rechina los dientes
	Otros		

**Tejidos duros:**

<b>Tipo de dentición</b>	Primaria	Mixta	Permanente
--------------------------	----------	-------	------------

<b>Tipos de arcos Dentarios</b>	<b>Dentición primaria</b>	<b>Dentición Permanente</b>	
		<b>Superior</b>	<b>Inferior</b>
	Con diastemas	Alineado	Alineado
	Sin diastemas	Apiñado	Apiñado
	Arco Mixto	Con diastemas	Con diastemas

**Oclusión:**

<b>Planos terminales</b>	Plano terminal recto	Escalón distal	Escalón mesial
<b>Relación molar</b>	Clase I	Clase II	Clase III
<b>Relación canina</b>	Clase I	Clase II	Clase III
<b>Relación Incisal Over jet</b>	Normal (0- 3mm)	Clase II >3mm	Clase III <0mm
<b>Relación incisal Over bite</b>	Normal (0-3mm)	Abierta <0mm	Profunda >3mm



**Fotografía N°01:** Explicar al familiar sobre la investigación y firmar el consentimiento informado.



**Fotografía N°02:** Comunicación y empatía con el paciente.



**Fotografía N°03:** Evaluación oral del paciente.



**Fotografía N°04:** Dr. Ramírez (Docente clínica pediátrica), Dr. Durand Picho (Director de escuela), Purihuaman Leslie (Investigadora) y Dr. Durand Vásquez.

**“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”**

**SOLICITO: CONSTANCIA DE DESARROLLO  
DE LA INVESTIGACION**

**Señor. Mg.CD. Antonio Durand Picho**

Director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas

Tengo el agrado de dirigirme a su honorable despacho para expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle lo siguiente:

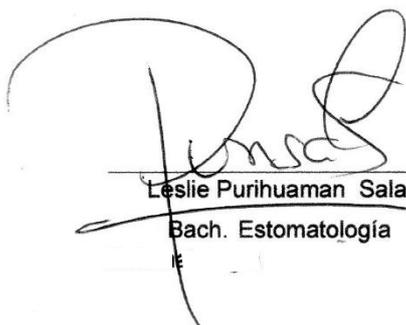
Yo, **LESLIE STEPHANIE PURIHUAMAN SALAZAR**, identificada con **DNI 42591352**, con grado de bachiller en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo, solicito la constancia de desarrollo de mi investigación titulada: **“PRACTICAS BUCALES NO FISIOLÓGICAS RELACIONADAS A LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN PACIENTES TRATADOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UAP - CHICLAYO”**.

Recurro a usted para solicitarle su aprobación de haber culminado el desarrollo de la investigación durante el mes de Abril 2018.

Es propicia la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima personal.

Pimentel, 15 de Mayo del 2018

Atentamente

  
Leslie Purihuaman Salazar  
Bach. Estomatología

  
  
CD. Antonio Durand Picho  
Director de la Escuela Profesional de Estomatología

**“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”**

**SOLICITO: CONSTANCIA DE DESARROLLO  
DE LA INVESTIGACION**

**Señor. Mg.Esp. Jesús Ramírez Arias**  
Docente de Clínica Pediátrica II

Tengo el agrado de dirigirme a su honorable despacho para expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle lo siguiente:

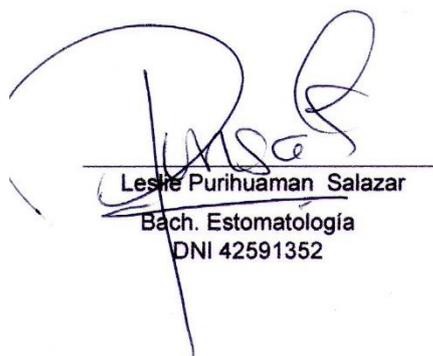
Yo, **LESLIE STEPHANIE PURIHUAMAN SALAZAR**, identificada con **DNI 42591352**, con grado de bachiller en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo, solicito la constancia de desarrollo de mi investigación titulada: **“PRACTICAS BUCALES NO FISIOLÓGICAS RELACIONADAS A LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN PACIENTES TRATADOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UAP - CHICLAYO”**.

Recurro a usted para solicitarle su aprobación de haber culminado el desarrollo de la investigación durante el mes de Abril 2018.

Es propicia la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima personal.

Pimentel, 15 de Mayo del 2018

Atentamente



Leslie Purihuaman Salazar  
Bach. Estomatología  
DNI 42591352



Mg. Esp. Jesús Ramírez Arias  
Docente de Clínica Pediátrica II  
C.O.P. 17609



“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”

## CONSTANCIA

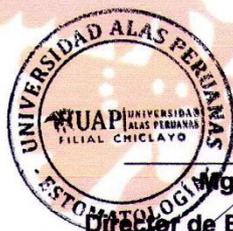
El que a continuación subscribe, Director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo,

**HACE CONSTAR QUE:**

La Srta. **PURIHUAMAN SALAZAR LESLIE STEPHANIE**, identificada con DNI 42591352, Bachiller en Estomatología, se ha presentado en la Clínica Estomatológica de esta Universidad, en los horarios de la Clínica Pediátrica II, los días martes y jueves con fechas correspondientes al 03, 05, 10, 12, 17, 19, 24 y 26 del mes de Abril del 2018, durante el trabajo clínico de los estudiantes del noveno ciclo, con el fin de recolectar información para el desarrollo de su tesis titulada: **“PRACTICAS BUCALES NO FISIOLÓGICAS RELACIONADAS A LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN PACIENTES TRATADOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UAP - CHICLAYO”**. Cabe resaltar que la investigadora cumplió con su trabajo de recolección de información, demostrando puntualidad, responsabilidad y honestidad en la aplicación de su instrumento.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado, para los fines que se estime conveniente.

Pimentel, 15 de Mayo del 2018



Mg. CD. Antonio Durand Picho  
Director de Escuela Profesional de Estomatología



“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”

## CONSTANCIA

El que a continuación subscribe, Docente encargado de la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo,

### HACE CONSTAR QUE:

La Srta. PURIHUAMAN SALAZAR LESLIE STEPHANIE, identificada con DNI 42591352, Bachiller en Estomatología, se ha presentado en la Clínica Estomatológica de esta Universidad, en los horarios de la Clínica Pediátrica II, los días martes y jueves con fechas correspondientes al 03, 05, 10, 12, 17, 19, 24 y 26 del mes de Abril del 2018, durante el trabajo clínico de los estudiantes del noveno ciclo que dirijo, con el fin de recolectar información para el desarrollo de su tesis titulada: “**PRACTICAS BUCALES NO FISIOLÓGICAS RELACIONADAS A LAS MALOCCLUSIONES DENTARIAS EN PACIENTES TRATADOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UAP - CHICLAYO**”. Cabe resaltar que la investigadora cumplió con su trabajo de recolección de información, demostrando puntualidad, responsabilidad y honestidad en la aplicación de su instrumento.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado, para los fines que se estime conveniente.

Pimentel, 15 de Mayo del 2018



Mg. Esp. Ramírez Arias Jesús  
Docente de la Clínica Pediátrica II  
DNI 44044009