



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**RELACIÓN DE LOS HÁBITOS BUCALES EN LA
CONFORMACIÓN DEL ESCALÓN MOLAR EN NIÑOS DE 3 A 5
AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN
PAUCARPATA. AREQUIPA-2016**

**Tesis presentada por la bachiller:
MARLEE JÁMELITH CASTILLO POLO
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista.**

AREQUIPA- PERÚ

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios y la virgen María, ya que sin ellos nada hubiese sucedido, por protegerme y darme fuerzas para superar cualquier obstáculo a lo largo de toda mi vida y formación profesional.

A la mejor mamá Frida por su apoyo y amor incondicional, por guiarme y empujarme a ser mejor cada día.

A mis hermanas, Jaserin por su apoyo y paciencia, a mi hermana y primer paciente Mayumi por su apoyo, confianza y coraje que sabiendo que estaba practicando se dejó tratar.

A mi abuelo Agapito por sus consejos.

A mis abuelos Serafín, Cirila y Justina que desde el cielo me cuidan.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa, en cuyas aulas logre mi formación profesional.

A la Dra. María Luz Nieto Muriel, directora de la Escuela de Estomatología, por el apoyo y tiempo brindado para la realización de la tesis.

A la Dra. Sandra Corrales Medina, asesora de la presente investigación, por su tiempo, dedicación y guiarme en cada paso para la realización de la tesis.

Al Dr. Xavier Sacca Urday, por su apoyo permanente para la culminación del presente estudio.

A los docentes de la Escuela de Estomatología, por los conocimientos brindados.

A la directora, docentes y alumnos del centro educativo inicial Ampliación Paucarpata donde se realizó el presente estudio.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
CAPÍTULO I:	
INTRODUCCIÓN.....	13
1. Título.....	14
2. Justificación e importancia.....	14
3. Problema de investigación.....	15
4. Área de conocimiento.....	15
5. Objetivo de investigación.....	15
CAPITULO II	
MARCO TEORICO.....	16
A. Marco teórico.....	17
1. Hábitos bucales.....	17
1.1 Concepto.....	17
1.2 Desarrollo de un hábito.....	18
1.3 Clasificación de los hábitos bucales.....	18
1.4 Agentes etiológicos en el desarrollo de los hábitos orales.....	20
1.5 Restricción de un hábito bucal.....	20

1.6 Factores que modifican, intensifican o minimizan la acción del hábito bucal.....	21
1.7 Tipos de hábitos bucales.....	22
1.7.1 Succión digital.....	22
1.7.2 Deglución atípica.....	26
1.7.3 Respiración bucal.....	31
1.7.4 Hábito de morder.....	35
1.7.4.1 Morder objetos.....	35
1.7.4.2 Onicofagia.....	36
1.7.5 Succión de labios.....	38
1.7.6 Bruxismo.....	40
1.8 Consecuencias de los hábitos bucales.....	42
2. OCLUSIÓN.....	42
2.1 Conformación de oclusión.....	42
2.2 Características de la oclusión decidua.....	44
2.3 Diagnóstico de oclusión.....	45
3. ESCALÓN MOLAR.....	46
4. PRONÓSTICO DE OCLUSIÓN DE ACUERDO A ESCALÓN MOLAR Y LLAVE DE ANGLE.....	47
4.1 Maloclusiones	48
B. Antecedentes	48
C. Hipótesis	52

CAPITULO III

METODOLOGIA.....	53
1. Ámbito de estudio.....	54
2. Tipo y diseño de investigación.....	54
3. Unidades de estudio	54
4. Población y muestra	55
5. Técnica y procedimiento.....	55
6. Procedimiento para la recolección de datos.....	57
7. Producción y registro de datos.....	59
8. Técnica de análisis estadísticos	59
9. Recursos.....	59
CAPÍTULO IV:	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	60
Presentación de resultados.....	61
Discusión.....	92
Conclusiones	95
Recomendaciones	96
Referencias bibliográficas	97
Anexos	106

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1	Distribución de los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata según edad.....	64
TABLA N°2	Distribución de los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata según sexo.....	66
TABLA N°3	Hábitos bucales en niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	68
TABLA N°4	Tipo de hábito bucal en niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	70
TABLA N°5	Escalón molar derecho en niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	72
TABLA N°6	Escalón molar izquierdo en niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	74
TABLA N°7	Relación entre edad y hábito bucal en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	76
TABLA N°8	Relación entre sexo y hábito bucal en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	78
TABLA N°9	Relación entre edad y escalón molar derecho en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	80
TABLA N°10	Relación entre sexo y escalón molar derecho en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	82
TABLA N°11	Relación entre edad y escalón molar izquierdo en los del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	84
TABLA N°12	Relación entre sexo y escalón molar izquierdo en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	86
TABLA N°13	Relación entre el hábito bucal y el escalón molar derecho en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	88
TABLA N°14	Relación entre el hábito bucal y el escalón molar izquierdo en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1

Distribución de los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata según edad.....65

GRÁFICO N°2

Distribución de los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata según sexo.....67

GRÁFICO N°3

Hábitos bucales en niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....69

GRÁFICO N°4

Tipo de hábito bucal en niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....71

GRÁFICO N°5

Escalón molar derecho en niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....73

GRÁFICO N°6

Escalón molar izquierdo en niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....75

GRÁFICO N°7

Relación entre edad y hábito bucal en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....77

GRÁFICO N°8

Relación entre sexo y hábito bucal en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....79

GRÁFICO N°9

Relación entre edad y escalón molar derecho en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....81

GRÁFICO N°10

Relación entre sexo y escalón molar derecho en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....83

GRÁFICO N°11

Relación entre edad y escalón molar izquierdo en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....85

GRÁFICO N°12

Relación entre sexo y escalón molar izquierdo en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....87

GRÁFICO N°13

Relación entre el hábito bucal y el escalón molar derecho en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....89

GRÁFICO N°14

Relación entre el hábito bucal y el escalón molar izquierdo en los niños del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.....91

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía N°01.....	117
Fotografía N°02.....	117
Fotografía N°03.....	118
Fotografía N°04.....	118
Fotografía N°05.....	119
Fotografía N°06.....	119
Fotografía N°07.....	120
Fotografía N°08.....	120
Fotografía N°09.....	121
Fotografía N°10.....	121
Fotografía N°11.....	122
Fotografía N°12.....	122
Fotografía N° 13.....	123
Fotografía N°14.....	123
Fotografía N°15.....	124
Fotografía N°16.....	124

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre los hábitos bucales y la conformación del escalón molar en niños entre los 3 a 5 años de edad del Centro Educativo Inicial Ampliación Paucarpata de Arequipa.

Para tal fin se trabajó con una población de 78 estudiantes de la mencionada institución educativa, que reunió los criterios de inclusión y exclusión planteados, sobre los cuales se llevó a cabo la medición de las variables de interés.

Las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron la Observación Clínica y la Entrevista. Los instrumentos, elaborados para el registro de datos, fueron una Ficha de Observación Clínica y un Cuestionario, en ellos se transcribió la información pertinente para el logro de objetivos.

El tipo de investigación a la cual se ajusta la tesis es no experimental, así mismo, el diseño de acuerdo al lugar de recolección fue de campo, además es prospectivo, transversal y finalmente el propósito fue relacional.

Los resultados nos muestran que la prevalencia de hábitos bucales en los niños fue de 56.4%, siendo el más frecuente la respiración bucal (22.7%) y el morder objetos (22.7%), respecto a la conformación del escalón molar, tanto en el lado derecho (67.9%) como izquierdo (70.5%) fue el mesial. Relacionando los hábitos bucales con el escalón molar, hemos encontrado relación estadísticamente significativa con el del lado derecho con respecto al plano recto con un 38.8%, dado que los que no presentan hábitos bucales tienen mayor tendencia a presentar plano recto; en tanto en el lado izquierdo no se observó ninguna relación entre estas dos variables.

Palabras clave:

Hábitos bucales. Escalón Molar. Niños

ABSTRACT

The present research had as main objective to determine the relationship between oral habits and the formation of the molar step in children between the 3 to 5 years of age of the Initial Educational Center of the Paucarpata Extension of Arequipa.

To this end, a population of 78 students from the above-mentioned educational institution was employed, which met the criteria of inclusion and exclusion raised, on which the measurement of the variables of interest was carried out. The techniques used for the collection of information were Clinical Observation and Interview. The instruments, developed for the recording of data, were a Clinical Observation Form and a Questionnaire, transcribing the pertinent information for the achievement of objectives.

The type of research to which the thesis is adjusted is non-experimental. Likewise, the design according to the place of collection was field, it is also prospective, transversal and finally the purpose was relational.

The results show that the prevalence of oral habits in children was 56.4%, being the most frequent oral breathing (22.7%) and biting objects (22.7%), regarding the conformation of the molar step, both on the side Right (67.9%) as left (70.5%) was the mesial. Relating oral habits to the molar stage, we found a statistically significant relationship with the right side with respect to the right plane with 38.8%, since those who do not present oral habits have a greater tendency to present a straight plane; While on the left side no relationship was observed between these two variables.

Keywords:

Mouth habits. Molar stage. Children

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. TÍTULO

Relación de los hábitos bucales en la conformación del escalón molar en niños de 3 a 5 años del centro educativo inicial Ampliación Paucarpata. Arequipa-2016.

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE ESTUDIO

La conformación del complejo maxilofacial depende del desarrollo de tres sistemas, como son: el esquelético, muscular y dentario, cuando no existe alguna interferencia o alteración en el desarrollo de estos, se obtendrá un óptimo desarrollo facial y por consiguiente una oclusión dentaria con parámetros adecuados. Los hábitos bucales se consideran como actos adquiridos y realizados regular y automáticamente, pueden ser fisiológicos y no fisiológicos, estos últimos se consideran como uno de los principales factores que podrían alterar el proceso de crecimiento y desarrollo maxilofacial, alterando principalmente la oclusión dentaria, dando lugar a la presencia de maloclusiones, que podrían traer como consecuencia el compromiso en diferente grado de los procesos fisiológicos tan importantes en el ser humano como son la respiración, masticación, deglución, articulación, fonación. Además, considerando que según la organización mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de caries y enfermedad periodontal, la prevalencia en el Perú es del 70%. Al realizar la evaluación clínica de la oclusión en la dentición temporal, uno de los parámetros importantes a considerar es el escalón molar, por que ayuda al diagnóstico y de acuerdo a este, se puede establecer un pronóstico relevante y fiable respecto a la evolución de la dentición temporal a dentición permanente; un hábito no funcional instalado podría alterar el escalón molar. La presente investigación pretende determinar la relación e influencia de los hábitos bucales en el establecimiento del escalón molar, para aportar conocimientos que puedan ser considerados en el momento de una evaluación clínica de la oclusión y poder actuar preventivamente. Alertar sobre las posibles consecuencias de estos hábitos bucales en los

niños y lo importante de su detección a temprana edad es conseguir la adecuada conformación de la oclusión.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre los hábitos bucales en la conformación del escalón molar en niños de 3 a 5 años del centro educativo inicial Ampliación Paucarpata. Arequipa-2016?

4. ÁREA DE CONOCIMIENTO

- A. Área : Ciencias de la Salud.
- B. Campo : Odontología.
- C. Especialidad : Odontopediatría
- D. Línea : Oclusión.
- E. Tópico : Hábitos bucales y Escalón molar

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1. Determinar la prevalencia de hábitos bucales en los niños de 3 a 5 años.
2. Determinar el tipo de escalón molar en los niños de 3 a 5 años.
3. Determinar la relación de la edad y el sexo con los hábitos bucales en los niños de 3 a 5 años.
4. Determinar la relación de la edad y sexo con el escalón molar derecho e izquierdo en los niños de 3 a 5 años.
5. Determinar la relación entre hábitos bucales y el tipo del escalón en niños de 3 a 5 años.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. MARCO TEÓRICO

1. HÁBITOS BUCALES:

1.1 Concepto:

Según el diccionario de la real academia española, la palabra hábito significa “modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejante, u originado por tendencias instintivas”. Los hábitos bucales son precisamente actos repetitivos, realizados la mayoría de las veces, instintivamente (9).

Según Nahas, el hábito es el resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios (40). Estos hábitos bucales constituyen unas de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura oro-facial, los mismos pueden presentarse en niños, adolescentes y adultos. Por otra parte, las causas de dichos hábitos pueden ser de diversa índole: emocionales, alérgicos, dentales, etc, por lo cual se requiere de una intervención oportuna y de un manejo integral con diferentes profesionales (42).

Según Moyer, todos los hábitos bucales son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares como la masticación. Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial deben ser diferenciados de los hábitos normales deseados, que son una parte de la función oro faríngea normal y juega así un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal (39).

Ramfjord, plantea que los hábitos bucales tienen un fondo psicógeno bien definido y sirven como desahogo de la tensión emocional. Los factores precipitantes pueden ser el exceso de trabajo, la preocupación, la tensión premenstrual o tensiones de otro tipo (50).

Maury Massler (1983) refiere que, a diferente edad el hombre expresa sus sentimientos y sus tensiones a través de diversos movimientos musculares y acciones. Estos sentimientos y reacciones pueden ser conscientes y ocurrir ocasionalmente en respuesta a una situación específica, sin embargo cuando la acción es repetida se convierte en un hábito y esto refleja un sentimiento inconsciente (37).

1.2 Desarrollo de un hábito:

Un recién nacido desarrolla por instinto ciertos hábitos esenciales para su supervivencia en el estado de la inmadurez neuromuscular.

Existen 5 fuentes de patrones mentales inconscientes en la infancia que puede conducir a desarrollar un hábito:

1. Instinto
2. Desahogo insuficiente para la energía
3. Dolor malestar o inseguridad
4. Tamaño de las partes físicas anormales
5. Limitación o imposición por los padres u otros (26).

1.3 Clasificación de los hábitos:

- Hábitos fisiológicos: Son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, masticación y deglución (3).
- Hábitos no fisiológicos: son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoesqueletales, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema

estomatognático, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño por que el hueso tiene más capacidad de moldearse (31).

Subtelny, en un estudio realizado hace referencia al primer reporte de la literatura referente a los hábitos realizados por Olson en 1929, el cual hace mención a diferentes tipos de hábitos, como aquellos que comprometen los dedos (comerse las uñas, rascarse, frotar los ojos, hurgar la nariz, halar el cabello entre otros) (56).

También clasificaron a los hábitos bucales en:

- Hábitos orales compulsivos: un hábito oral es compulsivo cuando se ha adquirido una fijación en el niño al grado de su retraimiento para la práctica de este hábito siempre que su seguridad esté amenazada por los eventos que ocurren en su mundo, el acto sirve como una defensa contra la sociedad o una válvula de seguridad cuando las presiones emocionales son demasiados para sobrellevar.
- Hábitos no compulsivos: son los que se suman o se abandonan fácilmente a partir del patrón del comportamiento del niño a medida que madura (26).

En 1995, Josell propuso una nueva clasificación de los hábitos orales en 3 grupos (30):

- a) De tipo nervioso, como mordisqueo del labio de objetos, empuje lingual, deglución infantil, onicofagia, aplicar presión en los dientes usando el dedo o un objeto.

b) Hábitos profesionales: como sostener objetos con la boca como instrumentos musicales.

c) Hábitos ocasionales: uso de cigarrillo o pipa, masticación de tabaco, cepillado inadecuado, succión digital o de labio.

1.4 Agentes etiológicos en el desarrollo de los hábitos orales:

-Interferencias mecánicas: como por ejemplo en un niño con la respiración y la deglución normal, si los incisivos permanentes erupcionan ectópicamente, entonces para alcanzar un sellado o un aislamiento apropiado para deglutir, el niño debe empujar la lengua y una respiración bucal resultante debido a la pérdida de sello del labio.

-Patológicos: ciertas condiciones de las estructuras bucales peribucales pueden causar un hábito oral indeseable.

-Anatómicos: como la postura de la lengua. La deglución infantil ocurre debido a una lengua grande en una cavidad bucal pequeña

-Emocionales: los niños trastornados regresan hacia la infancia asumiendo posturas infantiles.

-Imitación. Los niños, jóvenes son extremadamente observadores y sensibles al ambiente y afectados altamente por los padres y los hermanos, el niño puede imitar los desórdenes del habla o las posiciones de la mandíbula de los padres (26).

1.5 Restricción de un hábito bucal: se puede dar a través de:

- Método o abordaje psicológico:

Un hábito se puede superar solamente por los esfuerzos conscientes del niño mismo, guiado por el odontólogo, padres y otros especialistas. Esto es posible si un niño está listo psicológicamente y desea romper el hábito. Los padres deben cooperar con no criticar al niño si el hábito continúa, ofrecer una pequeña recompensa si el hábito se extingue.

- Métodos intraorales aparatos fabricados por el odontólogo, colocadas en la boca del niño.
- Métodos extraorales pintando el dedo del niño con una sustancia desagradable, recompensar a un niño por abandonar el hábito durante un procedimiento, causar una profunda impresión y orientarlo hacia la meta (26).

1.6 Factores que pueden modificar, intensifican o minimizan la acción del hábito bucal:

Duración: Se clasifican en:

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

Pre-escolar: (3 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias. Si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos.

Escolar: (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología de hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malposiciones dento esquelatales.

Frecuencia: Pueden ser: intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos).

Intensidad:

- Poca intensidad: presenta poca actividad muscular especialmente los bucinadores específicamente en el caso de la succión digital.
- Intensa: cuando la contracción del musculo bucinador es fácilmente apreciable (49).

La presencia de un hábito bucal en el niños de tres a seis años de edad es un dato importante de examen clínico. Tal costumbre ya no se considera normal en los niños próximos al fin de esta categoría de edades (46).

1.7 Tipos de hábitos bucales:

1.7.1 Succión digital:

Uno de los hábitos orales más frecuentes en los lactantes y niños pequeños es la succión del pulgar y de otros dedos (12).

Existen esencialmente dos tipos de succión:

- Nutritivo:(que es el amamantamiento, leche en biberón), brinda nutrientes esenciales. La supervivencia del recién nacido depende de una succión oral instintiva que le permita una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar y seguridad.

- No nutritivo: solo asegura una sensación de sentirse bien, con calor humano y sentido de seguridad. Es el hábito más temprano, adquirido por el niño en respuesta a una frustración y lo realiza para satisfacer la urgencia y necesidad de contacto (59).

a) Definición :

Moyers, define a la succión digital como, la succión enérgica y reiterada del pulgar con fuerte contracciones labiales y bucales asociadas (26), mientras que la superficie ventral del pulgar toca el paladar y se apoya sobre los incisivos inferiores, actuando como una palanca y observándose algunas veces, la lengua entre el pulgar y los incisivos inferiores (40) .

Este hábito bucal es observado desde útero de la madre y es considerada como una etapa normal del desarrollo fetal y neonatal (9). Dado que es una actividad normal, la succión de los dedos puede pasar desapercibida durante la lactancia. Si cesa a los 2 a 3 años de edad no se produce malformaciones permanentes en los maxilares ni desplazamiento en los dientes (12). Si el hábito de succión de pulgar o de otro dedo persiste pasado los tres años, o incluso cuando los dientes permanentes comienzan a erupcionar, se desarrollará una maloclusión (63).

Con respecto a la etiología de la succión digital existe dos teorías: la psicoanalítica y la teoría del aprendizaje: la teoría psicoanalítica sugiere que los niños que conservan el hábito después de los tres años, tienen algún trastorno psicológico subyacente, y los teóricos del aprendizaje, sin embargo consideran que la succión no nutritiva es un hábito aprendido

y no creen que necesariamente sea un signo de problema psíquico (6).

Sin embargo Johnson y Larson concluyeron que hay signos significativos que apoyan la teoría del aprendizaje sobre la teoría psicoanalítica (29).

Dentro de las etapas de la succión digital presenta:

Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico): Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad. Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete. Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II (Succión de la pulgar clínicamente significativa): De los 3 años a los 6 ó 7 años de edad.

Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa. Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

Cualquier succión que persiste después de los tres años de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión (60).

b) Características clínicas:

En boca presentará:

- Protrusión de los incisivos superiores
- Retro inclinación de los incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior
- Incompetencia labial

- Mordida cruzada posterior
- Arco superior estrecho

Según Pinkhan y cols (1999), las características clínicas que presenta este hábito de succión digital, dependerá de la intensidad, duración y la frecuencia con la que se realice (46).

En la mano presentará:

- Formación de un callo en el dedo succionado
- Puede presentar deformación del dedo.

c) Diagnóstico:

Historia de succión del dedo: la información de si el niño ha tenido una historia de succión del dedo es obtenida por los padres, cuando hay una respuesta positiva, se debe inquirir acerca de: la frecuencia, duración y la intensidad del hábito.

Examen extraoral: el examen de las extremidades superiores pueden revelar una información considerable acerca del dedo usado para el hábito.

Examen intraoral: se diagnosticará mediante la presencia de los efectos de la succión digital (26).

d) Tratamiento:

Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de la succión digital es apropiado a partir de los 4 años de edad si el problema es crónico y se presentan síntomas incipientes de los problemas dentales antes señalados. Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en tres categorías: tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodónticos y/o tratamiento miofuncional (13).

1.7.2 Deglución atípica:

a) Definición:

La deglución es un reflejo alimenticio y protector. En la deglución normal existe una perfecta sincronización y equilibrio entre todos los elementos que participan del proceso. Es un reflejo no aprendido ya que es plenamente funcional y temprano en la vida fetal (16).

La deglución atípica llamada también deglución anómala o infantil (4), se define como la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias. La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución (19).

Según Boj (2005), la deglución atípica conlleva a la interposición lingual entre los dientes, para estabilizar a la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral, la falta de presión lingual sobre el paladar y fuerte presión del bucinador contribuye a la falta de desarrollo transversal del maxilar (7).

Dentro de los factores etiológicos de la deglución atípica están: pérdida prematura de dientes anteriores, macroglosia, falta de maduración a nivel orofacial; la presencia de hábitos como respiración bucal, succión de objetos como: dedo, labios entre otros (1). Presencia de maloclusiones dentales maxilares, incorrecta posición de las piezas dentarias no permite el sellado correcto de la boca durante el acto de deglución (45).

Para Marchesan y Junqueira, la respiración cuando es bucal, es la función que más altera el posicionamiento de la lengua. La lengua cambia de posición cuando existen bloqueos anteriores o

posteriores del pasaje de aire, adoptando una posición hacia abajo y hacia delante garantizando, de esta manera, el pasaje de aire (40).

Existen dos tipos de deglución atípica:

A. Deglución con presión atípica del labio:

Ocurre en pacientes que normalmente en reposo, los labios no están en contacto. En el momento de la deglución la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores (62).

Características clínicas:

Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior por su gran participación, se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón.

La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumentando el resalte horizontal y la sobremordida vertical. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos, y favorece la migración de los segmentos posteriores (35).

Tratamiento:

Para la corrección de la presión atípica del labio, se trata con una placa labio activa o Lip Bumper. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución,

además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón (62).

B. Deglución con presión atípica de la lengua:

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del musculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción (62).

La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:

- Tipo I: sin deformación, deglución con proyección lingual pero sin producir una alteración clínica morfológica.
- Tipo II: con presión lingual anterior.
- Tipo III: con presión lingual lateral.
- Tipo IV: con presión lingual anterior y lateral.

Características clínicas:

- Labios incompetentes.
- Labio superior hipotónico (flácido).
- Falta de contacto entre dientes anteriores y posteriores.
- Protrusión de incisivos superiores.
- Mordida abierta región anterior y superior (42).

Tratamiento:

Para la deglución atípica tipo I, sólo se realizará una terapia para la maduración de la deglución (16). La terapia miofuncional consistirá en una serie de ejercicios que tienen como objetivo eliminar los esquemas neuromusculares de

hábitos no funcionales y fijar unos nuevos, enfocados, en este caso, en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitando la posición y función de los músculos de la lengua, labios, mejillas y paladar blando, en trabajo conjunto con el fonoaudiólogo (1).

En la deglución atípica tipo II y III; terapia de ortodoncia y entrenamiento muscular. Muchos de estos casos se corrigen espontáneamente con la terapia de ortodoncia. Sin embargo, se debe considerar como parte del tratamiento el enseñarle al niño una correcta deglución.

En la deglución atípica tipo IV; el pronóstico de su corrección no es bueno, ya que existen problemas neuromusculares, un reflejo oclusal anormal y una deglución también anormal, para esto se trata primero el problema oclusal ortodónticamente, luego un entrenamiento muscular como para la deglución atípica tipo II y III (16).

Diagnóstico:

La valoración del acto de deglución incluye la observación y palpación de los movimientos del paciente, tanto con líquidos como con sólidos; y en cada una de las fases de la misma, sobre todo en la fase bucal que es donde aparecen tensiones y desequilibrios. Para diagnosticar una deglución atípica se debe observar en el paciente la presencia de:

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de sus músculos maseteros.
- Si existe babeo nocturno.
- Si existe dificultad de ingerir alimentos sólidos.
- Si existe alteración en la fonación con dificultad para pronunciar los fonemas.

- Si existe acumulación de saliva al hablar.
- Si al momento de pedirle al niño que trague saliva, frunce los labios y contrae los músculos de la mejilla haciendo una "mueca" (8).

Otras pruebas diagnósticas:

Observación libre:

Procedimiento: se le entrega al niño un vaso transparente y se le indica que beba con naturalidad. El objetivo será observar cómo posiciona la lengua, mirando a través del vaso. Los deglutores atípicos suelen alargar la lengua para contactar con el vaso. También se evaluará si la cabeza se inclina hacia delante cuando comienza a beber y si se inclina atrás después de completar la deglución. Se puede observar también, excesiva actividad en los labios cuando el individuo está bebiendo. En otras ocasiones, es posible observar el movimiento de la lengua al regresar a la boca cuando acaba la bebida (19).

Manipulación de los labios:

Una técnica presentada por Hanson y Barret (1998) permite la evaluación de la deglución en líquidos. Se le pide al niño que tome un pequeño sorbo y no lo trague hasta que se le indique. El logopeda coloca suavemente el dedo pulgar en el cartílago tiroideos del niño y le pide que trague el agua justo en el momento que la laringe asciende separa los labios rompiendo el sellado labial. Hay que indicarle al niño que facilite esta operación. Si la deglución atípica está presente se observa claramente la protrusión lingual. También puede apreciarse frecuentemente el exceso de actividad del mentón y la falta de contracción de los maseteros. Se puede emplear también un

expansor de labios para hacer esta observación. En este caso se introduce una pequeña cantidad de agua en la boca usando una jeringuilla o cualquier pulverizador, se le pide al niño que retenga unos instantes el agua y se le indica cuando debe tragar (19).

1.7.3 Respiración buconasal:

a) Definición:

Una función importante de la nariz es preparar y modificar el aire inspirado a un estado más fisiológico antes de que entre a los pulmones (26).

La respiración buconasal se da cuando el paciente por muchas y distintas motivaciones, sustituye el patrón correcto de respiración, que es nasal por un patrón de suplencia bucal o mixto. Sin embargo, la respiración bucal es tan solo el indicio de un síndrome bastante complejo (14).

La respiración buconasal ha sido reconocida por muchos autores como un factor etiológico de las maloclusiones. La fuerza de aire que entra por la boca, pueden generar una serie de cambios en el crecimiento y desarrollo craneofacial, aunque hay mucha controversia (16). Ahora el hecho de que la respiración buconasal pueda considerarse como un hábito o como una enfermedad tiene poca importancia, ya que una vez eliminado el problema que impedía respirar por la nariz, el niño continua respirando por la boca si no se le ejercita su respiración nasal. La respiración buconasal ha sido asociado a la obstrucción de las vías respiratorias altas , como por rinitis alérgica, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que produciría una función respiratoria

perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula (7).

Teorías que explican la alteración de la respiración:

Entre ella tenemos:

Teoría de Angle 1907: concluyo que de las causas más comúnmente encontradas de la respiración bucal se puede citar: la inflamación de la mucosa que recubre las cavidades nasales, originadas por rinitis alérgicas, por la presencia de adenoides y por la mala formación el septo nasal.

Teoría de Esmslie 1952: defiende que la respiración bucal es el resultado de la asociación de dos factores: un pasaje aéreo estrecho y obstrucción nasal.

Teoría genética: sugiere, todo está determinado por los genes. Los rasgos humanos así como sus estructuras y funciones, están sometidos a los patrones heredados (Mayoral) 1986.

Teoría de Bosma 1963: definió que para el hombre, la manutención del espacio faríngeo para la respiración es la función más primitiva. Una alteración de este espacio ocurre por disfunción del tono muscular, de la postura de la lengua y de la posición de la mandíbula (14).

b) Características clínicas:

Faciales:

- Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga).
- Boca entreabierta. (Incompetencia labial)
- Nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas.

- Labio superior corto, labio inferior grueso y con disminución en el tono.
- Mejillas flácidas y apariencia de ojeras

Dentales:

Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral, acompañada de una moderada mordida abierta anterior.

Paladar alto u ojival (42).

C) Diagnóstico:

Algunas pruebas que se usan para medir el flujo de aire nasal o bucal, el grado de obstrucción nasal o la posible presencia de respiración bucal son las siguientes:

Preguntar a los pacientes o padres según el caso, si estos respiran por la boca.

Observación clínica:

El tipo de respiración de algunos pacientes ha sido clasificado por medio de la observación de labios incompetentes, dimensiones faciales angostas, condensación del espejo, etc.

Determinación indirecta por la medición del tamaño de las adenoides en una radiografía cefalométrica mediante el análisis de las vías aéreas. Determinación de la forma externa de la nariz (9).

Pruebas diagnósticas:

Reflejo nasal de Gudín: el paciente debe mantener la boca bien cerrada se le comprime las alas de la nariz por 20 segundos, al dejarlo respirar debería haber dilatación de las alas de la nariz para tomar aire en condiciones normales, en pacientes

respiradores bucales la dilatación será muy poca o inexistente y por lo general tienden a auxiliarse abriendo ligeramente la boca para inspirar.

Apagar la vela: se coloca una vela prendida cerca de cada uno de los orificios de la nariz, el paciente deberá apagar la vela soplando, en condiciones normales.

El algodón: se coloca algodón cerca del orificio de la nariz a cada lado, paciente inspira y expira, se debe observar el movimiento en condiciones normales.

El espejo de Glatzel: Se coloca un pequeño espejo, el cual presenta grabados arcos de círculos que sirven para medir cuantitativamente la extensión de la mancha de vapor y condensación que se forma sobre el espejo durante la respiración, este es posicionado sobre el labio superior del paciente, el espejo se debe empañar por lo menos unilateralmente en condiciones normales (48).

d) Tratamiento:

El tratamiento es multidisciplinario:

- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica y bronquitis.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Dispositivos ortodónticos, aparato de disyunción.
- Tratamiento quirúrgico para corregir obstrucción nasal (14).

1.7.4 Hábito de morder:

1.7.4.1 Morder objetos:

a) Definición:

Hábito involuntario y repetitivo por el que de forma continua se introducen objetos a la boca, esto a la larga pueden causar fracturas en la estructura de los dientes, mal posición dentaria, etc (43).

Según Bordoni, no hay evidencia de que este hábito pueda producir algún cambio significativo en la estructura bucodental. Pero sin embargo puede ser nocivo en pacientes con tratamiento ortodóntico, ya que hay la probabilidad que se despegue los brackets con frecuencia si es que muerden objetos con fuerza (9).

b) Características clínicas:

Morder lápices u otros objetos son hábitos que provocan alteraciones dentarias como: desgaste o abrasión irregular y astillamiento prematuro de los dientes. Además, aparecen heridas en las mucosas orales que favorecen lesiones como las aftas e infecciones con herpes (55).

Según Herrero (2003), las dimensiones del objeto interpuesto, puede o no provocar ninguna alteración o producir desde inclinaciones dentarias hasta mordida abierta en la zona de la interposición (27).

c) Diagnóstico:

Historia del hábito, preguntando a los padres si sus hijos tienden a morder objetos frecuentemente. Así como realizar el examen intrabucal.

1.7.4.2 Onicofagia:

a) Definición:

La onicofagia hace referencia al hábito de morderse las uñas. Este es un hábito común y se observa tanto en niños como en adultos; se caracteriza por lesiones repetidas, es de tipo autodestructivo y agresivo (45).

También se conoce como un hábito de transferencia de la succión del pulgar, ya que este tiende a ser abandonado durante el tercer año de vida. La necesidad de morder y comer incluso las uñas se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad (58). En algunos niños que poseen el hábito de morder las uñas pueden morder otros objetos como lápices o cualquier otro, en especial cuando están adorbidos en determinada actividad o bajo presión (34).

b) Características clínicas

Intrabucalmente: pueden presentar desgaste dentario y cambios en su posición (42). También como complicaciones, debido a las fuerzas no fisiológicas que actúan sobre los dientes pueden conllevar a reabsorciones radiculares. (40)

En las uñas: el continuo mordisqueo crea microtraumas y heridas alrededor de la uña, que hacen que el dedo se inflame, duela y que no crezca la uña.

En la articulación temporomandibular: disfunciones y trastornos (42).

Por otra parte pueden aparecer infecciones fúngicas o bacterianas secundarias como micosis o paroniquia, y contaminar la cavidad bucal. Lo contrario también puede ocurrir, pues los portadores de herpes labial pueden presentar manifestaciones en los dedos (40).

c) Diagnóstico:

Se evaluará las características clínicas intrabucalmente y en las uñas de las manos.

d) Tratamiento:

Varias medidas de tratamiento pueden ayudar a dejar de morderse las uñas, algunos se centran en los cambios de comportamiento y algunos se centran en las barreras físicas para morderse las uñas (53).

Actividades al aire libre que requieren un gran esfuerzo físico pueden ser indicadas. Se recomiendan el juego y las oportunidades de usar la mente, las manos y las emociones en las artes y artesanías al aire libre, ya que funcionan como liberadores de tensiones.

Cuando el hábito se corrige temprano, especialmente en los casos leves antes del daño permanente al borde incisal de los incisivos y rotaciones severas, la maloclusión normalmente se revertirá sin tratamiento (54).

Otra opción es pedirle al paciente que muerda un mordedor de goma, cinco minutos sin parar, siempre que tenga ganas de morder las uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso, tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco o diez minutos (62).

La mejor manera de tratar a un niño que muerde las uñas es educar a ellos, estimular los buenos hábitos, desarrollar conciencia, por lo que garantizan resultados efectivos, ya que ninguna otra forma de detener el hábito es más eficiente, inteligente y satisfactoria.

Durante el tratamiento, el niño debe recibir apoyo emocional y aliento. Un enfoque multidisciplinario debe centrarse en esfuerzos para construir confianza en sí mismo del niño y la autoestima (58).

1.7.5 Succión de labios:

a) Definición :

Se define como la interposición del labio inferior detrás de los incisivos superiores, produciendo una fuerza vestibular sobre ellos y lingual sobre los incisivos inferiores (40).

Algunos autores dicen que los hábitos de succión de labio no son generalmente causa de maloclusiones, sino una consecuencia de ella (9). Es por eso que se considera, que este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o deglución atípica (33).

En casi todos los casos es el labio inferior el implicado, aunque también se ha observado hábito de mordedura del labio superior (39).

b) Características clínicas:

La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, inclinación de los dientes superiores a vestibular y una lingualización del frente incisivo mandibular, acentuando considerablemente el traspase horizontal (overjet) (40). Esta presión excesiva del labio inferior impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.

En casos más severos los labios muestran los efectos del hábito como:

Enrojecimiento debajo del borde bermejo, el surco mento labial esta acentuado, el borde del bermejo se torna hipertrófica y redundante durante el reposo, áreas de irritación y agrietamiento del labio (26).

c) Diagnóstico:

Se realizará mediante el examen clínico mediante las características clínicas de la succión de labios.

d) Tratamiento:

Ahora el tratamiento va a depender de su etiología, si está asociado a succión de dedo, esta debe ser tratada en primer lugar, si es solo el labio se puede colocar un aparato removible (21).

La bompereta labial, inhibe la presión del músculo orbicular de los labios y del músculo mentalis, este recuperador de espacio vestibulariza incisivos, aumenta longitud y ancho del arco, y alivia el apiñamiento en el arco inferior. Los resultados dependen de la posición del labio contra la bompereta, la altura del escudo labial y la duración de uso (21), (44).

1.7.6 Bruxismo:

a) Definición:

El bruxismo es una parasomnia que ocurre predominantemente en el sueño. Es un desorden de movimiento estereotipado, caracterizado por desgaste y rechinar de los dientes durante el sueño (9).

Se desconoce la causa exacta del bruxismo intenso, aunque se dan ciertas explicaciones en torno a motivos locales, sistémicos y psicológicos. La teoría local sugiere que el bruxismo es una reacción ante la interferencia oclusal, una restauración alta o algún factor dental irritante. Los factores sistémicos implicados en el bruxismo incluyen parásitos intestinales, deficiencias nutricionales. La teoría psicoanalítica sostiene que el bruxismo es la manifestación de un trastorno de la personalidad o estrés elevado (46).

Clasificación del bruxismo:

Ramfjord y Ash en 1972, clasificaron el bruxismo en: bruxismo céntrico y bruxismo excéntrico. El Bruxismo céntrico se refiere al apretamiento de los dientes en posición céntrica. Las áreas con mayor afectación de desgaste son las caras oclusales de manera limitada, sin embargo suele haber mayor perjuicio a nivel muscular. El Bruxismo excéntrico es el rechinar y movimientos laterales de los dientes durante excursiones excéntricas. El desgaste dental generalmente se presenta en áreas no funcionales (51).

Attanasio, por su parte clasifican el bruxismo en nocturno y diurno. Ellos señalan al respecto que las investigaciones del bruxismo diurno son muy limitadas y que la mayoría de los movimientos parafuncionales ocurren durante las horas de sueño. En el

bruxismo nocturno el movimiento es rítmico, fuerte, se produce el rechinar y el apretamiento prolongado de la dentadura. El bruxismo diurno puede presentarse con otros hábitos como morderse las uñas, morderse los labios y con frecuencia se da cuando se está concentrado (14).

b) Características clínicas (26):

- Dolor en la atm
- Dolor en músculos masticadores
- Movilidad dentaria
- Sonido mate a la percusión
- Hipersensibilidad por la abrasión excesiva del esmalte
- Facetas atípicas, desgaste oclusal desigual, brillante, con bordes agudos, abrasión de los bordes incisales de los incisivos superiores e inferiores.
- Otras características exposición pulpar.

c) Diagnóstico:

La historia y el examen clínico son por lo general suficientes para diagnosticar el bruxismo (26).

d) Tratamiento:

Se recomienda uso de placa neuromiorelajante, la cual es indicada por el odontólogo. Ésta variará dependiendo de la intensidad del hábito.

Tratamiento del bruxismo con fisioterapia puede requerirse para trabajar músculos relacionados con la articulación temporomandibular o incluso el dolor en cuello y columna.

En Fonoaudiología: técnicas de relajación en musculatura mandibular y trabajo específico en los procesos de masticación (42).

1.8 Consecuencias de los hábitos bucales:

Los hábitos son preocupantes por que producen (26):

- Cambios estructurales orales. Las presiones desequilibradas, dañinas influyen sobre los rebordes alveolares inmaduros altamente maleables y ocasionan cambios potenciales en la posición de los dientes y en la oclusión.
- Problemas de comportamiento.
- Acto socialmente inaceptable.

2. OCLUSIÓN:

2.1 Conformación de la oclusión:

En los primeros meses de vida, los maxilares tienen un enorme crecimiento tridimensional que permite crear espacios para el normal alineamiento de los veinte dientes temporales (13).

En el área orofacial del recién nacido hay 4 características importantes:

1. Micrognatismo maxilar: los maxilares son pequeños para albergar los dientes primarios, y en los 6 primeros meses de vida va a producirse un intenso crecimiento tridimensional para permitir la salida y ubicación correcta de los incisivos (16).

2. Retrognatismo mandibular: el niño nace con la mandíbula en retracción con respecto al maxilar; y hay una relación distal de la base mandibular con respecto a la base del maxilar superior. Esta distancia puede alcanzar de 5 a 6 mm hasta 10 a 12mm (16).
3. Apiñamiento incisal: los dientes anteriores mantienen la disposición irregular pre-natal durante algún tiempo mientras crecen los maxilares que los albergan (16).
4. Diastemas intermolares: los molares están superpuestos verticalmente con un solapamiento a manera de escamas, pero suele existir diastemas entre el primero y segundo molar primario en la fase eruptiva final (16).

Tras los primeros 6 meses de vida hacen erupción los incisivos centrales inferiores y posteriormente, el resto de los ocho dientes anteriores. A lo largo de este primer año el desarrollo maxilar y dentario va estar caracterizado por los siguientes procesos:

- Crecimiento vertical de la apófisis alveolar conforme el diente se aproxima al lugar de erupción y el crecimiento sagital produce crecimiento distal de los arcos maxilares.
- Los incisivos hacen erupción vertical adelantándose hacia labial lo que permitirá el agrandamiento del arco dentario.
- El micrognatismo mandibular se compensa en el primer año a través del crecimiento de la mandíbula con respecto al maxilar.
- Al completar la erupción de los 8 incisivos se establece un tope anterior para la función mandibular (13), (16).

En el segundo año de vida la boca se prepara para: crecimiento distal de la apófisis alveolar, erupción de los cuatro molares y caninos, se produce una maduración neuromuscular, finalmente la dentición primaria se completa en promedio a los 30 meses de vida (16).

2.2 Característica de oclusión decidua:

A los 30 meses, una vez que se ha completado la erupción de toda la dentición temporal se establece la oclusión de los 20 dientes temporales (5).

Esta oclusión se caracteriza por una escasa sobremordida incisiva y resalte. Sin embargo ambos parámetros el overbite y overjet sufren cambios con el tiempo, disminuyendo desde la dentición temporal recién erupcionada a la dentición en proximidades del primer periodo de recambio (21).

El plano oclusal, es plano tanto en sentido antero posterior (curva de spee), como transversal (curva de Wilson) (5).

Escasa inclinación vestibular de los incisivos, lo que da una forma de arcada semicircular (5).

También presentará espacios fisiológicos entre los incisivos y molares y más notorios en relación a los caninos (21).

En la relación de caninos, el vértice cuspideo del canino superior ocluye sagitalmente a nivel del punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior. Existen espacios abiertos en la zona de los caninos que fueron descritos por Lewis y Lehman como espacios de antropoides o de primates, estos espacios suelen estar en mesial del canino superior y distal de los inferiores (13).

En la relación de los molares se define por la relación de las caras distales o plano poslacteo que casi siempre están en el mismo plano vertical o puede presentar escalón molar mesial discreto (13).

2.3 Diagnóstico de oclusión:

El diagnóstico en oclusión nos permite conocer el estado funcional de las estructuras del sistema estomatognático, o en caso contrario el estado patológico en que se encuentra afectado algún elemento de éste (18).

Una vez que los dientes primarios se han puesto en contacto, sus posiciones mutuas no pueden considerarse como estáticas. Hay cambios de posición y oclusión durante el crecimiento craneofacial (9). Los siguientes signos normales de una dentición primaria y sus variaciones pueden ser:

- Presencia de espaciamiento fisiológicos, observada por primera vez por Delabarre en 1890 y estudiados exhaustivamente por Baume, quien describe para la dentición primaria dos características morfológicas: espaciadas (tipo I) y no espaciadas (tipo II) (22). Solo una tercera parte de los individuos tienen espacios abiertos entre todos los incisivos, un pequeño porcentaje no tienen espacios alguno o apiñamiento (13).
- Espacios primates: estos espacios parece ser el signo más constante aunque puede estar ausente en aproximadamente el 13 % de los casos con mayor frecuencia en el arco mandibular (8). En relación a los caninos, estos suelen sobrepasar el plano oclusal y por ello necesitan un espacio para su alojamiento en la arcada antagonista, por lo tanto los espacios primates están situados a mesial del canino superior y a distal del canino inferior (11).

- Leve sobremordida y resalte: el overbite u overjet son dos signos muy variables por factores ambientales, como hábitos linguales, succión digital labial, con considerable influencia del tipo de crecimiento esquelético (9).
- La relación antero posterior de los arcos considerando las superficies distales de los segundos molares primarios que puede presentar un plano terminal recto y un escalón mesial o distal, el cual parece deberse más a diferencias morfológicas de algunos de los molares que una verdadera posición mesial del arco mandibular y del cual depende en gran parte la relación de los primeros molares permanentes (22).
- Inclinación casi vertical de los dientes anteriores: uno de cada cinco niños tiene una relación vertical en que el borde incisal inferior contacta con el cingulo superior; otro 20% tiene una sobremordida acentuada con el incisivo inferior en contacto con la mucosa palatina; en el 40 % la sobremordida es menos intensa y más similar a la del adulto (13).
- La forma del arco primario suele ser ovoide (39).

3. ESCALÓN MOLAR:

Para clasificar una oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales o escalón molar lo cual se define como: relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares temporales superior e inferior cuando los dientes deciduos están en oclusión. Se consideran tres tipos de planos terminales:

a) Escalón molar mesial:

Cuando la superficie distal del molar inferior es más mesial que la superior.

b) Plano terminal recto :

Se da cuando la superficie distal de los dientes superiores e inferiores esta nivelada y por lo tanto situado en el mismo plano vertical.

c) Escalón molar distal:

Cuando la superficie distal de los segundos molares inferiores es más distal que los superiores (41).

4. PRONÓSTICO DE OCLUSIÓN DE ACUERDO A ESCALÓN

MOLAR Y LLAVE DE ANGLE:

La dentición primaria se completa después de la erupción de los segundos molares primarios, esto significa que la localización para la erupción de los dientes permanentes en el futuro ya se ha determinado en este periodo (41).

La relación de la superficie distal de los segundos molares primarios superiores e inferiores es por tanto uno de los factores más importantes que influyen en la futura oclusión de la dentición permanente (41).

Un niño que presente escalón molar mesial desarrollará:

Una oclusión clase I de Angle.

Puede considerarse como muy favorable ya que solo en casos muy marcados podrían resultar en una maloclusión clase III (22).

En un plano molar recto desarrollará:

Una oclusión clase I de Angle, o una oclusión cúspide cúspide.

En un escalón molar distal desarrollará:

Una oclusión clase II de Angle (6), (41).

La presencia de un escalón distal en la dentición primaria es fuerte indicador de un desequilibrio esquelético (22).

4.1 Maloclusiones: Clasificación de Angle:

Maloclusión clase I:

Esta maloclusión se caracteriza por presentar una relación antero posterior normal entre los arcos superior e inferior. Presenta una llave molar de clase I, es decir; la cúspide mesio vestibular del primer molar permanente superior cae en el surco mesio vestibular del primer molar permanente inferior (16).

Maloclusión clase II:

Dentro de este grupo, Angle incluye a las maloclusiones en las cuales el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalmente con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, por lo que también es llamada distoclusión (16).

Maloclusión clase III:

Los dientes inferiores se encuentran en una posición mesial respecto a los dientes superiores, trayendo como resultado una mordida cruzada anterior (52). La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el espacio interdental, entre el primer y segundo molar inferior (16), (57).

B.ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

INTERNACIONALES:

Alemán Sánchez, Pedro Carlos; González Valdés, Damaris; Díaz Ortega Laura y Delgado Díaz, Yaima “HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PLANO POSLÁCTEO EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS”. (2). Se escogió una muestra de 300 niños entre 3 y 5 años atendidos en los consultorios del médico y enfermera de la familia de los municipios San Antonio de los Baños, Santa Cruz del Norte y Mariel, Cuba en el año 2007. Se concluyó que había relación entre los hábitos estudiados y el plano poslácteo en

ambos lados, tanto el derecho como el izquierdo. Predominó el escalón distal patológico en el hábito de interposición lingual en deglución en el 61,7 % en el lado derecho y el 51,5 % en el lado izquierdo. Más de la mitad de los niños con este hábito perjudicial presentaron el escalón distal patológico en ambos lados. Seguido de interposición lingual en reposo con 55,17 % de los niños con este hábito, con la presencia del escalón distal en el lado derecho, y el 58,6 % en el izquierdo, es decir, aquí también se constata que más de la mitad de los niños con este hábito ya había desarrollado a esta temprana edad dicho escalón patológico.

Reyes Romagosa, Daniel Enrique. Torres Pérez, Ivette. Quesada Oliva, Leticia Maria. Milá Fernández, Maricela y Labrada Estradal, Herminia Esther “HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS”. (52). Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 86 niños de 5-11 años de edad con hábitos bucales deformantes, quienes pertenecían al área de salud del Policlínico Universitario N° 3 “René Vallejo Ortiz” de Manzanillo, Granma Cuba, en el período comprendido de enero a junio del 2013, a fin de identificar dichas costumbres nocivas y sus manifestaciones bucales en este grupo etario, para lo cual se consideraron las variables: edad, sexo, principales hábitos y características clínicas; las que fueron relacionadas y analizadas estadísticamente. Entre los resultados sobresalientes figuraron el sexo femenino, la edad de 9 años y los hábitos succión digital y lengua protráctil; asimismo, los varones presentaron con mayor frecuencia más de un hábito bucal deformante, fundamentalmente en la edad de 9 años, y la característica clínica preponderante en ambos sexos fue la versión vestibular de los incisivos superiores.

Estrella Sáenz, Alexandra “ASOCIACIÓN DE HÁBITOS ORALES CON MALOCLUSIONES DENTOMAXILARES EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR”. (24). Se seleccionó una muestra de 282 niños de 2 a 6 años que asistieron a consulta en el Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma Nueva León en México , en el periodo de junio a diciembre del 2010, se le realizó anamnesis a los padres para la historia

clínica y examen clínico a cada niño. Donde se llegó a la conclusión que las maloclusiones anteriores si se asociaron a los hábitos orales, la sobremordida horizontal aumentada se asoció con el hábito de succión, interposición lingual y respiración oral. La sobremordida vertical disminuida o mordida abierta anterior se asoció al hábito de succión e interposición lingual y la sobremordida vertical profunda con la respiración oral. Las maloclusiones posteriores no se relacionaron con algún hábito oral, 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.

José León Alfonso, Yuliet Carvajal Roque, Nerelis Pérez Hermida, Odalys Rodríguez Martín. HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y SU POSIBLE INFLUENCIA SOBRE EL PLANO POSLÁCTEO EN NIÑOS CON DENTICIÓN TEMPORAL.(33). Se realizó un estudio epidemiológico, analítico de casos y controles en niños de 3 a 5 años de edad de los círculos infantiles pertenecientes al área de salud de la Clínica Estomatológica Docente, municipio de Ciego de Ávila, Cuba a partir de septiembre del 2010 a junio de 2011, para determinar la presencia de los hábitos bucales deformantes y su influencia sobre el plano poslácteo. El grupo de estudio se conformó con 305 niños matriculados en ese curso. Se analizaron como variables: edad, sexo, tipos de hábitos, relaciones oclusales y las características del plano poslácteo. Se concluyó que cerca de la cuarta parte de los niños estudiados eran portadores de hábitos bucales deformantes, y la mayor frecuencia de ellos se observó a los 4 años de edad. El sexo no mostró asociación estadística. La succión digital fue la más frecuente. Estos hábitos se asociaron con significación estadística a las alteraciones oclusales y del plano poslácteo.

Leiva Rojas, Daniela. "PREVALENCIA DE RELACIÓN MOLAR EN NIÑOS DE 5 AÑOS DE LOS COLEGIOS MUNICIPALES CON ENSEÑANZA PREESCOLAR DE TALCA - CHILE, 2009". (32) Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en la cual se evaluó a 402

niños de 5 años de edad, donde se observó que el 52% de los niños presentaron escalón mesial bilateral, un 45% evidenció escalón recto bilateral, y 3% de los niños presento escalón distal bilateral. Concluyendo que el escalón mesial bilateral fue el más prevalente

NACIONALES:

Zapata Dávalos, Mónica; Lavado Torres, Ana; Anhelía Ramírez, Shilla . “HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS”. (64) . Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa “Los Educadores”, ubicado en el distrito de San Luis, Lima en el 2014. 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 hábito bucal prevalente fue la onicofagia (25,3 %). La maloclusión predominante fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). No hubo relación entre los hábitos bucales y el sexo, sin embargo, se encontró una relación significativa de la deglución atípica y succión digital.

Cuya García, Raysa. Paredes Vásquez, Sandy. “PREVALENCIA DE PLANO TERMINAL SEGÚN GÉNERO EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD MASUSA, SAN JUAN, IQUITOS - PERÚ, 2014”. (20). Se realizó un estudio transversal, en 357 niños de 3 a 6 años de edad, obteniendo como resultado que la lactancia materna fue el único tipo de lactancia. Así mismo el 52.4% presentaron plano terminal recto en el lado derecho, 38.7% escalón mesial y un 6.2% evidenció escalón distal. De igual forma en el lado izquierdo un 45.9% presentaron plano terminal recto,

43.7% escalón mesial y 7.3% escalón distal. Concluyendo que el plano terminal recto bilateral fue el más prevalente y que existe relación entre el tipo de plano terminal derecho e izquierdo.

LOCALES:

Huichi Salas Anyela Milagros."EFECTOS DE LA SUCCIÓN DIGITAL SOBRE LAS MALPOSICIONES DENTALES EN DENTICIÓN DECIDUA EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS EN EL DISTRITO DE PAUCARPATA, AREQUIPA 2009".(28). Se realizó un estudio de tipo relacional para determinar la relación entre dicho habito y las malposiciones dentales que pueda causar, se obtuvo una población de 1000 niños del distrito de Paucarpata de los cuales 177 niños de 3 a 6 años presentaron succión digital, obteniendo como resultados que las maloclusiones más frecuentes encontradas en los niños con succión digital fue la mordida abierta con un 62.1% y un 36.2% presentaron oclusión normal. Un 72.8% presento alteración en el overjet, respecto al overbite 72.5% presento alteración Respecto a la relación del molar se obtuvo 51.4% presencia de plano recto, el escalón distal presentaba 27.7%y el escalón mesial 20.9% concluyendo que la succión digital influye en las malposiciones dentales.

C. HIPÓTESIS:

Dado que el desarrollo de la oclusión primaria puede ser alterado por varios factores, entre ellos los hábitos bucales.

Es probable que, los hábitos bucales se relacionen directamente sobre el tipo de escalón molar.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

1. ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó dentro del marco del diseño no experimental debido a que no se manipularon las variables.

2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo la temporalidad

La presente investigación es **transversal**, porque la recolección de la información se realizó en un solo momento para comprobar la relación entre los hábitos bucales y el escalón molar.

De acuerdo al lugar donde se obtendrá los datos:

La presente investigación es de tipo **campo**, porque la recolección de datos se realizó directamente sobre las unidades de estudio.

De acuerdo al momento de la recolección de datos:

La presente investigación es de tipo **prospectivo**, porque la información se recolecta después de la planeación.

De acuerdo a la finalidad investigativa:

La presente investigación es **relacional** puesto que el interés a estudiar fue la relación de los hábitos bucales en la conformación del escalón molar en niños de 3 a 5 años.

3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Niños de 3 a 5 años de edad del centro educativo inicial Ampliación Paucarpata.

4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 97 niños de las cuales 78 niños reunieron los criterios de inclusión y exclusión.

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños entre las edades de 3 años a 5 años de ambos sexo, matriculados en el centro educativo inicial Ampliación Paucarpata.
- Niños que presentan dentición temporal completa.
- Niños con consentimiento firmado.
- Niños con ausencia de caries.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños que presentan algún tipo de malformación congénita.
- Niños que presenten piezas permanentes en erupción o erupcionados.
- Niños con molares parcial o totalmente destruidos por caries u otros problemas.
- Niños poco cooperadores.

5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

a. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

CUADRO N° 01: DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION
HÁBITOS BUCALES	Succión digital Respiración bucal Deglución	cualitativa	nominal

	atípica Onicofagia Morder objetos Succión de labios Bruxismo		
ESCALÓN MOLAR	Escalón molar mesial Plano molar recto Escalón molar distal	cualitativa	nominal

VARIABLE	INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION
SEXO	Mujer Hombre	cualitativa	nominal
EDAD	Años	cuantitativa	razón

b. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

TÉCNICA

La técnica para la recolección de los datos fue mediante la observación clínica y entrevista.

INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó para registrar la información fueron:

- Cuestionario (Anexo n°1)
- Ficha de observación clínica. (Anexo n°2)

6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó un permiso a las autoridades del centro educativo inicial Ampliación Paucarpata, con la entrega de un oficio elaborado por la Universidad Alas Peruanas para llevar a cabo el proyecto de tesis en los estudiantes de 3 a 5 años, para esto se convocó a una reunión de padres de familia donde se dio una charla educativa y se explicó el objetivo del trabajo, para lo cual se les pidió su consentimiento para permitir que sus hijos sean incluidos en el estudio, cubriendo de esta manera con los aspectos éticos y legales de la investigación.

Una vez obtenido la autorización, se procedió a realizar la investigación la cual presento dos etapas de la siguiente manera:

La primera etapa consistió en realizar una entrevista elaborada previamente a los padres de familia para obtener información relevante en la historia de cada niño.

Una vez obtenido el consentimiento y aplicado la entrevista a los padres, se procedió a dividir o agrupar al total de niños para trabajar por citas, cada sesión se examinó aproximadamente unos 10 minutos; luego del examen clínico se determinó el número de niños con hábitos bucales y sin ellos.

Para el examen clínico se proporcionó un ambiente adecuado con mobiliario e iluminación conveniente.

Durante la valoración clínica se tomó los siguientes criterios para la detección del hábito bucal:

- Succión digital que se evaluó por la presencia de las características clínicas de la succión digital, presencia de callosidad o enrojecimiento en los dedos.
- Para la deglución atípica se realizó la prueba diagnóstica de la observación libre, donde se le pidió al niño que tome agua en un vaso transparente,

para observar la posición de la lengua al momento de pasar el agua, también si este fruncía los labios y contraía los músculos de la mejilla haciendo como una mueca.

- Respiración bucal que se evaluó mediante la presencia de las características clínicas como la incompetencia labial y se realizó la técnica del reflejo nasal de Gudin, que consistió en pedir al niño que mantenga la boca bien cerrada, se le comprimió las alas de la nariz por 20 segundos, al dejarlo respirar se observó si había o no dilatación de las alas de la nariz o si abría la boca antes de tiempo.

- Onicofagia evaluando las características clínicas intrabucalmente, como desgaste dentario de ciertas áreas y se revisó las uñas de las manos del niño, presencia de uñas cortadas irregularmente, presencia de heridas, sangrado alrededor de las uñas.

- Morder objetos observando las características clínicas dentales como: desgaste dentario de ciertas áreas, inclinaciones dentarias, entre otras.

- Succión de labios a través de las características clínicas: como dientes superiores anteriores sobre el labio inferior, presencia de irritación de la piel cercana al labio inferior.

- El bruxismo una vez interrogado al padre de familia se evaluó: el desgaste dentario, tanto en el sector anterior como posterior.

Después de examinar la presencia o no de hábitos bucales, en ambos grupos se evaluó la relación molar de la siguiente manera:

Se le pidió al niño que contacte los dientes y con la ayuda de un espejo bucal se extendió el carrillo para poder observar la relación molar, tanto del lado derecho como izquierdo y con la ayuda de un abreboca se tomó las fotografías pertinentes.

Todos los datos obtenidos se registraron en una ficha clínica elaborados especialmente para la investigación.

7. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

La tabulación de los datos se realizó a través de confección de matrices. Respecto al procesamiento de la información se hizo de manera manual, la presentación de datos a partir de confección de tablas y elaboración de gráficos.

8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de datos se llevó a cabo a partir del cálculo de frecuencias absolutas (N°) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables principales.

Para demostrar si existe o no relación entre las variables hábitos bucales y escalón molar, se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado a un nivel de confianza de 95%.

La totalidad del proceso estadístico se llevó a cabo con software EPI-INFO versión 6.0

9. RECURSOS

a. HUMANOS

Investigador :Bach. Marlee Jámelith Castillo Polo

Asesores:

Asesor director :Dra. Sandra Corrales Medina

Asesor Metodológico :Dr. Xavier Sacca Urday

Asesor de Redacción :Dra. Maria Luz Nieto Muriel

b. FINANCIEROS

El presente trabajo de investigación, fue financiado en su totalidad por la investigadora.

c. MATERIALES

- Lapiceros
- Hojas Bond
- Vasos transparentes descartables
- Botella de agua
- Guantes, barbijo, gorro, campo de trabajo

INSTRUMENTOS

- Espejos bucales
- Abrebocas transparentes

EQUIPOS

- Impresora
- Computadora
- Cámara fotográfica digital(Nikon, coolpix p610)

d. INSTITUCIONALES

1. Universidad Alas Peruanas – Filial Arequipa.
2. Centro educativo inicial Ampliación Paucarpata.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA SEGÚN EDAD

Edad	N°	%
3 años	23	29.5
4 años	24	30.8
5 años	31	39.7
Total	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los niños motivo de investigación estuvieron entre los 3 y 5 años de edad. Ahora bien, el mayor porcentaje de ellos tenía 5 años (39.7%) mientras que el menor (29.5%) correspondió a los de 3 años.

Cabe resaltar que los tres grupos etarios se distribuyeron de manera muy homogénea, pues casi la tercera parte de ellos constituyó cada uno de los grupos establecidos.

GRAFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA SEGÚN EDAD

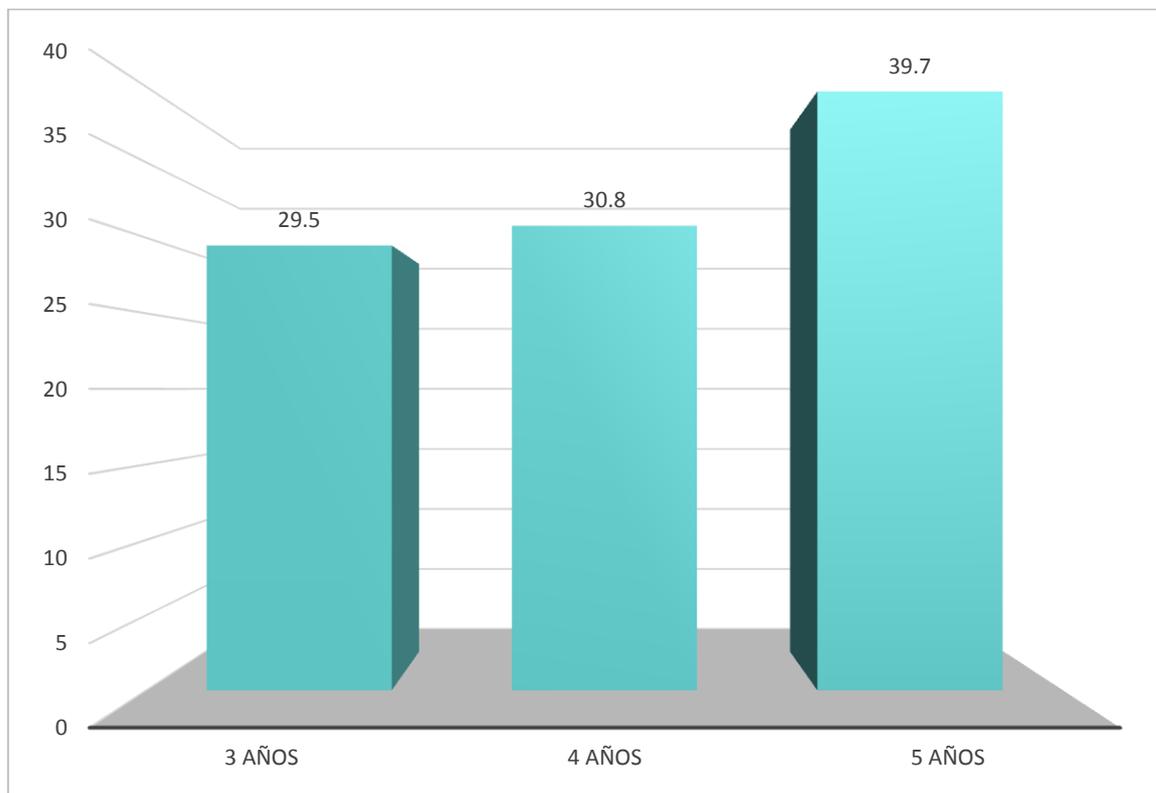


TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA SEGÚN SEXO

Sexo	N°	%
Masculino	32	41.0
Femenino	46	59.0
Total	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2 podemos observar la distribución de los niños motivo de estudio según sexo, apreciándose que la mayoría de ellos (59.0%) correspondieron al femenino, mientras que el resto (41.0%) fueron del masculino.

GRÁFICO N°2
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA SEGÚN SEXO

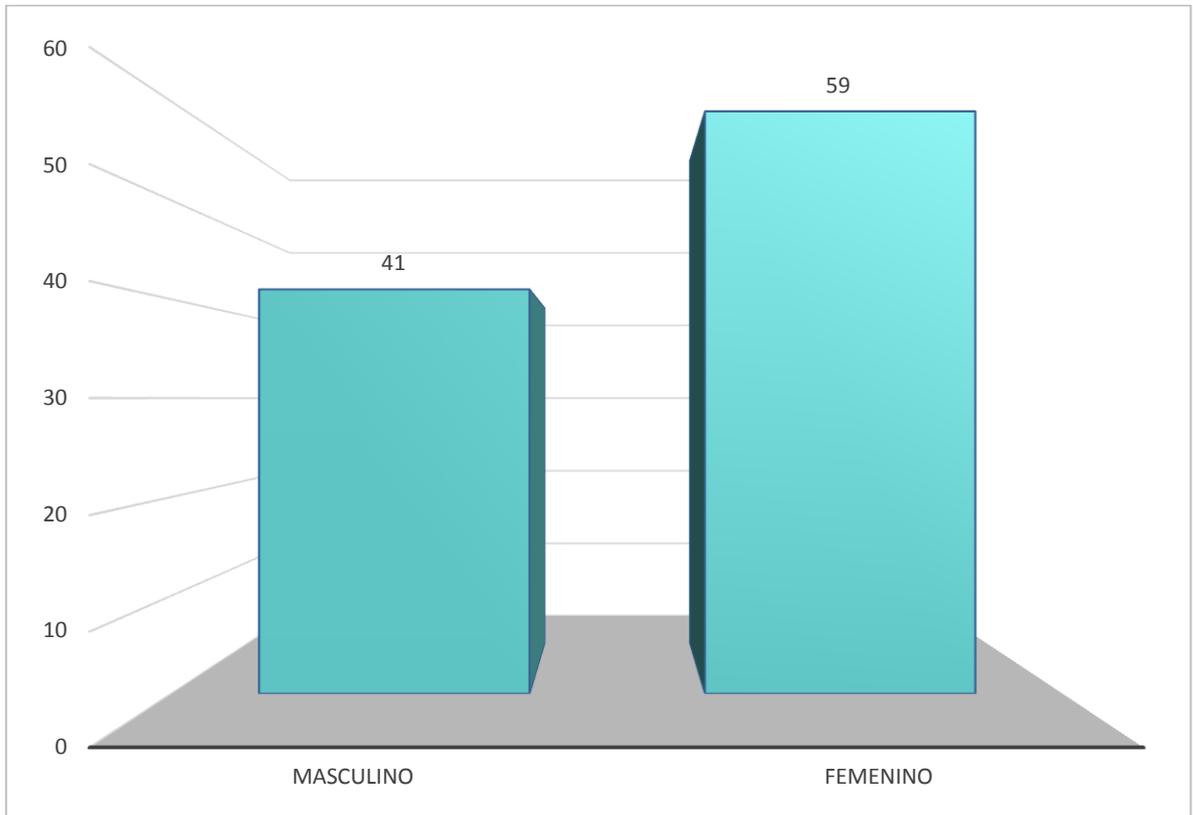


TABLA N° 3
HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Hábitos Bucales	N°	%
No presenta	34	43.6
Presenta	44	56.4
Total	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra la prevalencia de hábitos bucales que se han identificado en los niños estudiados, evidenciándose que la mayoría de ellos (56.4%) mostraron que tenían algún hábito, mientras que el resto (43.6%) estaba exenta de ellos.

GRÁFICO N°3
HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

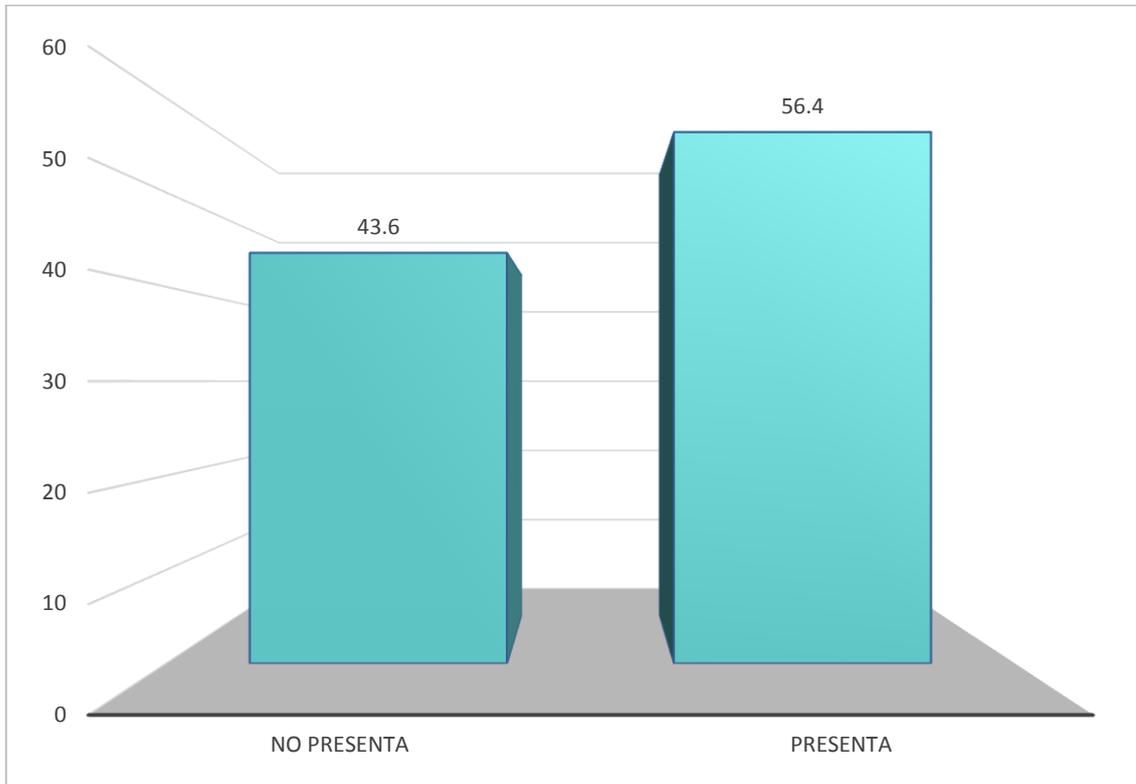


TABLA N° 4
TIPO DE HÁBITO BUCAL EN NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Tipo de Hábito Bucal	N°	%
Respiración bucal	10	22.7
Succión digital	2	4.5
Morder objetos	10	22.7
Onicofagia	5	11.4
Succión de labios	2	4.5
Bruxismo	2	4.5
Respiración bucal + deglución atípica	6	13.6
Respiración bucal + onicofagia + Morder objetos	3	6.8
Succión labios + Onicofagia + Morder objetos	4	9.1
Total	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se especifica el tipo de hábito identificado en los niños estudiados, apreciándose que los mayores porcentajes corresponden a la respiración bucal (22.7%) y a morder objetos (22.7%), mientras que lo menos frecuentes son el bruxismo (4.5%), la succión de labios (4.5%) y la succión digital (4.5%).

GRÁFICO N°4
TIPO DE HÁBITO BUCAL EN NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

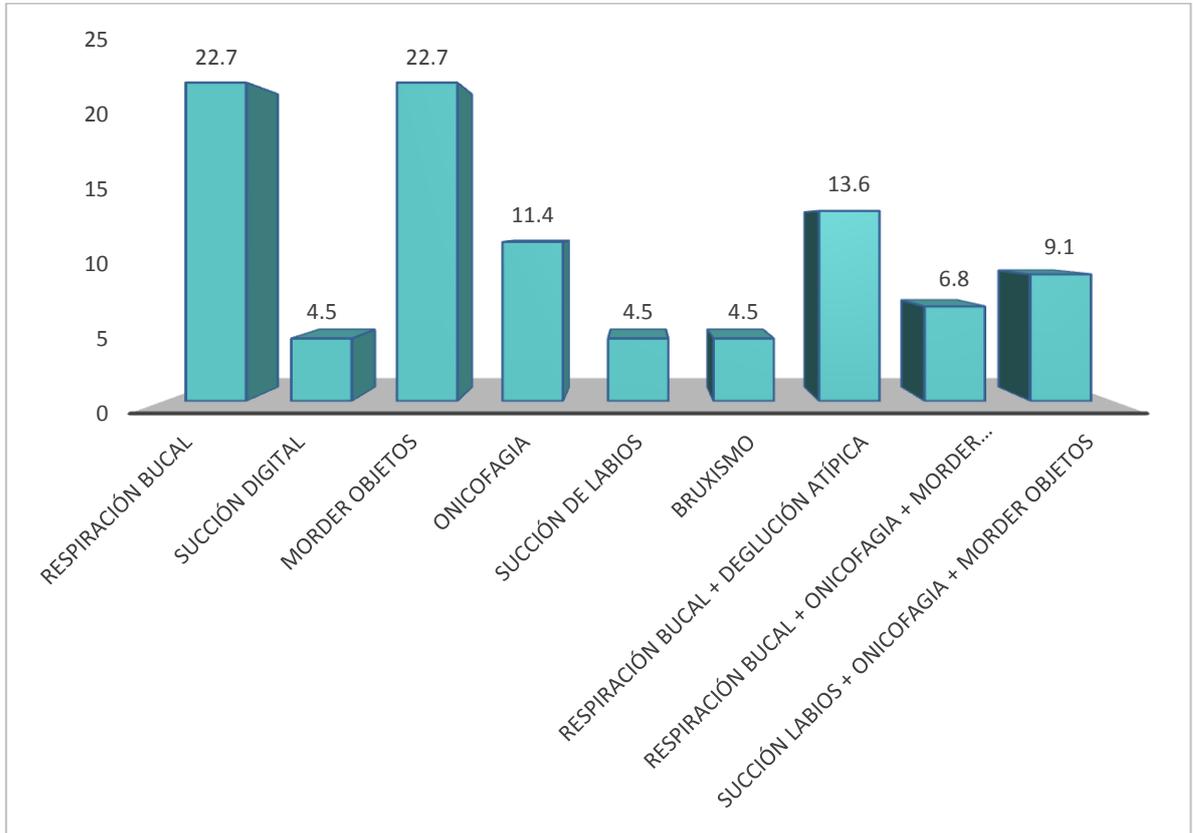


TABLA N° 5
ESCALÓN MOLAR DERECHO EN NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO
INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Escalón Molar Derecho	N°	%
Escalón mesial	53	67.9
Plano recto	23	29.5
Escalón distal	2	2.6
Total	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla se observa la conformación del escalón molar del lado derecho en los niños investigados, apreciándose que la mayoría de ellos (67.9%) presentaban el escalón mesial, en tanto la minoría (2.6%) evidenciaron el escalón distal.

GRÁFICO N°5
ESCALÓN MOLAR DERECHO EN NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO
INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

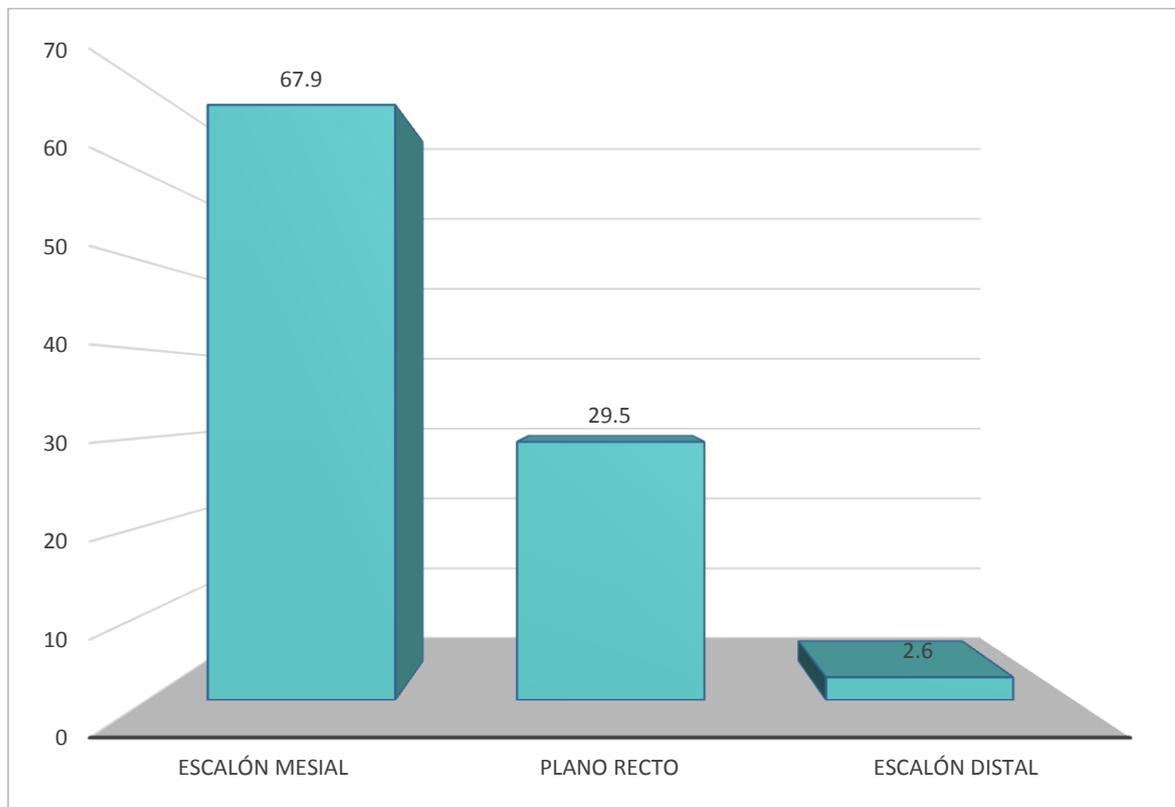


TABLA N° 6
ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO
INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Escalón Molar Izquierdo	N°	%
Escalón mesial	55	70.5
Plano recto	22	28.2
Escalón distal	1	1.3
Total	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla se observa la conformación del escalón molar del lado izquierdo en los niños investigados, apreciándose que la mayoría de ellos (70.5%) presentaban el escalón mesial, en tanto la minoría (1.3%) evidenciaron el escalón distal.

GRÁFICO N°6
ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO
INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

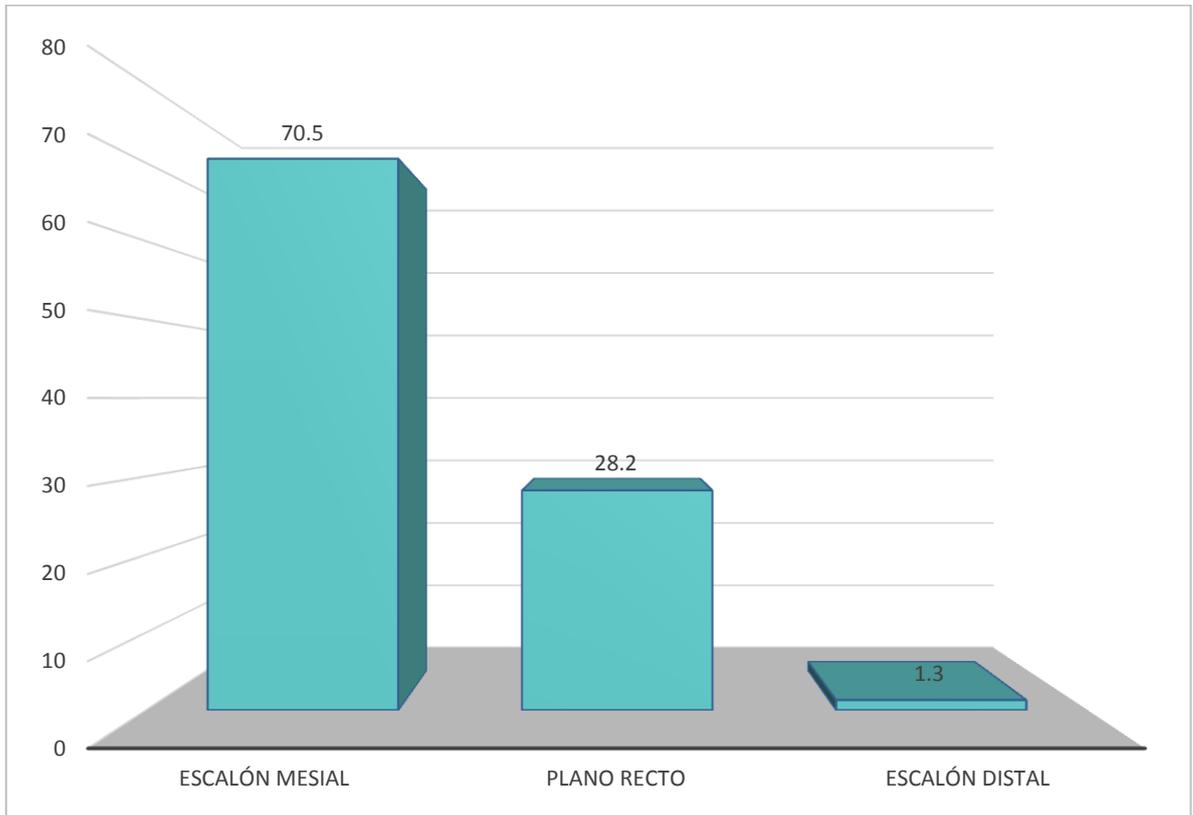


TABLA N° 7
RELACIÓN ENTRE EDAD Y HÁBITO BUCAL EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Edad	Hábito Bucal				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
3 años	14	60.9	9	39.1	23	100.0
4 años	7	29.2	17	70.8	24	100.0
5 años	13	41.9	18	58.1	31	100.0
Total	34	43.6	44	56.4	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.048$ ($P < 0.05$) S.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se presenta la relación entre la edad y el hábito bucal de los niños estudiados, apreciándose que los de 3 años, en mayor porcentaje (60.9%) no presentaron algún hábito bucal, mientras que los de 4 y 5 años, en su mayoría si lo evidenciaron (70.8% y 58.1% respectivamente).

Según la prueba estadística, existe relación significativa entre ambas variables, pues muestra que los niños de 4 años tienen más probabilidad que desarrolle algún hábito bucal.

GRÁFICO N°7
RELACIÓN ENTRE EDAD Y HÁBITO BUCAL EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

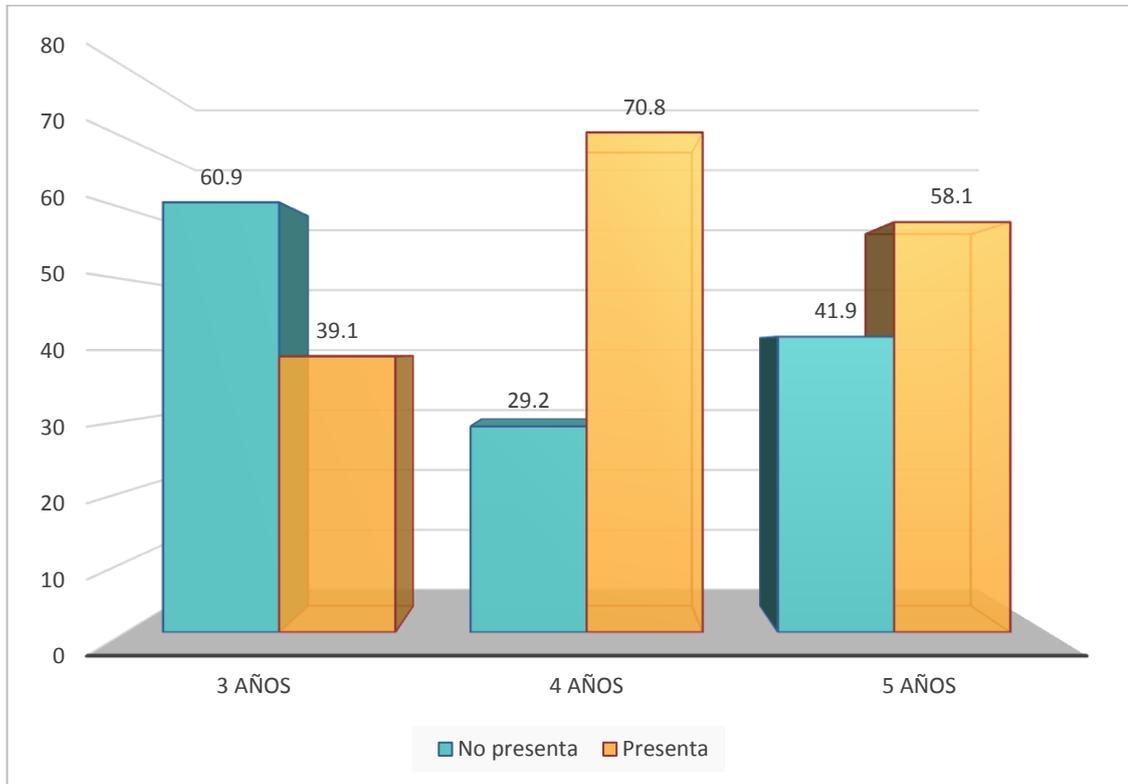


TABLA N° 8
RELACIÓN ENTRE SEXO Y HÁBITO BUCAL EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Sexo	Hábito Bucal				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	15	46.9	17	53.1	32	100.0
Femenino	19	41.3	27	58.7	46	100.0
Total	34	43.6	44	56.4	78	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.398 (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se presenta la relación entre el sexo y el hábito bucal de los niños estudiados, apreciándose que los de sexo masculino, en mayor porcentaje (53.1%) presentaron algún hábito bucal, situación similar se observa en las mujeres donde el 58.7% de ellas también evidenció algún hábito.

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el sexo y el hábito bucal presente en los niños.

GRÁFICO N°8
RELACIÓN ENTRE SEXO Y HÁBITO BUCAL EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

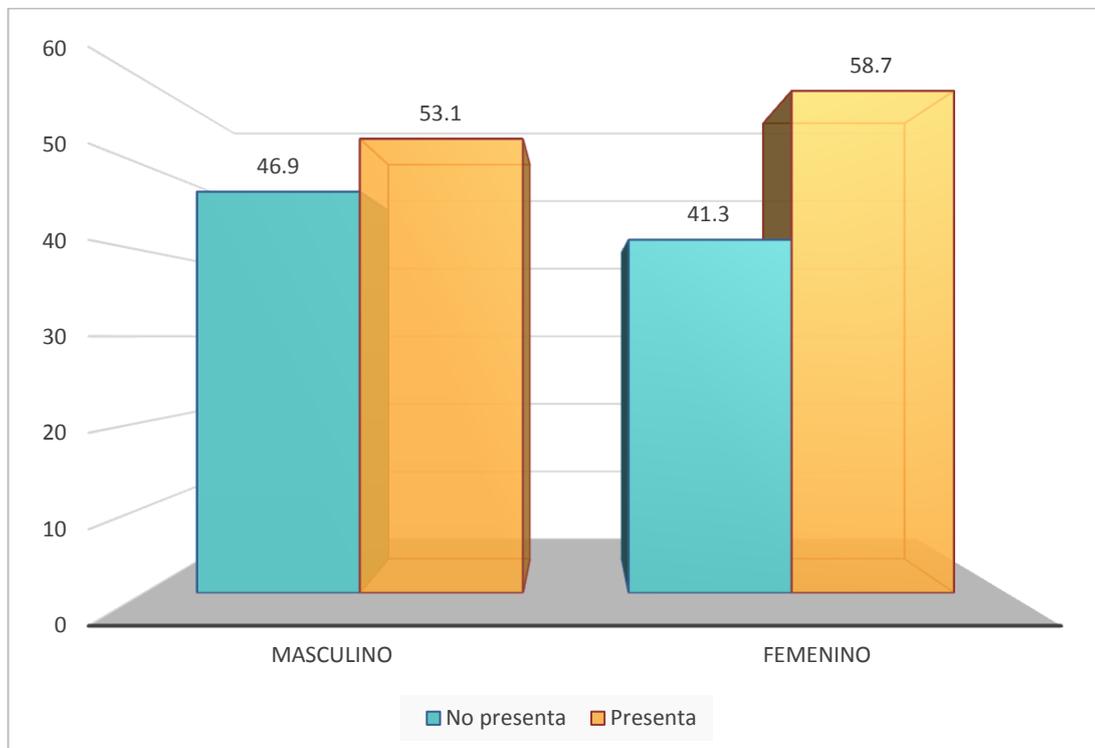


TABLA N° 9
RELACIÓN ENTRE EDAD Y ESCALÓN MOLAR DERECHO EN LOS NIÑOS
DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Edad	Escalón Molar Derecho						Total	
	Escalón mesial		Plano recto		Escalón distal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
3 años	18	78.3	5	21.7	0	0.0	23	100.0
4 años	18	75.0	6	25.0	0	0.0	24	100.0
5 años	17	54.8	12	38.7	2	6.5	31	100.0
Total	53	67.9	23	29.5	2	2.6	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.208$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 9 presentamos la relación entre la edad y la conformación del escalón molar derecho, apreciándose que no importa la edad que tenga el niño, el escalón molar es básicamente mesial (78.3% para los de 3 años, 75.0% para los de 4 años y 54.8% para los de 5 años).

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre la edad y la conformación del escalón molar derecho en los niños.

GRÁFICO N°9

RELACIÓN ENTRE EDAD Y ESCALÓN MOLAR DERECHO EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

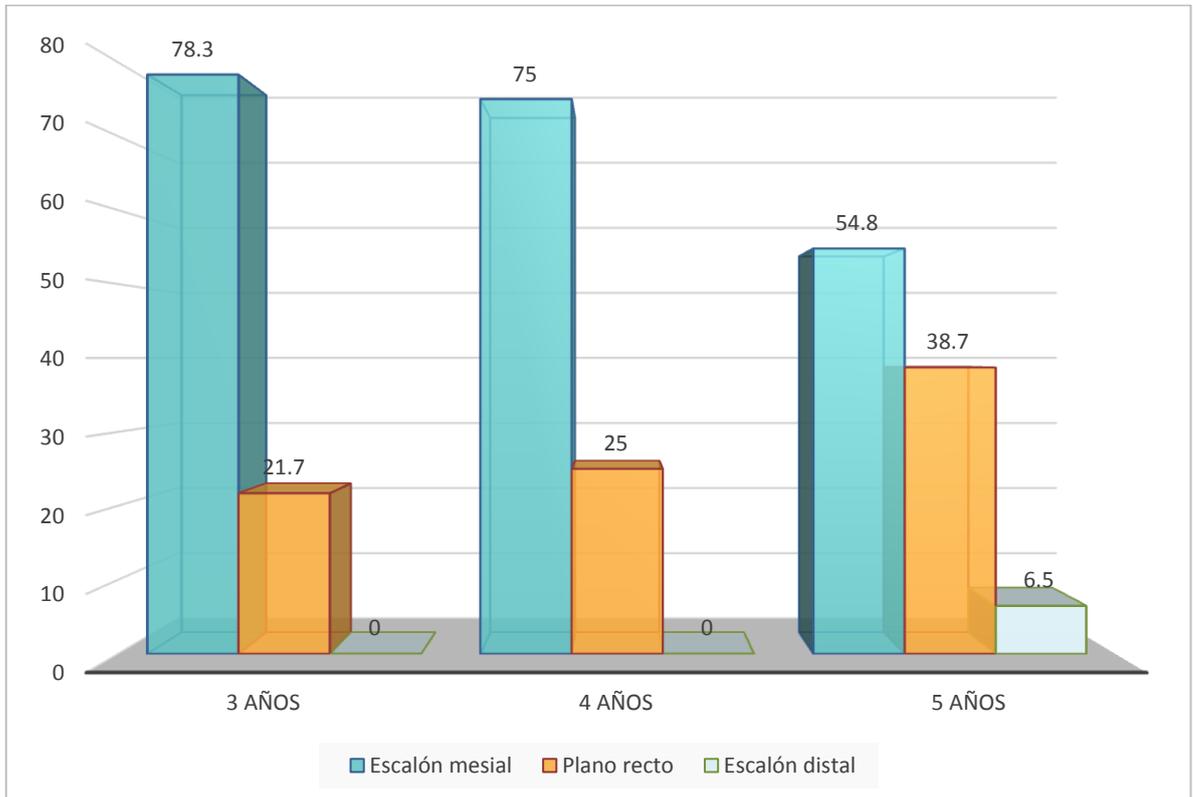


TABLA N° 10
RELACIÓN ENTRE SEXO Y ESCALÓN MOLAR DERECHO EN LOS NIÑOS
DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Sexo	Escalón Molar Derecho						Total	
	Escalón mesial		Plano recto		Escalón distal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	21	65.6	11	34.4	0	0.0	32	100.0
Femenino	32	69.6	12	26.1	2	4.3	46	100.0
Total	53	67.9	23	29.5	2	2.6	78	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.392 (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 10 presentamos la relación entre el sexo de los niños y la conformación de su escalón molar derecho, apreciándose que tanto hombres (65.6%) como mujeres (69.6%) evidenciaron, en su mayoría, un escalón molar mesial.

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el sexo y la conformación del escalón molar derecho en los niños.

GRÁFICO N°10

RELACIÓN ENTRE SEXO Y ESCALÓN MOLAR DERECHO EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

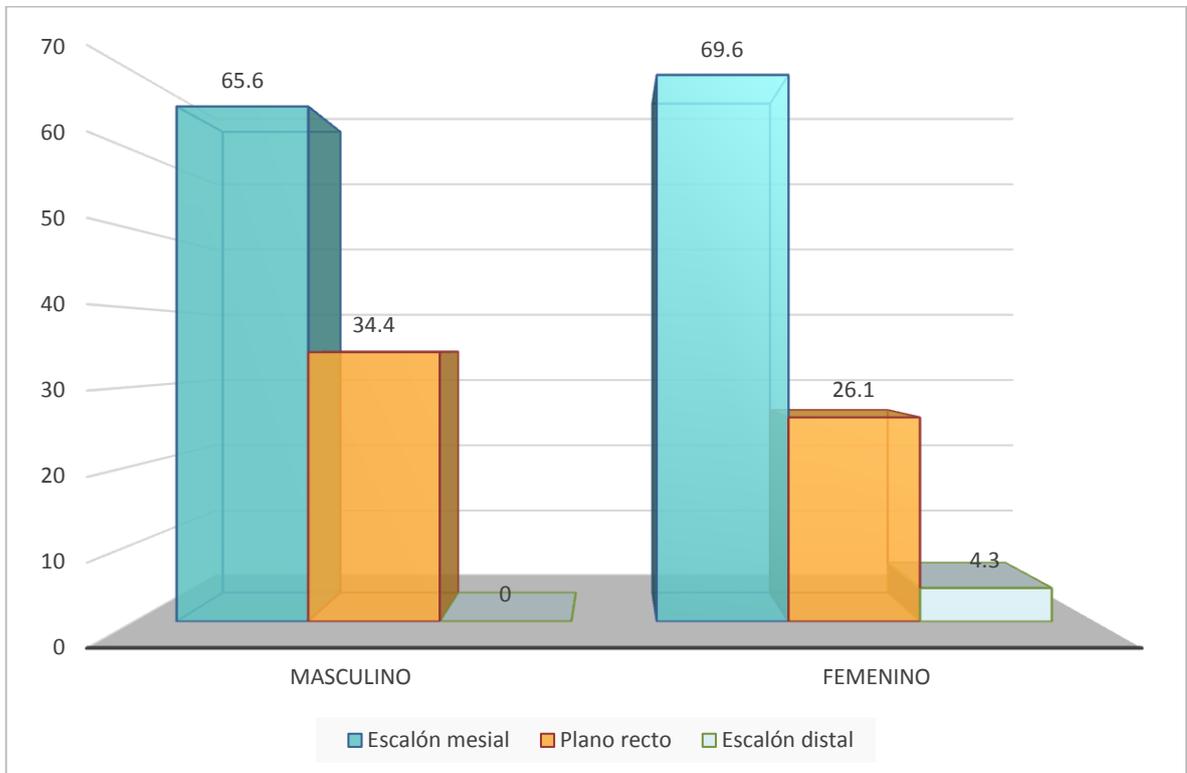


TABLA N° 11
RELACIÓN ENTRE EDAD Y ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN LOS NIÑOS
DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Edad	Escalón Molar Izquierdo						Total	
	Escalón mesial		Plano recto		Escalón distal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
3 años	18	78.3	5	21.7	0	0.0	23	100.0
4 años	14	58.3	10	41.7	0	0.0	24	100.0
5 años	23	74.2	7	22.6	1	3.2	31	100.0
Total	55	70.5	22	28.2	1	1.3	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.342$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 11 presentamos la relación entre la edad y la conformación del escalón molar izquierdo, apreciándose que no importa la edad que tenga el niño, el escalón molar es básicamente mesial (78.3% para los de 3 años, 58.3% para los de 4 años y 74.2% para los de 5 años).

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre la edad y la conformación del escalón molar izquierdo en los niños.

GRÁFICO N°11

RELACIÓN ENTRE EDAD Y ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

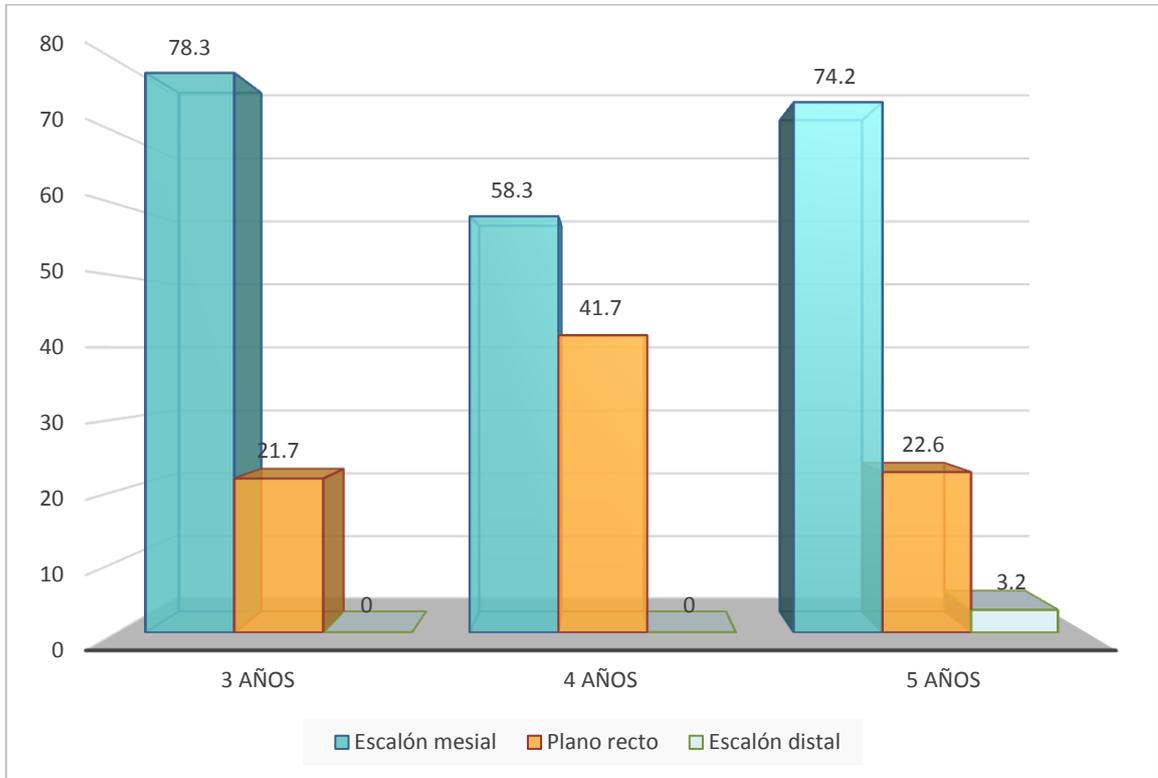


TABLA N° 12
RELACIÓN ENTRE SEXO Y ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN LOS NIÑOS
DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Sexo	Escalón Molar Izquierdo						Total	
	Escalón mesial		Plano recto		Escalón distal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	23	71.9	9	28.1	0	0.0	32	100.0
Femenino	32	69.6	13	28.3	1	2.2	46	100.0
Total	55	70.5	22	28.2	1	1.3	78	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.701 (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 12 presentamos la relación entre el sexo de los niños y la conformación de su escalón molar derecho, apreciándose que tanto hombres (71.9%) como mujeres (69.6%) evidenciaron, en su mayoría, un escalón molar mesial.

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el sexo y la conformación del escalón molar izquierdo en los niños.

GRÁFICO N°12

RELACIÓN ENTRE SEXO Y ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

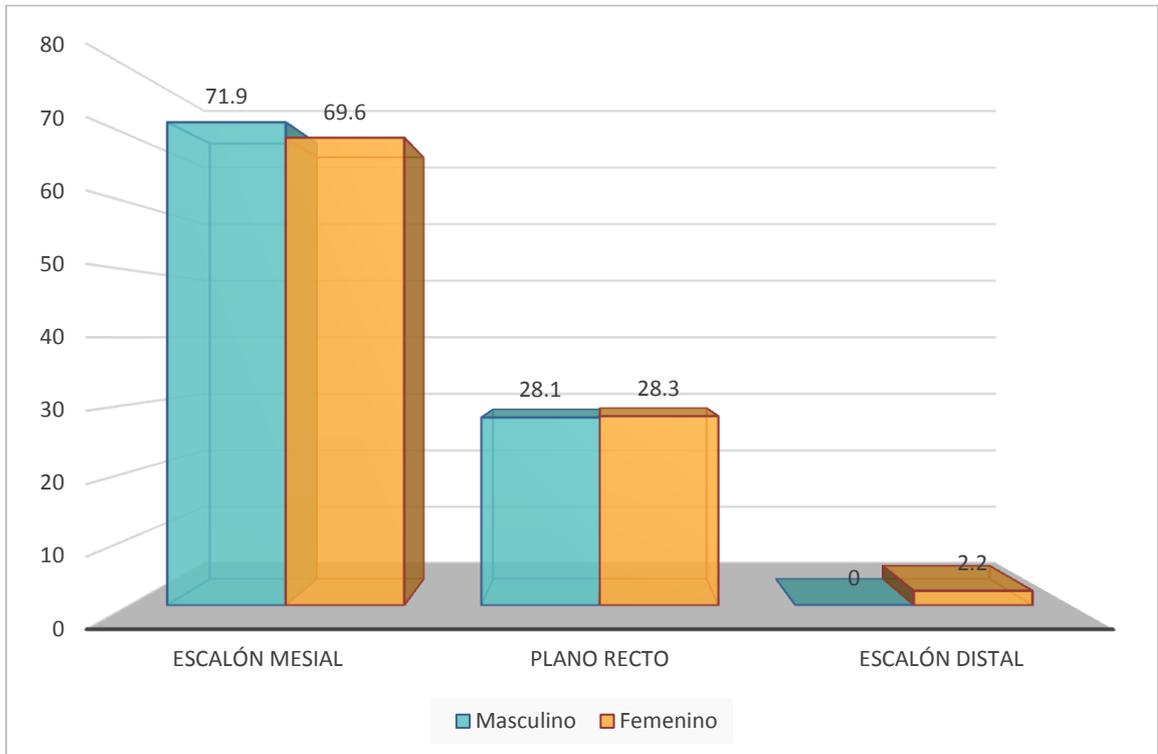


TABLA N° 13
RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO BUCAL Y EL ESCALÓN MOLAR DERECHO
EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN
PAUCARPATA

Escalón Molar Derecho	Hábito Bucal				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Escalón Mesial	20	58.8	33	75.0	53	67.9
Plano Recto	13	38.2	10	22.7	23	29.5
Escalón Distal	1	2.9	1	2.3	2	2.6
Total	34	100.0	44	100.0	78	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.041$ ($P < 0.05$) S.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se aprecia la relación entre el hábito bucal y la conformación del escalón molar derecho en los niños motivo de investigación; observándose que los que no presentaron ningún hábito, el 58.8% de ellos, tuvieron escalón mesial al igual que el 75.0% de los que evidenciaron hábito.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, es decir, hay relación entre las variables, puesto que los que no presentan hábito tienen mayor tendencia a presentar plano recto.

GRÁFICO N°13

RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO BUCAL Y EL ESCALÓN MOLAR DERECHO EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA

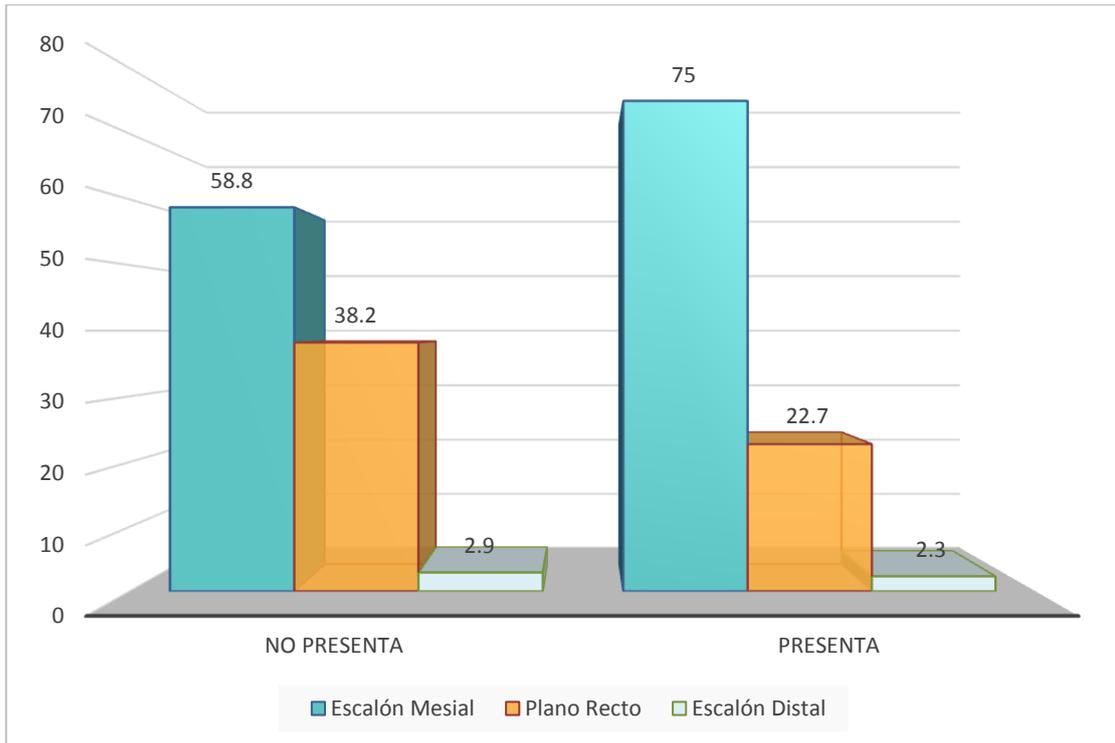


TABLA N° 14
RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO BUCAL Y EL ESCALÓN MOLAR
IZQUIERDO EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL
AMPLIACIÓN PAUCARPATA

Escalón Molar Izquierdo	Hábito bucal				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Escalón Mesial	24	70.6	31	70.5	55	70.5
Plano Recto	10	29.4	12	27.3	22	28.2
Escalón Distal	0	0.0	1	2.3	1	1.3
Total	34	100.0	44	100.0	78	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.669 (P ≥ 0.05) N.S.

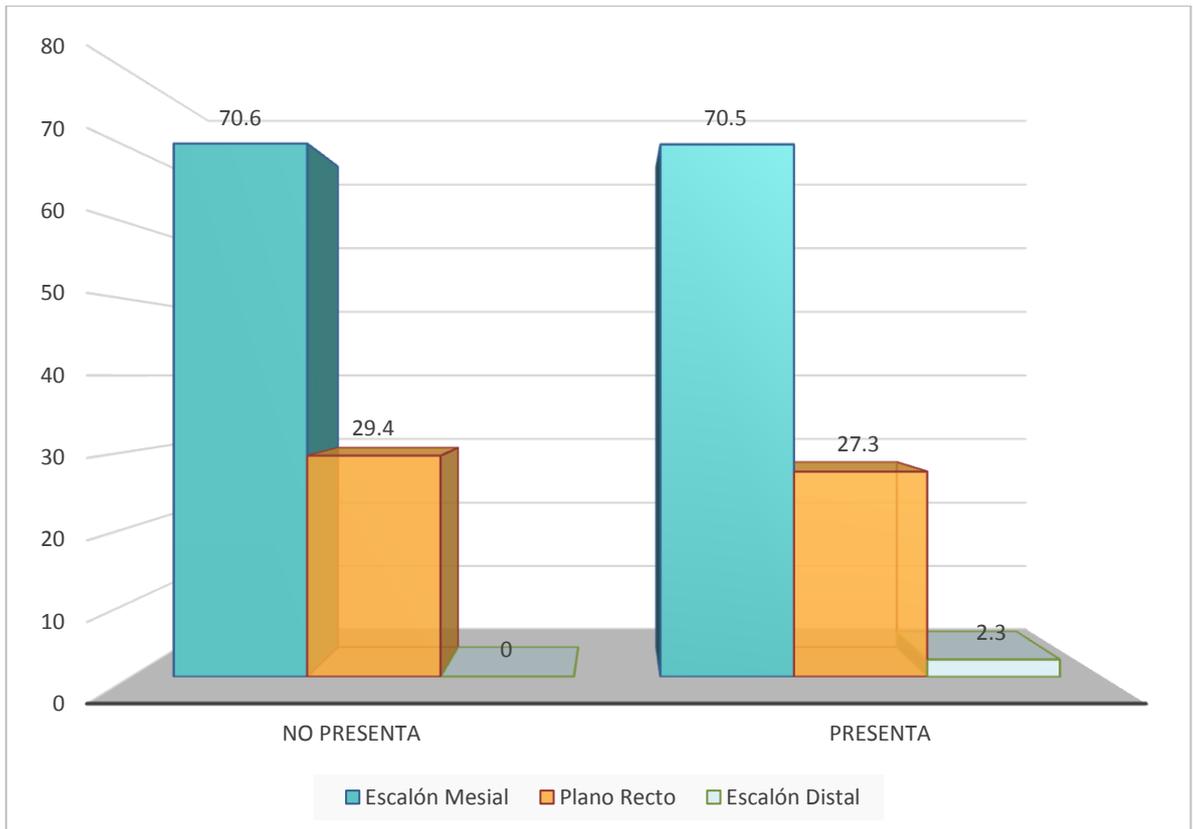
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se aprecia la relación entre el hábito bucal y la conformación del escalón molar izquierdo en los niños motivo de investigación; observándose que los que no presentaron ningún hábito, el 70.6% de ellos, tuvieron escalón mesial al igual que el 70.5% de los que evidenciaron hábito.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre los hábitos bucales y la conformación del escalón molar izquierdo.

GRÁFICO N°14

RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO BUCAL Y EL ESCALÓN MOLAR IZQUIERDO EN LOS NIÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA



2. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación de los hábitos bucales en la conformación del escalón molar. Obteniendo como resultados con respecto al tipo de hábito bucal que la respiración bucal fue el tipo de hábito bucal que más prevaleció con un 22.7% , al igual que el hábito de morder objetos con un 22.7%, seguido de los hábitos bucales asociados de respiración bucal más deglución atípica con un 13.6%, resultados que no coincidió con los referidos por Murrieta Pruneda , en su estudio realizado sobre la Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar , cuyos resultados mostraron que el hábito bucal que más prevaleció fue la onicofagia .

Al determinar el tipo de escalón molar derecho el tipo que más prevaleció, fue el escalón mesial con un 67.9% , al igual que en el escalón molar izquierdo , donde se evidenció que el de mayor prevalencia fue el escalón mesial con un 70.5%; estos datos coinciden con los resultados de Leiva Rojas Daniela quien en su estudio sobre la prevalencia de relación molar en niños de 5 años de los colegios municipales con enseñanza preescolar de Chile, 2009 , obtuvo que el 52% de los niños presentaron escalón mesial bilateral, un 45% evidenció escalón recto bilateral y 3% de los niños presento escalón distal bilateral. Concluyendo que el escalón mesial bilateral fue el más prevalente. Sin embargo, el presente estudio difiere de los resultados obtenidos por Cuya García, Raysa. Paredes Vásquez, Sandy quienes realizaron un estudio sobre la prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años , ya que ellos obtuvieron que el escalón molar que más prevaleció en lado derecho fue el plano recto con un 52,4% y del lado izquierdo también prevaleció el plano recto con un 45.9%.

Respecto a la relación entre la edad y los hábitos bucales se encontró que los niños de 3 años tenían un 39.1%, los de 4 años con un 70.8 % los de 5 años con un 58.1% concluyendo así que los niños de 4 años de edad tiene más probabilidad de desarrollar un hábito bucal. Los resultados obtenidos en niños de 4 años, coincidieron con los de José León Alfonso, Yuliet Carvajal Roque,

Nerelis Pérez Hermida, Odalys Rodríguez Martín en el estudio de Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal ya que a esa edad prevaleció más el hábito bucal.

Respecto a la relación entre el sexo y hábito bucal se encontró un 53.1% en el sexo masculino y un 58.7% en el sexo femenino, del cual no existe relación entre el sexo y el hábito bucal, resultados que coinciden con José León Alfonso, Yuliet Carvajal Roque, Nerelis Pérez Hermida, Odalys Rodríguez Martín en el estudio de Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal cuyos resultados fueron que el sexo no mostró asociación.

La relación entre el sexo y escalón molar derecho se obtuvo un 65.6% en hombres y un 69.6% en mujeres donde no se encontró relación. Con respecto a la relación entre el sexo y escalón molar izquierdo un 71.9% en hombres y un 69.6% en mujeres donde tampoco se encontró relación, los resultados coinciden con Cuya García Raysa, Paredes Vásquez Sandy, quienes realizaron un estudio sobre la Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el 2014, donde encontraron que no existe relación entre el tipo de plano terminal derecho y el género y no existe relación entre el plano terminal izquierdo y el género.

Al relacionar la presencia de hábitos bucales con el escalón molar derecho, los resultados del estudio fueron que un 75.5% desarrollaron escalón mesial con un 58.8% de los que no presentaron hábitos bucales en lado derecho, un 22.7% desarrollaron plano recto con un 38.2% de los que no presentan hábitos y un 2.3% desarrollaron escalón distal con un 2.9% de los que no presentan hábitos mostrando así que si existe relación en el plano recto ya que los que no presentan hábito tienen mayor tendencia a desarrollar este plano. En la relación del hábito bucal y el escalón molar izquierdo no se encontró relación. Estos resultados no coinciden con lo obtenido por Alemán Sánchez, Pedro Carlos; González Valdés Damaris; Díaz Ortega Laura y Delgado Díaz Yaima quienes realizaron un estudio de los hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños, cuyos resultados fueron que había relación entre los

hábitos estudiados y el plano poslácteo en ambos lados, tanto el derecho como el izquierdo y predominó el escalón distal patológico .

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La prevalencia de hábitos bucales en los niños de 3 a 5 años fue de 56.4%, es decir, se evidenció en la mayoría de ellos. El hábito más prevalente fue la respiración bucal (22.7%) y el morder objetos (22.7%).

SEGUNDA:

El escalón molar que se observó preferentemente en los niños fue, tanto para el lado derecho (67.9%) como para el izquierdo (70.5%), escalón mesial.

TERCERA:

La edad de los niños tuvo relación con la prevalencia de los hábitos bucales, puesto que en los niños de 4 años, la prevalencia de los hábitos aumenta significativamente. Así mismo, no se observó relación entre el sexo de los niños y los hábitos bucales.

CUARTA:

Respecto al escalón molar, tanto del lado derecho como izquierdo, no se observó relación estadísticamente significativa con la edad y sexo de los niños.

QUINTA:

Los hábitos bucales demostraron tener relación con la conformación del escalón molar del lado derecho, mas no del izquierdo; puesto que aquellos que no presentan hábitos, tienden más al plano recto. Contrastando estos resultados con la hipótesis planteada, esta se acepta parcialmente.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Se sugiere realizar programas de salud en los colegios para dar a conocer a los padres de familia lo importante que es detectar a temprana edad hábitos bucales para evitar complicaciones dentales.

SEGUNDA:

Se recomienda a profesionales de la salud tesistas, realizar trabajos de investigación sobre las consecuencias dento esqueléticas que produce el hábito de morder objetos ya que hay pocos estudios y diferentes opiniones, dado que algunos autores dicen que este hábito altera la oclusión mientras que otros dicen que no produce alteración.

TERCERA:

Se recomienda a odontólogos diagnosticar precozmente la presencia de los hábitos bucales deformantes para prevenir, tratar y/o derivar a un especialista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALARCON A. Deglución atípica. Vol 51 nº 1 . junio 2013 . . [citado: 25 de noviembre del 2016]. disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>
2. ALEMÁN P. et al: Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Revista Cubana Estomatológica. Vol 44. N°2. Abril-Junio. 2007.
3. ARISTIGUETA R. Ortodoncia preventiva clínica. 2da ed. Ediciones Monserrate. 1989. Bogotá Colombia. citado en: LUGO C. et al. , hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Mayo 2011 Venezuela. disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>
4. ATTANASIO R. An overview of bruxism y its management. Dent Clin North Am 1997 Abril;43(2):pp369-43
5. BARBERÍA L. et al. Odontopediatría .2da Ed. España. Masson 2001. Pp. 369-373.
6. BISHARA S. Ortodoncia. 1era ed. McGraw-Hill interamericana; 2003.
7. BOJ J. CATALA M. GARCIA C. MENDOZA A. Odontopediatría. 1era ed. Barcelona- España. Masson. 2005. pp. 37-77.
8. BORRAS S. ROSELL V. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Serie: Patologías. España, Ediciones Nau Libres. 2005. [citado el 26 de diciembre del 2016]. Disponible en <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>

9. BORDONI, N. Escobar A. Castillo R. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1era ed. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2010. pp.657-675.
10. BOSNJAK A, VUCICEVIC-BORAS V, MILETIC I, BOZIC D, VUKELJA M. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. J Oral Rehabil. 2002; 29: 902-5. Citado en: [OCAMPO A, JOHNSON N, LEMA M. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Artículos de investigación científica y tecnológica. Febrero 2013. Vol1. N° 1. pp. 83-90.]
11. BRAVO L. Manual de ortodoncia. Síntesis. 2003. Murcia. p134
12. CAMERON A. Manual de Odontopediatría. Madrid-España. Editorial. Harcourt Brace. 1998. pp.271-272
13. CANUT J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Barcelona-España editorial Masson. 2000. pp.43-103
14. CARVALHO G. Otorrinolaringología Pediátrica: Síndrome del respirador bucal abordaje ortodóntico. 1era ed. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica, 1999. pp.59-64.
15. CASTELO P, ET AL. relationship between parafunctional nutritive sucking habits and temporomandibular joint dysfunction in primary dentition. [citado el 27 de noviembre del 2016]. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication>.
16. CASTILLO R. Estomatología Pediátrica. 1era ed. Madrid. Editorial Ripano. 2011. pp. 360-366

17. CASTILLO, R. 2011 Asociación entre hábitos parafuncionales de la cavidad bucal y los trastornos temporomandibulares en adolescentes: [citado el 31 de diciembre del 2016.] Disponible en: revistas.concytec.gob.pe/pdf/op/v10n2/a02v10n2.pdf.
18. CERVANTES M. Oclusión y seminario de oclusión. [Citado el 25 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDPagina=P%20E1gina%20Oclusion>
19. CERVERA J. YGUA A. Guía para la evaluación de la deglución atípica. N°3, Sección A, Febrero 2002. PP. 57-65. [Citado :14 de noviembre del 2016]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/guia_para_evaluar_la_deglucion_atipica.pdf
20. CUYA R. PAREDES S. Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de salud Masusa, san Juan, Iquitos - Perú, 2014". Bachiller /Odontopediatría. Facultad de ciencias de la salud Estomatología. Universidad Peruana del Oriente. 2014.
21. ESCOBAR F. Odontología Pediátrica. 2da ed. Caracas-Venezuela. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2004. p. 464
22. ESCRIVAN L. Tratamiento temprano versus tardío ortodoncia en dentición mixta diagnóstico y tratamiento. Venezuela. AMOLCA Actualidades Médicas. 2014. pp. 28-39
23. ESPINOSA R. Diagnóstico práctico de oclusión. 1era ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 1996. pp.18
24. ESTRELLA A. Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar. Cirujano

Dentista/Odontopediatría. Facultad de Odontología subdirección estudios de posgrado de odontopediatría. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2007

25. FARSI N. Association between temporo mandibular disorders and oral parafunctions in Saudi children .odontomatol trop 2004. VOL 27. N 106. pp 9-14
26. GURKEERAT S. Ortodoncia diagnóstico y tratamiento. 2da ed. New Delhi-India. Amolca. 2009. pp. 581-612.
27. HERRERO C. (2003) Anomalía dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulares en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández:[citado el 30 de diciembre del 2016] . Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2003/herrero_c/sources/herrero_c.pdf.
28. HUICHI A. Efectos de la succión digital sobre las malposiciones dentales en dentición decidua en niños de 3 a 6 años en el distrito de Paucarpata, Arequipa 2009 [tesis]. Universidad Católica de Santa María. Arequipa -Perú.
29. JOHNSON ED, LARSON BE. Thumb-sucking: literature review J dent child. 60: 1993. PP.385-389. [citado en BISHARA S. Ortodoncia. 1era ed. McGraw-Hill interamericana; 2003.]
30. JOSELL SD. Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. Dent Clin North Am. 1995; 39: 851-60. [Citado en: Ocampo A. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Artículos de investigación científica y tecnológica. Febrero 2013. N° 1 vol1. pp. 83-90.]
31. LABOREN M. MEDINA C. et al. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. [citado el 01 de diciembre del 2016]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

32. LEIVA D. Prevalencia de relación molar en niños de 5 años de los colegios municipales con enseñanza preescolar de Talca – Chile. [tesis] Universidad de Talca. Chile.2009
33. LEÓN A. CARVAJAL J. ET AL. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. Revista MEDICIEGO .Nº 1. Vol 20. 2014.
34. LEUNG A.K. ROBSONW. Nailbiting. Clin Pediatric. V29. Nº12.p.690-692.dec.1990. [Citado en: Nahás M. Odontopediatría en la primera infancia.1era ed.Brasil editorial Santos. 2009.]
35. LUGO C. TOYO I: Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. 2011, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Citado en: ALARCON A. Deglución atípica. volumen 51 Nº 1. junio 2013]
36. MARCHESAN I. JUNQUEIRA P. atipia ou adaptação: como considerar os problemas de deglución. Fonoaudiologo-
www.ibemol.com.br/ciodf201/002.asp. [Citado en: NAHÁS M. Odontopediatría en la primera infancia.1era ed.Brasil editorial Santos. 2009.]
37. MASSLER M. Oral habit development and management J- Pedod Winter. 1983; 7(2). Pp.109- 119.[Citado en: BORDONI, N. Escobar A. Castillo R. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1era ed. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2010. pp.657-675.]
38. MATÍNEZ L. Uso del chupete: beneficios y riesgos. Anales Españoles de Pediatría. 2000; pp.53-56.

39. MOYERS R. Manual de ortodoncia. 4ª ed. Argentina: Médica Panamericana: 1998. pp. 563
40. NAHÁS M. Odontopediatria en la primera infancia. 1era ed. Brasil editorial Santos. 2009. Pp. 555-573.
41. NAKATA, M. Stephen. Guía Oclusal en Odontopediatria. 2da ed. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica, C.A; 1997. pp.9-16.
42. NAVAS C. Hábitos orales. Fundación Valle del Lili. N°189. (Revista on-line) 2012. [Citado el 21 de octubre del 2016]. Disponible en http://www.valledellili.org/media/pdf/cartasalud/CSFebrero2012_baja.pdf
43. Odontología especializada [Citado el 15 de noviembre del 2016] disponible en: <http://www.odontologiaespecializada-vd.com.mx/temas-de-inter%20C3%A9s/malos-h%20C3%A1bitos>
44. OCAMPO A, et al. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Artículos de investigación científica y tecnológica. Febrero 2013. N° 1. vol1. pp. 83-90.
45. PELC AW, JAWOREK AK. Interdisciplinary approach to onychophagia. Przegł Lek. 2003; vol 60. N° 11. pp. 737-739
46. PNKHAM J. Odontología pediátrica. 2da ed. Interamericana. 1996. México. pp. 375-382
47. QUESADA B. Odontopediatria. Tratamiento temprano de las maloclusiones. 2da ed. Barcelona España. Masson, 2002. pp.369-373
48. QUIRÓS O. "Terapia Miofuncional". Bases Biomecánicas y sus aplicaciones en Ortodoncia Interceptiva, Ed AMOLCA, 2006. [Citado: el 30 de diciembre

del 2016]. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art2.asp>

49. QUIROS O. QUIROS L. QUIROS J. 2003. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología.[Citado el 17 de enero del 2017] Revista Latinoamericana de odontopediatría y ortodoncia disponible en :http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/orientacion_psicologica_habitos_odontologia.asp
50. RAMFJORD SP. ASH MM. Fisiología de la oclusión .En oclusión. 2da ed. México DF: Interamericana. 1987; pp.60-99. Citado en: CASTILLO R. 2011 Asociación entre hábitos parafuncionales de la cavidad bucal y los trastornos temporomandibulares en adolescentes. Disponible en: revistas.concytec.gob.pe/pdf/op/v10n2/a02v10n2.pdf.
51. RAMJFORD Y. ASH. “Bruxismo céntrico y excéntrico”, oclusión (2ª edición) Saunders. Philadelphia.1971 [citado el 31 de diciembre del 2016]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/6497>
52. REYES D. TORRES I. QUESADA L. MILÁ M.Y LABRADA H. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Revista Medisan. N° 5. Vol 18. Pg 620- 620. Mayo. 2014
53. SACHAN A, T CHATURVEDI P. onicofagia (morderse las uñas), la ansiedad y la maloclusión. Indian J Dent Res [serie en línea] 2012 [citado el 27 de Noviembre 2016]; Vol 23. pp.680-2. Disponible en : <http://www.ijdr.in/text.asp?2012/23/5/680/107399>
54. SASSOUNI V, FORREST EJ. Ortodoncia en la práctica odontológica. St Louis: Mosby CV; 1971.[Citado en: SACHAN A, T CHATURVEDI P. onicofagia (morderse las uñas), la ansiedad y la maloclusión. J Dent Res India 2012;Vol 23.pp.680-682]

55. SUAREZ E. et al. Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la Escuela Laguna de Sinamaica, Venezuela 2012. [Citado el 15 de noviembre del 2016] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>
56. SUBTELNY JD. Oral habits. Studies in form, function, and therapy. Angle Orthod. 1973; 43: 349-83.[Citado en: Ocampo A, Johnson N, Lema M. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Artículos de investigación científica y tecnológica. Febrero 2013. N° 1 vol1. pp. 83-90]
57. STALEY R. Fundamento en ortodoncia: diagnóstico y tratamiento. 1 era ed. Almonca. 2012.pp. 6-10
58. TANAKA OM, Vitral RW, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES. Nailbiting, or onychophagia: a special habit. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2008; 134: pp.305-308.
59. TURGEON O. Brien H. Lapachelle et al. Nutritive and no nutritive sucking habits. ASDC J. Dent child. 1996. Vol 63. N°5: PP. 321-327[citado en: BORDONI N. et al Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1era ed. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2010. pp.657-675.]
60. URRIETA E. et al. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. Rev, Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2006: 1-20.
61. VALERA R. PASTOR A. Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental. N°3. Febrero 2002 .PP.13-56.[Citado el

22 de noviembre del 2016]. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/sindrome_de_respirador_bucal.pdf

62. VELLINI, FLAVIO (2004). Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. 2da. Edición. Editorial Artes Médicas LTDA. Sao Paulo Brasil.
63. ZADIK D, Stern N, Litner M. Thumb- and pacifier-sucking habits. Am J Orthod. 1977; 71: 197-201. [Citado en OCAMPO A, et al. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Artículos de investigación científica y tecnológica. Febrero 2013. N° 1. vol1. PP. 83-90.]
64. ZAPATA M .LAVADO A. ANCHELIA S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años .Revista Kiru. N° 1. Vol 1. Pp.16-24. Enero –Junio. 2014.

Anexos

ANEXOS
ANEXO N°1
ENTREVISTA
PARA PADRES DE FAMILIA

Se le entrevistara al padre de familia de forma guiada haciéndole las siguientes preguntas:

NOMBRE DEL PADRE O

MADRE.....

Teléfono.....

.NOMBRE DE SU HIJO

.....

EDAD :.....SEXO:.....

MARCAR CON UNA: X

1. Su hijo respira por la boca.....(SI) (NO)
2. Su hijo se muerde los labios.....(SI) (NO)
3. Su hijo se come o muerde las uñas.....(SI) (NO)
4. Su hijo se chupa el dedo.....(SI) (NO)
5. Su hijo muerde objetos frecuentemente....(SI) (NO)
6. Su hijo tiende a sacar con frecuencia
la lengua al deglutir(SI) (NO)
7. Su hijo rechina sus dientes(SI) (NO)

ANEXO N°2
FICHA CLINICA

NOMBRE.....

EDAD.....SEXO.....

Presenta hábito bucal:

SI	NO
----	----

LUEGO DE LA ENTREVISTA AL PADRE DE FAMILIA SE DETERMINARA:

Tipo de hábito:

1. Deglución atípica	
2. Respiración buconasal	
3. Succión digital	
4. Morder objetos	
5. Onicofagia	
6. Succión de labios	
7. Bruxismo	

TIPO DE ESCALÓN:

LADO DERECHO		LADO IZQUIERDO	
ESCALÓN MESIAL		ESCALÓN MESIAL	
PLANO RECTO		PLANO RECTO	
ESCALÓN DISTAL		ESCALÓN DISTAL	

ANEXO N°3
MATRIZ DE DATOS

N°	EDAD	SEXO	HÁBITO	TIPO DE HÁBITO	ESCALON MOLAR DERECHO	ESCALON MOLAR IZQUIERDO
1	5	M	1	3	1	1
2	5	M	1	5	2	2
3	5	F	1	7	3	2
4	5	M	1	8	1	1
5	5	F	1	9	1	1
6	5	F	1	8	1	1
7	5	F	1	4	1	1
8	5	F	0		2	1
9	5	F	0		1	1
10	5	M	0		1	1
11	5	F	0		3	2
12	5	M	1	4	1	1
13	5	M	1	2	2	2
14	5	F	0		2	1
15	5	M	0		1	1
16	5	M	1	6	1	2
17	5	F	1	8	1	1
18	5	F	0		2	1
19	5	F	1	9	1	3
20	5	M	1	4	2	1
21	5	F	1	2	1	1
22	5	M	0		2	2
23	5	M	0		2	1
24	5	M	1	2	1	1
25	5	F	0		2	1
26	5	M	0		2	2
27	5	M	1	7	1	1
28	5	F	0		2	1
29	5	F	0		1	1
30	4	F	0		2	1
31	4	F	1	2	1	1
32	4	M	0		2	2
33	4	M	0		1	2
34	4	F	1	2	1	1
35	4	M	0		1	1

36	4	F	1	2	1	2
37	4	F	1	8	2	1
38	4	F	1	10	1	1
39	4	M	1	10	2	1
40	5	M	1	5	2	1
41	5	F	1	3	1	1
42	4	F	1	4	1	2
43	4	F	1	5	1	1
44	4	F	0		1	2
45	4	F	1	9	1	1
46	4	F	1	4	1	1
47	4	M	1	4	1	1
48	4	F	1	6	1	1
49	4	F	0		2	2
50	4	F	1	2	1	1
51	4	M	1	10	1	2
52	4	F	0		1	1
53	3	M	0		1	1
54	3	M	0		1	1
55	4	F	1	2	1	2
56	3	F	1	5	1	1
57	4	F	1	5	1	2
58	4	F	1	10	2	2
59	3	M	1	2	2	1
60	3	F	0		1	1
61	3	M	1	4	1	1
62	3	F	0		1	1
63	3	F	0		2	2
64	3	M	1	2	1	1
65	3	F	1	8	1	2
66	3	M	0		1	1
67	3	M	1	8	2	1
68	3	F	1	4	2	1
69	3	F	1	4	1	1
70	3	F	0		1	1
71	3	F	1	4	1	2
72	3	F	0		1	1
73	3	M	0		1	1
74	3	M	0		1	2
75	3	M	0		1	1
76	3	F	0		1	1
77	3	F	0		2	2
78	3	M	0		1	1

LEYENDA:

Hábito	Tipo de hábito	escalón molar derecho	escalón molar izquie
0=no presenta hábito	1=deglución atípica	1=escalón mesial	1=escalón mesial
1=si presenta hábito	2=respiración bucal	2=plano recto	2=plano recto
	3=succión digital	3=escalón distal	3=escalón distal
	4=morder objetos		
	5=onicofagia		
	6=succión de labios		
	7=bruxismo		
	8=respiracion bucal+ deglusion atipica		
	9=respiración bucal+onicofagia o morder objetos		
	10=succion de labios + onicofagiao o morder objetos		

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ----- identificado con DNI N° --
-----autorizo a la investigadora Marlee Jámelith Castillo Polo 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 la Influencia de los
Hábitos bucales en la conformación del escalón molar en niños de 3 a 5 años
en el Centro Educativo Inicial Ampliación Paucarpata del distrito de
Paucarpata.

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.

Arequipa _____

Firma del apoderado

Firma del investigador

ANEXO N° 5:
DOCUMENTACIÓN
SUSTENTATORIA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Arequipa, 18 de octubre del 2016

LIC. YENI JARA INOFUENTE
DIRECTOR DEL JARDÍN INICIAL AMPLIACIÓN PAUCARPATA
PAUCARPATA

ASUNTO: **Solicito Ingreso con Fines Investigativos.**

De mi mayor consideración:

Reciba el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hacer de su conocimiento que la Srta. **Marlee Jámelith Castillo Polo**, con DNI 46586191 egresada, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación por sus respectivos Asesores, solicito a su digno despacho permitirle el Ingreso a las Instalaciones de la mencionada Casa de Estudios para la recolección de muestras por un periodo de un mes, a partir del lunes 24 de octubre del presente es año.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde al presente, hago propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi alta consideración.

Atentamente,



Dra. Mario Luz Nieto Muriel
Coordinadora Académica
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL
AMPLIACION PAUCARPATA
CM N° 0225441

CONSTANCIA

La que suscribe, Directora de la Institución Educativa Inicial Ampliación Paucarpata, ubicada en la Av. Víctor Andrés Belaunde 401, Distrito de Paucarpata, UGEL AREQUIPA SUR.

HACE CONSTAR:

Que la Srta. **MARLEE JÁMELITH CASTILLO POLO**, identificada con DNI 46586191, Bachiller en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa, ha realizado el proyecto de investigación "RELACION DE LOS HABITOS BUCALES EN LA CONFORMACION DEL ESCALON MOLAR", en niños de 3 a 5 años, en nuestra Institución.

Se expide la presente a solicitud de la interesada y para los fines que estime por conveniente.

Arequipa, 23 de Noviembre del 2016

 
Mg. Yenni M. Jara Encarnate
DIRECTORA

ANEXO N° 6: SECUENCIA FOTOGRAFICA



FOTOGRAFÍA 01
ENTREVISTA A LOS PADRES DE FAMILIA



FOTOGRAFÍA 02
CENTRO EDUCATIVO INICIAL AMPLIACION PAUCARPATA



FOTOGRAFÍA 03
MATERIALES DE TRABAJO



FOTOGRAFÍA 04
REVISIÓN CLÍNICA



FOTOGRAFÍA 05

ESCALÓN MESIAL LADO DERECHO



FOTOGRAFIA 06

ESCALÓN MESIAL LADO IZQUIERDO



FOTOGRAFÍA 07
PLANO RECTO EN NIÑOS QUE NO
PRESENTARON HÁBITO BUCAL



FOTOGRAFÍA 08
HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCONASAL



FOTOGRAFÍA 09
HÁBITO DE MORDER OBJETOS



FOTOGRAFÍA 10
HÁBITO SUCCIÓN DE LABIOS



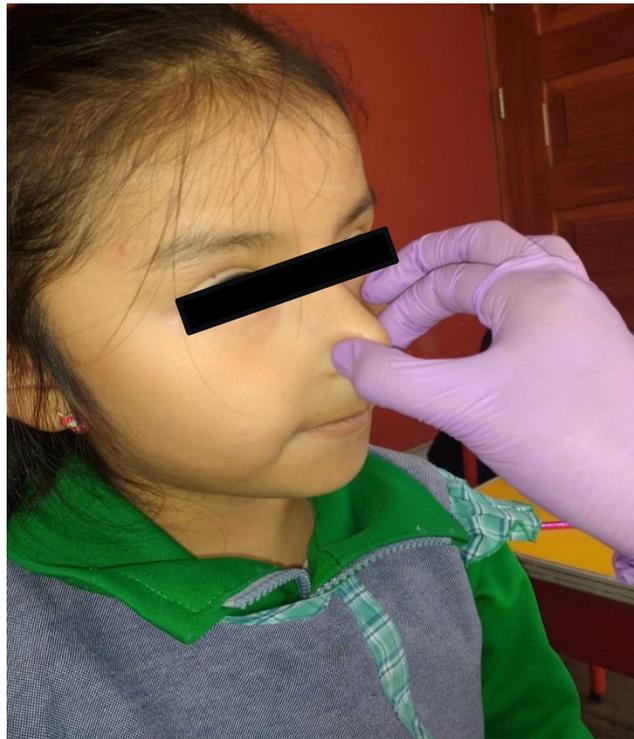
FOTOGRAFÍA 11
HÁBITO DEGLUCIÓN ATÍPICA Y RESPIRACIÓN BUCONASAL



FOTOGRAFÍA 12
HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL



FOTOGRAFÍA 13
REVISIÓN DE LAS UÑAS PARA DIAGNÓSTICO DE ONICOFAGIA



FOTOGRAFÍA 14
PRUEBA DE REFLEJO NASAL DE GUDIN PARA DIAGNÓSTICO DE RESPIRACIÓN BUCONASAL



FOTOGRAFÍA 15

PRUEBAS DE VISIÓN DIRECTA PARA DIAGNOSTICO DEGLUCIÓN ATÍPICA



FOTOGRAFÍA 16

DIAGNÓSTICO DEGLUCIÓN ATÍPICA OBSERVACIÓN AL MOMENTO DE DEGLUTIR