



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS**

**RELACIÓN ENTRE MALOS HÁBITOS BUCALES Y  
MALOCLUSIONES DENTARIAS ANTEROPOSTERIORES  
EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA PRIVADA SAN IGNACIO DE  
LOYOLA, PUNO 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**TATIANA ROSMERY QUISPE CARBAJAL**

**ASESORA:**

**MG. KAREN PAOLA PINEDA PALOMINO**

**JULIACA - PERÚ**

**2018**

# HOJA DE APROBACIÓN

TATIANA ROSMERY QUISPE CARBAJAL

## RELACIÓN ENTRE MALOS HÁBITOS BUCALES Y MALOCLUSIONES DENTARIAS ANTEROPOSTERIORES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA SAN IGNACIO DE LOYOLA PUNO 2018

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

---

CD. Juan Carlos Calderón Charca  
Nº de colegiatura: 21066  
**Secretario**

---

CD. Paul Tineo Cayo  
Nº de colegiatura: 19707  
**Miembro**

---

Mg. Gian Carlo Valdez Velazco  
Nº de colegiatura: 21748  
**Presidente**

Juliaca – Perú

2018

A Dios por darme la salud, la esperanza para descubrir lo correcto en mi camino, y la voluntad, la fuerza para lograr a vencer los obstáculos en mi carrera profesional.

A mis padres, por estar ahí cuando más los necesite y brindarme su apoyo incondicional y por sus sabios consejos porque ellos son la fuerza en seguir adelante.

Muchas gracias, los quiero.

A DIOS y a mi madre Rosmery por darme la vida y darme las fuerzas en los momentos en donde más la necesite y a si mismo darme la fortaleza y permitirme cumplir con mi formación profesional.

A la Universidad Alas Peruanas Filial Juliaca, formadora de profesionales en las diferentes facultades, y en especial a la facultad de medicina humana y ciencias de la salud de la escuela profesional de estomatología.

Y a mis docentes por sus enseñanzas y orientaciones durante mi formación académica para poder ser profesional competitivo en la vida.

A nuestro director y jurados, por el asesoramiento y disponibilidad para compartir sus conocimientos y experiencias, en constantes guías y orientaciones en la presente investigación.

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la relación de los malos hábitos bucales con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. **Materiales y Métodos.** Tipo de investigación cuantitativa, de nivel relacional, diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 175 niños a los cuales se detectó los diferentes hábitos bucales parafuncionales mediante examen intra y extra bucalde acuerdo a los 10 criterios validados, los que fueron procesados en una base de datos en el programa Epi-info 6.0 y el Paquete estadístico SPSS 22. **Resultados:** Los malos hábitos bucales no están relacionados con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, donde la deglución atípica, succión digital y succión labial no tienen relación con las maloclusiones dentarias anteroposteriores Clase I, Clase II-1, Clase II-2 y Clase III, observándose que la clase I fue la más frecuente cuando hubo deglución atípica, succión digital y succión labial y sin éstas, seguido de la clase II-1, luego la clase III y finalmente la clase II-2; así mismo la respiración bucal, onicofagia y bruxismo tampoco están relacionadas con las maloclusiones dentarias anteroposteriores de Clase I, Clase II-1, Clase II-2 y Clase III, observándose que la clase I fue la más frecuente cuando hubo deglución atípica, succión digital y succión labial y sin éstas, seguido de la clase II-1, luego la clase III y finalmente la clase II-2.

**Palabras Clave.** Ortodoncia, maloclusión dentaria, clasificación de Angle, malos hábitos bucales.

## ABSTRACT

**Objective.** To determine the relationship of bad oral habits with anteroposterior dental malocclusions in children from 06 to 12 years of the San Ignacio de Loyola Private Educational Institution. **Materials and methods.** Type of quantitative research, relational level, non-experimental design. The sample consisted of 175 children to whom the different parafunctional oral habits were detected by intra and extra oral examination according to the 10 validated criteria, which were processed in a database in the Epi-info 6.0 program and the Package statistical SPSS 22. **Results:** The bad oral habits if they are related to dental malocclusions in children from 06 to 12 years of the Private Educational Institution San Ignacio de Loyola, where the atypical swallowing, digital suction and labial suction are related to the anteroposterior dental malocclusions Class I, Class II-1, Class II-2 and Class III, observing that class I was the most frequent when there was atypical swallowing, digital suction and labial suction and without these, followed by class II-1, then the class III and finally class II-2; Likewise, mouth breathing, onychophagia and bruxism are also related to anteroposterior dental malocclusions of Class I, Class II-1, Class II-2 and Class III, observing that Class I was the most frequent when there was atypical swallowing, digital suction and labial suction without these, followed by class II-1, then class III and finally class II-2.

**Keywords.** Orthodontics, dental malocclusion, Angle classification, bad oral habits.

## LISTA DE CONTENIDO

	Pág.
Carátula.....	1
Hoja de aprobación .....	2
Dedicatoria .....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Lista de Contenido .....	7
Lista de Tablas.....	9
Lista de Gráficos .....	11
Introducción.....	13
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. Descripción de la Realidad Problemática .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. Formulación del Problema .....</b>	<b>16</b>
1.2.1. Problema Principal.....	16
1.2.2. Problemas Secundarios.....	16
<b>1.3. Objetivos de la Investigación .....</b>	<b>17</b>
1.3.1. Objetivo General.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos .....	17
<b>1.4. Justificación de la Investigación .....</b>	<b>17</b>
1.4.1. Importancia de la Investigación .....	18
1.4.2. Viabilidad de la Investigación .....	19
<b>1.5. Limitaciones del Estudio .....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Antecedentes de la Investigación.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2. Bases Teóricas .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3. Definición de términos básicos .....</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>53</b>
<b>3.1. Formulación de Hipótesis principal y derivadas .....</b>	<b>53</b>

3.1.1. Hipótesis General .....	53
3.1.2. Hipótesis Secundario .....	53
<b>3.2. Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual</b>	
<b>y operacional .....</b>	<b>54</b>
3.2.1. Operacionalización de Variables .....	54
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....</b>	<b>56</b>
<b>4.1. Diseño Metodológico .....</b>	<b>56</b>
4.2. Diseño Muestral.....	58
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez	
y confiabilidad.....	60
4.4. Técnicas de procesamiento de la información.....	62
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	63
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>65</b>
<b>5.1. Análisis descriptivo .....</b>	<b>65</b>
<b>5.2. Discusión .....</b>	<b>94</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>97</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>98</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>104</b>
Anexo N° 1: Solicitud.....	105
Anexo N° 2: Consentimiento informado .....	106
Anexo N° 3: Ficha odontológica .....	107
Anexo N° 4: Ficha clínica .....	108
Anexo N° 5: Matriz de consistencia.....	110

## LISTA DE TABLAS

Pág.

<b>Tabla Nº 01:</b> Deglución atípica, Succión digital y Succión labial con Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 .....	65
<b>Tabla Nº 02:</b> Respirador bucal, onicofagia y bruxismo con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.....	67
<b>Tabla Nº 03:</b> Prevalencia de malos hábitos bucales de deglución atípica En niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio De Loyola, Puno 2018.....	69
<b>Tabla Nº 04:</b> Prevalencia de malos hábitos bucales de succión digital, en Niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 .....	71
<b>Tabla Nº 05:</b> Prevalencia de malos hábitos bucales de succión de labio en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 .....	73
<b>Tabla Nº 06:</b> Prevalencia de malos hábitos bucales de respiración bucal en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 .....	75

**Tabla Nº 07:** Prevalencia de malos hábitos bucales de onicofagia en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 ..... 77

**Tabla Nº 08:** Prevalencia de malos hábitos bucales de bruxismo en niños De 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 ..... 79

**Tabla Nº 09:** Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en Niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 ..... 81

## LISTA DE GRÁFICOS

Pag.

**Gráfico N° 01:** Deglución atípica, Succión digital y Succión labial con Maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 ..... 66

**Gráfico N° 02:** Respirador bucal, onicofagia y bruxismo con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018..... 67

**Gráfico N° 03:** Prevalencia de malos hábitos bucales de deglución atípica en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 ..... 69

**Gráfico N° 04:** Prevalencia de malos hábitos bucales de succión digital, en Niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 ..... 71

**Gráfico N° 05:** Prevalencia de malos hábitos bucales de succión de labio en Niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 ..... 73

**Gráfico N° 06:** Prevalencia de malos hábitos bucales de respiración bucal en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018 ..... 75

**Gráfico N° 07:** Prevalencia de malos hábitos bucales de onicofagia en niños  
De 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola,  
Puno 2018 ..... 77

**Gráfico N° 08:** Prevalencia de malos hábitos bucales de bruxismo en niños  
De 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola,  
Puno 2018 ..... 79

**Gráfico N° 09:** Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en  
Niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de  
Loyola, Puno 2018 ..... 81

## INTRODUCCIÓN

El complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas como son el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existen factores externos que impida el normal desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los Hábitos bucales pueden ser considerados como factores externos o interferencias en el desarrollo mioesquelético. La maloclusión puede presentarse desde la edad más temprana cuando se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático, sin embargo las maloclusiones también pueden aparecer sin que estos existan.(1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, después de la enfermedad periodontal y de la caries dental. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con hábitos bucales, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos puede presentar también maloclusiones.(1)(2)

En este sentido, el objetivo de la presente investigación fue determinar la relación de los malos hábitos bucales con las maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la Realidad Problemática**

La investigación abordó como problema la relación de los malos hábitos bucales relacionados a maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno 2018, cuyas consecuencias bucales a la larga perjudican la salud integral del niño.

En vista que cada vez observamos una alta prevalencia de maloclusiones en jóvenes y adultos, mediante esta investigación se desea determinar los hábitos específicos que influyen en las diversas maloclusiones, enfocándonos en niños en edad escolar para contribuir a su detección prematura y posterior corrección. Un hábito es considerado como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de una manera consciente y luego inconsciente. Hay dos tipos de hábitos, siendo uno de ellos los fisiológicos o funcionales, como la respiración nasal, masticación, el habla y deglución,

y los no fisiológicos como la succión del dedo, chupón o labio, respiración bucal, interposición lingual en reposo y deglución infantil. (1)

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse<sup>1</sup>; pudiendo modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla. (2)

Diversas investigaciones han abordado este tema, sin embargo, no existen antecedentes claros en nuestro medio que especifiquen la relación de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en jóvenes puneños. Por lo cual la misión que tenemos los profesionales de la salud como los, odontólogos es valorar a sus pacientes en identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de maloclusiones; dejando así un aporte que se acoja a la realidad de la región de Puno teniendo en cuenta el patrón multirracial y el nivel sociocultural; por lo que creemos que es de gran importancia realizar esta investigación.

Por lo expuesto el propósito de la presente investigación será Identificar los malos hábitos bucales y las maloclusiones dentarias anteroposteriores en

niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuáles son los hábitos bucales que se relacionan con las maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál será la prevalencia de deglución atípica, succión digital, succión de labio respiratorio bucal, onicofagia y bruxismos en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno?
- ¿Cuál será la prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores, en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno?

### **1.3. Objetivos de la Investigación**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la relación de los malos hábitos bucales con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la prevalencia de los malos hábitos bucales de deglución atípica, succión digital, succión de labio respiratorio bucal, onicofagia y bruxismos en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno.
- Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno.

### **1.4. Justificación de la Investigación**

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia, realizado regular y automáticamente (3), puede ser considerado un comportamiento obtenido sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. El profesional

de la salud debe identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos, evitando en lo posible el desarrollo de las maloclusiones.

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional (4,5).

La presente investigación tendrá relevancia profesional y social porque de acuerdo a diversos trabajos realizados en nuestro país se conoce la alta prevalencia de maloclusiones dentarias. Por lo tanto, debemos tener en cuenta que los resultados de esta investigación proporcionarían información útil a diversos investigadores y profesionales de odontología, y así realizar una odontología preventiva, identificando los hábitos precozmente. Además, tiene relevancia teórica porque nos permitirá establecer la relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en la Institución Educativa Privada “San Ignacio de Loyola” de la ciudad de Puno.

#### **1.4.1. Importancia de la Investigación**

La importancia del estudio para la odontología de los hábitos bucales radica en que los hábitos bucales parafuncionales no detectados y corregidos a tiempo, modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos

entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. El profesional de la salud debe identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos, evitando en lo posible el desarrollo de las maloclusiones.

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.

En vista que cada vez se observa una alta prevalencia de maloclusiones en niños, y al no existir antecedentes claros en nuestro medio que especifiquen la relación de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños puneños, es el propósito de esta investigación relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con las maloclusiones dentales encontradas en niño de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno 2018.

#### **1.4.2. Viabilidad de la Investigación**

La investigación es considerada como viable porque se realizará el análisis prospectivo, se cuenta con la disponibilidad de unidades de estudio como son los estudiantes de la Institución Educativa Privada San Ignacio de

Loyola. Puno. Asimismo se dispone de recursos tales como: infraestructura, equipos, materiales y también porque se tiene conocimientos retrospectivos, así como tiempo necesario para realizar la investigación.

### **1.5. Limitaciones del Estudio**

En la bibliografía revisada se ha encontrado pocos trabajos nacionales sobre hábitos bucales relacionados con las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años; se cuenta con más datos provenientes de otras partes del mundo que nos permitirá consolidar la eficacia del estudio.

No se encontró información registrada y almacenada en el Ministerio de Salud de la ciudad de Puno ya que carece de un debido procesamiento que nos facilite tener información al respecto del estudio. En este punto también se debe indicar las trabas burocráticas que puede alargar el trabajo.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación.**

##### **2.2.1. Antecedentes internacionales**

**Murrieta J. y Cols. (2011).** En este estudio evaluaron la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en un grupo de escolares. El estudio fue epidemiológico de carácter descriptivo, observacional, transversal y prolectivo, en el que se incluyeron 211 escolares. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales se realizó en dos etapas: 1) aplicación de un cuestionario al padre de familia y 2) valoración clínica del niño. Como resultados obtuvieron que el 68.2% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal parafuncional, siendo la onicofagia el hábito de mayor prevalencia. La relación entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales resultó ser significativa, mientras que la relación entre el género y los hábitos bucales parafuncionales no estuvieron

asociados. Llegaron a la conclusión que la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue alta y estuvo asociada con la edad. (6)

**Aguilar M. y Cols. (2011).** Este estudio tuvo como objetivo comprobar la influencia de ciertos hábitos orales nocivos en el desarrollo de las maloclusiones. Para comprobar la influencia de las unas sobre las otras y la relación entre distintas maloclusiones, realizaron un estudio descriptivo transversal de 525 historias clínicas escogidas al azar de pacientes que acudieron al servicio de Ortodoncia del Hospital San Rafael de Madrid. Se cruzaron las variables de maloclusión en los tres planos del espacio: clase I, II ó III; mordida abierta y/o sobremordida; y mordida cruzada y/o en tijera con los hábitos orales considerados nocivos: succión digital, deglución atípica, respiración oral, onicofagia. Tras el estudio estadístico de correlación de Pearson/ t de Student se concluyó que: la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta. Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que pacientes de clase I ósea. (7)

**Solarte J. y Cols (2011)** En este estudio determinaron la prevalencia de alteraciones de la oclusión en población escolar de 5 a 16 años del corregimiento de Genoy (Pasto), durante el año 2010. Utilizaron un método de estudio transversal en 439 escolares en la Institución Educativa Municipal Francisco de La Villota correspondiente al sector público del Corregimiento de Genoy, municipio de Pasto (Colombia). Realizaron un examen clínico y se recogieron variables sociodemográficas, presencia de

caries, características de los arcos, relación molar derecha e izquierda en dientes deciduos y permanentes y alteraciones de la oclusión. Hicieron un estudio descriptivo de frecuencias totales y por sexo. Cálculo de razones de prevalencia (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) para determinar asociación entre el sexo y las principales alteraciones de la oclusión. Obtuvieron que la prevalencia de caries fue del 88%. Las alteraciones de la oclusión que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mordida abierta anterior con un 10%; con mayor frecuencia en mujeres sin diferencias significativas y mordida cruzada anterior en un 9,6% con mayor prevalencia en mujeres y diferencias significativas  $p < 0,05$ . Los hábitos que presentaron mayor frecuencia fueron: deglución atípica (38%), dificultad en la pronunciación (19%) y onicofagia (15%). Las mujeres presentaron mayor frecuencia de relación molar clase I y los hombres mayor frecuencia de clase II y clase III. Concluyeron que se presentaron algunas variaciones en el diagnóstico de alteraciones de la oclusión por sexo, siendo mayor frecuencia de clase I, mordida cruzada y abierta anterior en mujeres. Sugieren estrategias específicas que permitan establecer los principales factores de riesgo para estas alteraciones. (8)

**Bhayya D., y Cols. (2009).** En este estudio evaluaron la prevalencia de hábitos orales en niños 11-13 años de edad en la ciudad Gulbarga, India. Recopilaron datos de 1000 niños del grupo de edad 11-13 años, asistiendo a diferentes escuelas primarias de la ciudad de Gulbarga. La información relativa del estudio fue obtenida de los padres en forma de cuestionario, seguido de la exploración. Se obtuvieron resultados, en los cuales, de los 1.000 niños examinados, el 38% tenían hábitos orales, de los cuales el 18%

tenían hábito de empuje lingual, el 17% tenía el hábito de respiración bucal y sólo el 3% tienen hábito de onicofagia. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de hábitos entre hombre y mujer, excepto para el hábito de morderse las uñas. Prevalencia del hábito oral disminuye con el aumento de edad. Se llega a la conclusión que la mayoría de los niños tenían hábitos orales. Esto pone de relieve la importancia de identificar a los niños que están en necesidad de tratamiento ortodóncico preventivo para evitar la aparición futura de maloclusión. Además, se sugiere que el mismo patrón de investigación tiene que ser hecho en amplios estratos para identificar las maloclusiones. (9)

**Aguilar M y Cols (2009).** En estudio tuvieron como objetivo conocer la frecuencia y grado de maloclusión que presenta nuestra población, así como conocer la frecuencia de los hábitos orales que se consideran factores etiológicos de maloclusión. Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre 1220 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 6 y 12 años escolarizados en colegios públicos de ámbito rural de la provincia de Toledo (España). Una odontóloga y una higienista hicieron una revisión completa anotando los hábitos orales y las maloclusiones que estos escolares presentaban tras obtener el consentimiento informado firmado de los padres y/o tutores. Los resultados son: frecuencia de maloclusión 23,49 %; frecuencia de hábitos orales anómalos por orden de frecuencia: onicofagia 44,4%, respiración oral 37,2%, succión digital 3,9% y deglución atípica 3,1%. Concluyeron que es importante conocer la etiología de las maloclusiones para dar un correcto diagnóstico; y así un tratamiento

adecuado que debe ser multidisciplinar, con colaboración de pediatras, odontólogos, psicólogos, ortodoncistas y otorrinolaringólogos. (10)

**Cambior A. y Cols (2008).** Este estudio realizó un estudio en el Centro Odontopediátrico de Carapa con una muestra de 10.343 pacientes con edades comprendidas entre 2 y 16 años de edad, que asistían al Centro desde hace 7 años, con finalidad de demostrar la cantidad de pacientes con maloclusión, a su vez informar a la población acerca de este tema, la etiología, prevención y tratamiento a una edad temprana. Debemos tener presente que la apariencia dental y facial, ya sea de un niño o de un adolescente, determina en gran medida su grado de autoestima personal, que suele aumentar a medida que el tratamiento armoniza los dientes, los labios y cara del paciente. Los datos arrojados fueron los siguientes: el 28,1% de los pacientes presentaron maloclusiones y el 71,9% de los pacientes no presentaron maloclusiones. El género donde prevalece la mayor cantidad de maloclusiones es el femenino con un 52,3% (1.163 pacientes femeninas), mientras que el género masculino se obtuvo solo un 47,7% (1.058 pacientes masculinos). Encontraron prevalencia de maloclusiones en el grupo de 8 a 11 años de edad con un 40,43%, lo que equivale a 898 pacientes, seguido por el rango de 2 a 7 años con un 31,83%, y entre 12 a 16 años con un 27,28%. Observaron que la maloclusión que predomina es la clase I tipo 1 con un 36,10%; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% y por último la clase II tipo 1 con un 17,55%. Siendo el hábito más frecuente la deglución atípica con un 12,08%, seguido por los respiradores bucales con un 6,78% y por último la succión digital con 4,71%. Concluyeron que

solo 2.221 pacientes presentan maloclusiones. Siendo la maloclusión tipo I la de mayor predominio y el hábito más frecuente la deglución atípica. (11)

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

### **2.2.2. A nivel nacional**

**Ponce C. C. (2010).** El objetivo del presente estudio fue identificar si los Hábitos Alimenticios y de Higiene tenían relación con la prevalencia de caries dental. El estudio se realizó en los Consultorios de niño Sano de los distritos de Hunter y Socabaya de la Red de Salud Arequipa Caylloma. La muestra, fue conformada por 110 niños de 6 a 36 meses de edad. Los datos fueron recogidos en el mes de abril del año 2010 mediante un examen clínico para determinar la prevalencia de caries y un cuestionario administrado a las madres para determinar los hábitos de higiene, dieta y patrón de lactancia. La prevalencia de caries en infantes encontrada en los distritos de Socabaya y Hunter, fue del 81.8%, con un promedio de 6.5 piezas afectadas, 0 piezas afectadas como mínimo y un máximo de 20 piezas afectadas. En cuanto a los hábitos alimenticios, se encontró que estos están relacionados con la prevalencia de caries en infantes de 6 a 36 meses. Estos factores son: realización de la higiene dental, los elementos usados para la higiene dental y la frecuencia de cepillado. Los hábitos de higiene dental estadísticamente, sí están relacionados con la prevalencia de caries en los infantes. Los factores relacionados son: la ingesta diaria de azúcares, la ingesta de bebidas azucaradas, el consumo de dulces, el consumo de leche materna y el uso de biberón para dormir. Contrastando los resultados obtenidos con la hipótesis planteada, aceptamos ésta, dado que se ha demostrado que tanto los hábitos alimenticios como los de higiene bucal influyen en la prevalencia de caries dental en la población de estudio. (13)

## 2.2. Bases Teóricas

### 2.2.1. Hábitos Bucales

Un hábito puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente. (3)

#### a) Clasificación

Se clasifican en 2 tipos:

**Hábitos Fisiológicos:** son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución.

**Hábitos No Fisiológicos:** son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, 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, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Dentro de estos hábitos tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica.(3)

#### b) Factores que modifican la acción de un hábito

- **Duración:** Por su duración pueden sub clasificarse:

**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:** (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir mal posiciones dentarias en los dientes primarios.

Si el hábito cesa ante de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos.

**Escolar:** (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir mal posiciones dentarias y malformaciones dento esqueléticas.(4)

**c) Frecuencia: Pueden ser intermitente (diurno) o continuos (nocturno)**

- **Intensidad:** Se clasifican en:

**Poca intensa:** presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.

**Intensa:** Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable. (14)

#### **d) Etiología**

Los hábitos bucales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional.(15)

#### **e) Tipos**

##### **a. Deglución**

Deglutir significa obtener un cierto volumen en la boca, cerrar los labios y presionar suavemente la lengua contra el paladar, llevando el contenido hacia las vías digestivas. No hay participación de la musculatura facial, especialmente de los músculos de la mímica. La deglución, así como todas las funciones del aparato estomatognático, en el recién nacido normal y sano son perfectas. En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil).

Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder. La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central. (16)

## **b. Deglución Normal:**

En la deglución madura normal no se produce protrusión lingual y una postura adelantada, se caracteriza por (15):

La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual.

La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura por el V par.

No hay actividad contráctil al nivel de los músculos periorales, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.

La lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.

En el interior de la cavidad oral se deglute 500-600 veces diarias una vez cada dos minutos aproximadamente. (15)

### **2.2.1.1. Deglución Atípica**

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

El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe.

Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.(15)

#### **a) Etiología de la deglución atípica**

- Amígdalas hipertróficas.
- Macroglosia (la cual es poco frecuente).
- Alimentación prolongada por medio de biberón.
- Pérdida prematura de los dientes temporales anteriores. (16)

#### **b) Consecuencias de la deglución atípica**

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores
- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borla del mentón.(16)

### **c) Tratamiento de la deglución atípica**

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia miofuncional, que consiste en una serie de ejercicios que tiene el objetivo de eliminar los esquemas neuromusculares de este hábito y fijar nuevos, enfocados en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitando la posición y función de los músculos de la lengua, labios, mejillas y del velo palatino. (17)

Reeducación de la posición lingual: usar una pastilla de menta mini, en donde se le indica al niño que mantenga al mismo con la punta de la lengua en contacto con la zona de las rugosidades palatinas. Mientras mantiene así a la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir. Frecuencia: mantener la pastilla en posición hasta que esta se disuelva.

Mientras el paciente educa su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución se puede realizar tratamiento de tipo ortodónticos. Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional tenemos: Los restrictores, que poseen como único objetivo el evitar, a través de "obstáculos", que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión: rejillas o trampa lingual removible.

Los estimuladores, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: Perla de Tucat en un retenedor tipo Hawley, Pantalla Vestibular.(17)

#### **d) Tipos de Deglución Atípica**

Deglución atípica con interposición labial:

Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y 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. Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. 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, aumenta el resalte y la sobremordida.

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.(17)

#### **e) Tratamiento de la deglución atípica con interposición labial**

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa 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.(16)

- **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 músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción.(16)

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

Tipo I: no causa deformación

Tipo II: con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

- **Mordida abierta anterior:** la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
- **Mordida abierta y vestíbulo versión:** la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una

presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular.

- **Mordida abierta anterior:** vestibulo versión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo. (16)

- **Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II:**

Placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucat que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impedidor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impedidora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores.

Además de impedir la interposición de la lengua, la aparatología removible puede servir también como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina.(17)

**Tipo III:** con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:

**Mordida abierta lateral:** la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.

Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado. (17)

- **Tratamiento de la deglución atípica tipo III:**

El aparato utilizado es el mismo de antes, solo que la rejilla impedidora se colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución mediante el reeducador.(17)

Tipo IV: con presión lingual anterior y lateral: las maloclusiones resultantes son:

- Mordida abierta anterior y lateral.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior. (17)

**f) Succión**

La palabra succión según el diccionario de la lengua española y Larousse es la extracción de un líquido con los labios de una cosa siendo este un instinto reflejo. El reflejo de succión constituye una respuesta innata que se

da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses. Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo. Esta organización nerviosa temprana permite al niño alimentarse de su madre por lo que la succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica. Este reflejo de succión es considerado normal hasta que el niño alcanza los tres años de edad, momento en el cual, con la aparición de las piezas temporales es reemplazado gradualmente con la masticación. Se considera un mal hábito cuando persiste estando las piezas en boca.(16)

#### **2.2.1.2. Succión Digital**

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. La Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, este hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continúa después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y la presión que ejerce la mano y el brazo conduce a una mordida cruzada unilateral por desviación de la mandíbula. (16)

##### **a) Etiología**

La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otras psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras

alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento.

Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos u odontológicos.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar.(16)

#### **b) Tipos de hábitos de succión Digital**

Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.

Succión de otros dedos. Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán

o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan.(16)

### **c) Consecuencias**

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

La Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores; aumento de la distancia horizontal entre los dientes superiores e inferiores cuando estos están en contacto.(16)

#### **d) Tratamiento**

Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de la succión del pulgar 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 ortodóncicos y/o tratamiento miofuncional.

Utilización de dispositivos ortodóncicos: El uso de dispositivos ortodóncicos lo podemos dividir en:

- Aparatología Removible (miofuncional)
- Aparatología Fija (restrictivos)

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son los arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores.(14, 15, 16)

#### **2.2.1.3. Succión Labial**

Este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. En la mayoría el labio inferior es el que está implicado, aunque se ha observado hábitos de mordisqueo del labio superior.

La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, una lingualización del frente incisivo mandibular, con el consiguiente incremento del resalte y una mordida abierta anterior. En el tratamiento está indicado el lip bumper.(15)

#### **2.2.1.4. Respiración**

La respiración nasal o normal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y se apoya contra el paladar produciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Las fosas nasales limpian y calienta el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas. (18)

## **a) Respiración oral**

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua y de la propia cabeza en menor medida, parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua.

Todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros. (18)

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por lo que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.

Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.(18)

## **b) Etiología de Respiración oral**

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas
- Presencia de Pólipos Nasales
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas y Bronquitis
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias.(18)

## **c) Características faciales y dentarias de la respiración oral**

Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)

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

- Paladar alto u ojival

- Retrognatismo del maxilar inferior
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- Perfil convexo. (18)

#### **d) Tratamiento de la respiración oral**

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)

- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.
- Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.
- Terapia Miofuncional.(18)

#### **2.2.1.5. Onicofagia**

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprender, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior.

En algunos casos se observa intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores. (19)

### **a) Corrección**

Se le pide al paciente que muerda el mordedor de goma, cinco minutos sin parar, siempre que tenga ganas de roer las uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso, tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco o diez minutos.(21)

### **2.2.1.6. Bruxismo**

Se define como un hábito no funcional al contacto forzoso entre las superficies oclusales de los dientes, es involuntario, el exceso de molienda, apretar o el roce de los dientes durante los movimientos funcionales del sistema masticatorio. El bruxismo puede ocurrir durante el día o durante la noche.

Rechinar los dientes suele ocurrir durante el sueño nocturno, el cual ha sido nombrado bruxismo y está asociada a trastornos cráneo-mandibulares incluyendo dolores de cabeza, molestias en la articulación temporomandibular, dolor muscular, pérdida prematura de los dientes debido al desgaste excesivo y la movilidad, y la interrupción del sueño del individuo, así como de que el compañero de cama.

También tiene consecuencias sobre el aspecto facial, pues se producen hipertrofias musculares, especialmente de los músculos maseteros, provocando la facies maseterina.(19)

La etiología del bruxismo se ha atribuido a factores sistémicos, como los parásitos intestinales, deficiencias nutricionales, alergias y desordenes endocrinos y también a factores locales, especialmente maloclusión o diente supernumerario y factores psicológicos. La genética también juega un rol.

En general se cree que el bruxismo del sueño es más frecuente en la infancia, aunque no es raro en los adultos y ocurre con menos frecuencia en la vejez. En los últimos años, el bruxismo ha convertido en una preocupación creciente en los niños debido a sus efectos negativos en la calidad de vida y también por ser considerado un importante factor de riesgo para las disfunciones temporomandibulares.

Puede causar desgaste de los dientes y, en casos más graves, trauma dental. En los niños, el bruxismo se está convirtiendo cada vez más en una condición común.(21)

### **2.2.2. Maloclusiones dentarias:**

La maloclusión, según Angle es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.(22)

#### **a) Etiología de la maloclusión**

De acuerdo a Graber, los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en:

- Factores generales:

- Herencia
- Defectos congénitos
- Medio ambiente
- Problemas nutricionales
- Postura
- Trauma y accidentes. (22)

#### **b) Factores locales**

Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas

- Anomalías en el tamaño de dientes
- Anomalías en la forma de los dientes
- Frenillo labial anormal, barreras mucosas
- Pérdida prematura de dientes
- Retención prolongada de dientes
- Brote tardío de los dientes
- Vía de brote anormal

- Anquilosis
- Caries dental
- Restauraciones dentales inadecuadas.(22)

### **c) Clasificación**

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento.

Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.(23)

### **d) Maloclusión anteroposterior:**

- **Clasificación de Angle**

Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas que se distinguen de la oclusión normal. Las clases de maloclusión fueron divididas en I, II y III.(22)

- **Clase I**

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior,

evidenciada por la llave molar (la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior).

Estos pacientes presentan un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

- **Clase II**

Son las maloclusiones en las cuales el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Estos pacientes presentan el perfil convexo.

**Clase II división 1:** tiene como característica la inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son comunes los desequilibrios de la musculatura facial, causada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores, el perfil es convexo.

**Clase II división 2:** se caracteriza por presentar incisivos superiores verticalizados o palatinizados. Los perfiles son rectos o ligeramente convexos. (22)

- **Clase III**

En esta maloclusión el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. El perfil facial es cóncavo, la musculatura está desequilibrada. Es común la mordida cruzada anterior y posterior. (23)

## 2.3. Definición de Términos Básicos

**2.3.1. Hábitos:** Se define como una costumbre que al principio es consciente y con la práctica se hace inconsciente.(4)

**2.3.2. Hábito bucal no fisiológico:** Es la práctica repetida en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo.(4)

**2.3.3. Maloclusión:** Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares.(13)

**2.3.4. Maloclusión anteroposterior:** Es la clasificación de Angle; nos da la posición del primer molar superior permanente como punto fijo de referencia. También se incluyen aquí el resalte aumentado y la mordida cruzada anterior.(17)

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

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

##### **3.1.1. Hipótesis General**

Los malos hábitos bucales están relacionados con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno. 2018.

##### **3.1.2. Hipótesis Específicas**

- La prevalencia de deglución atípica, succión digital, succión de labio, respiración bucal, onicofagia y bruxismo es alta en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyolade la ciudad de Puno

- La prevalencia de maloclusiones dentarias es alta en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno.

### 3.2. Variables

#### a) Variable de Estudio

- Hábitos bucales

#### b) Variable Interviniente

- Maloclusiones dentarias

#### 3.2.1. Operacionalización de Variables

Variable	Delimitación conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala	Categoría
<b>INDEPENDIENTE</b>  <b>Hábitos Bucales</b>	Costumbre adquirida por repetición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deglución atípica.</li> <li>• Succión Digital.</li> <li>• Succión de labio.</li> <li>• Respiración bucal.</li> <li>• Onicofagia.</li> <li>• Bruxismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Deglución atípica.</b> interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil.</li> <li>• <b>Succión Digital.</b> introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral.</li> <li>• <b>Succión de labio.</b> variante o sustitución de la succión digital, interponer el labio entre los dientes</li> <li>• <b>Respiración bucal.</b> Acción de inspirar y expirar por medio de la cavidad bucal</li> <li>• <b>Onicofagia.</b> El hábito de comer las uñas</li> <li>• <b>Bruxismo.</b> hábito no funcional al contacto forzoso entre las superficies oclusales de los dientes, es involuntario,</li> </ul>	Nominal	Si/no

<p><b>DEPENDIENTE</b></p> <p><b>Maloclusiones dentarias anteroposteriores</b></p>	<p>Es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal, en el sentido anteroposterior</p>	<p>Diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Clase I:</b> hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar</li> <li>• <b>Clase II división 1:</b> tiene como característica la inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son comunes los desequilibrios de la musculatura facial, causada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores, el perfil es convexo.</li> <li>• <b>Clase II división 2:</b> se caracteriza por presentar incisivos superiores verticalizados o palatinizados. Los perfiles son rectos o ligeramente convexos.</li> <li>• <b>Clase III:</b> el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior.</li> </ul>	<p>Ordinal</p>	<p>Clase I Clase II-1 Clase II-2 Clase III</p>
---	---	--------------------	---	----------------	--

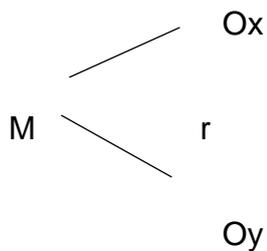
## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1. Diseño Metodológico

- **Observacional.-** Porque es un estudio concreto que mide las variables que se tienen en cuenta en el estudio.

El esquema del presente estudio, es el siguiente:



Donde= M es la muestra, Ox es la variable de hábitos bucales, r es la relación que existen entre las dos variables y Oy es la variable de maloclusiones.

#### **4.1.1. Tipo de Investigación**

Cuantitativa porque da como resultado un coeficiente  $r$ .- logrado a través de la tabulación de los datos mediante su procesamiento con la aplicación de fórmulas específicas.

#### **4.1.2. Nivel de Investigación**

Relacional porque tiene como propósito determinar el grado de relación de las variables, detectando hasta qué punto las alteraciones de una depende de la otra.

#### **4.1.3. Método de la Investigación**

- **Prospectivo.-** Porque es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizarán transcurridos un determinado tiempo, en el futuro.
- **No experimental.-** Porque se realizará sin manipular las variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.
- **Transversal.-** Porque esta diseñado para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo.

## **4.2. Diseño muestral**

### **4.2.1. Población y Muestra de la Investigación**

#### **4.2.1.1. Población**

Para el presente estudio de investigación se trabajó con 360 estudiantes matrículas en el año académico 2018, del primer grado al sexto grado de educación primaria.

##### **4.2.1.1.1. Criterios de Inclusión**

Pacientes de 6 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno 2017.

##### **4.2.1.1.2. Criterios de Exclusión**

Pacientes niños y niñas de 6 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno 2017

#### 4.2.2. Muestra

Mediante el método probabilístico aleatorio simple se determinó la muestra que estuvo conformado por 175 niños.

$$n = \frac{N \cdot d^2 \cdot Z^2}{(N-1) E^2 + d^2 Z^2}$$

**Donde:**

N= Población

Z = Nivel de confianza=95% = 1.96

d<sup>2</sup>= varianza = 0.25

E = error =0.03

n = Muestra

$$n = \frac{360 \cdot (0.25) \cdot (1.96)^2}{(360 - 1) \cdot (0.03)^2 + (0.25) \cdot (1.96)^2}$$

$$n = \frac{360 \cdot 0.0625 \cdot 3.8416}{359 \cdot 0.0009 + 0.0625 \cdot 3.8416}$$

$$n = \frac{81.2651}{0.465}$$

$$n = 174.764$$

$$\mathbf{n = 175}$$

Reemplazando los valores en la fórmula, tenemos un tamaño muestral representativo de 175 unidades de estudio.

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

#### **4.3.1. Técnicas**

Su usó la técnica de observación.

Se solicitó autorización a los promotores del colegio “San Ignacio de Loyola” para llevar a cabo el proyecto de tesis en los estudiantes de 06 a 12 años; (anexo 1), asimismo, a los padres de familia se les pidió su consentimiento para que permitieran que sus hijos de la misma forma a los niños se pidió su aprobación informado de quienes fueran incluidos en el estudio, cubriendo de esta manera con los aspectos éticos y legales de la investigación, (anexo 2).

#### **4.3.2. Instrumentos**

Para la exploración bucal se utilizó sillas, una mesa, espejos dentales, regla milimetrada, hilo dental para medir la línea media y luz del día. Se registraron los datos en una ficha clínica. De igual manera, se cuidaron los aspectos relacionados con la asepsia y antisepsia, para lo cual se utilizó guantes desechables, gorro, mascarilla y lentes protectores.

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 coincidieron positivamente.

Durante la valoración clínica fueron tomados en cuenta los siguientes criterios:

El examen extrabucal, que comprendió la exploración de:

Biotipo facial: mesofacial, braquifacial y dolicofacial.

Labios, para observar lo siguiente:

- a) competencia o incompetencia labial;
- b) cierre postural de labios;
- c) labio superior e inferior normal o corto;
- d) seco o humectado.

La tonicidad de los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón.

Las uñas y cutículas de los dedos, para verificar algún desgaste o la mordedura de las mismas, así como alguna posible inflamación o infección.

Los dedos, para comprobar la limpieza o la presencia de callosidades.

El examen intrabucal comprendió la exploración de: las piezas dentarias, problemas de maloclusión dentaria anteroposterior, vertical y transversal, espaciamiento anterior y posterior de los dientes, apiñamiento, desviación

de la línea media tanto superior como inferior, forma del paladar, lengua, amígdalas, problemas periodontales, facetas de desgaste de los dientes.

#### **4.3.3. Validez**

La validación de los instrumentos constó de 10 criterios de evaluación, las cuales fueron revisadas por los expertos profesionales, en donde, después de varias sugerencias, el instrumento quedó finalmente validado para su aplicación con la respectiva firma del experto.

#### **4.4. Técnicas de Procesamiento de la información**

Posteriormente con la información obtenida se construyó una base de datos en el programa Epi-info 6.0, este programa permitió procesar los datos y analizarlos mediante tablas de frecuencias absolutas, relativas y de contingencia. Se utilizaron estas tablas, ya que permitió sistematizar los resultados y ofrecer una visión numérica, sintética y global del fenómeno observado y de las relaciones entre sus diversas características o variables empleando el procedimiento mixto, por el uso sistémico de la computadora y de manera manual, siguiendo los siguientes planes de operaciones:

- **Clasificación de datos:** Se utilizó una matriz de sistematización. Las variables fueron ordenadas y tabuladas
- **Recuento:** La información clasificada se contabilizó en matrices de conteo
- **Codificación:** Se utilizó la codificación del índice ceod

#### 4.5. Técnicas Estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Para el presente trabajo de investigación se utilizó el Paquete estadístico SPSS 22. Se realizaron estadísticas descriptivas mediante frecuencias absolutas y relativas, se aplicó exploratoriamente el estadístico Chi cuadrado al 95% de confianza con un  $p < 0.05$ , para evaluar la relación entre las variables y establecer asociación entre estas.

Para establecer la correlación entre las variables dependiente e independiente se aplicó la prueba estadística de correlación simple cuya fórmula es:

$$X_C^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

**Donde:**

$X_C^2$  = Chi cuadrada calculada

$O_{ij}$  = Valor observado

$E_{ij}$  = Valor esperado

$r$  = Número de filas

$c$  = Número de columnas

## Regla de decisión

$X_c^2 > X_t^2$  Entonces rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna. Caso contrario se aceptará la hipótesis nula.

## Comprobación de hipótesis

**H<sub>a</sub>:** Los malos hábitos bucales si están relacionados con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno 2018.

**H<sub>o</sub>:** Los malos hábitos bucales no están relacionados con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno 2018.

En el presente trabajo no existió implicancias contra la ética y la moral del participante debido a que se les pidió mediante el consentimiento informado su participación para la evaluación clínica y el llenado de la ficha de recolección de datos.

## CAPITULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla N° 01

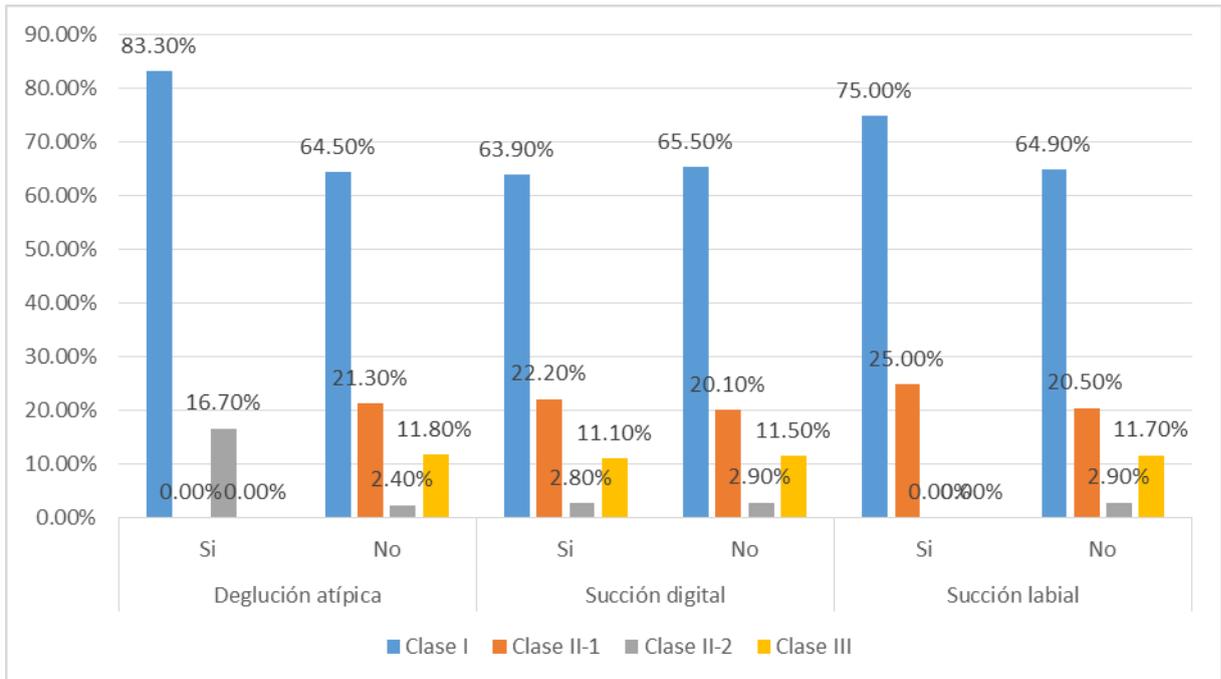
**Deglución atípica, Succión digital y Succión labial con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

	Deglución atípica				Succión digital				Succión labial			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clase I	5	83.3%	109	64.5%	23	63.9%	91	65.5%	3	75.0%	111	64.9%
Clase II-1	0	0.0%	36	21.3%	8	22.2%	28	20.1%	1	25.0%	35	20.5%
Clase II-2	1	16.7%	4	2.4%	1	2.8%	4	2.9%	0	0.0%	5	2.9%
Clase III	0	0.0%	20	11.8%	4	11.1%	16	11.5%	0	0.0%	20	11.7%
Total	6	100.0%	169	100.0%	36	100.0%	139	100.0%	4	100.0%	171	100.0%

**Fuente: Matriz de Datos**

### Gráfico N° 01

Deglución atípica, Succión digital y Succión labial con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018



### Interpretación

La tabla N° 01, muestra deglución atípica, succión digital y succión labial con las maloclusiones dentarias anteroposteriores Clase I, Clase II-1, Clase II-2 y Clase III, se observa que la clase I fue la más frecuente cuando hubo deglución atípica, succión digital y succión labial y sin éstas, seguido de la clase II-1, luego la clase III y finalmente la clase II-2.

**Tabla N° 02**

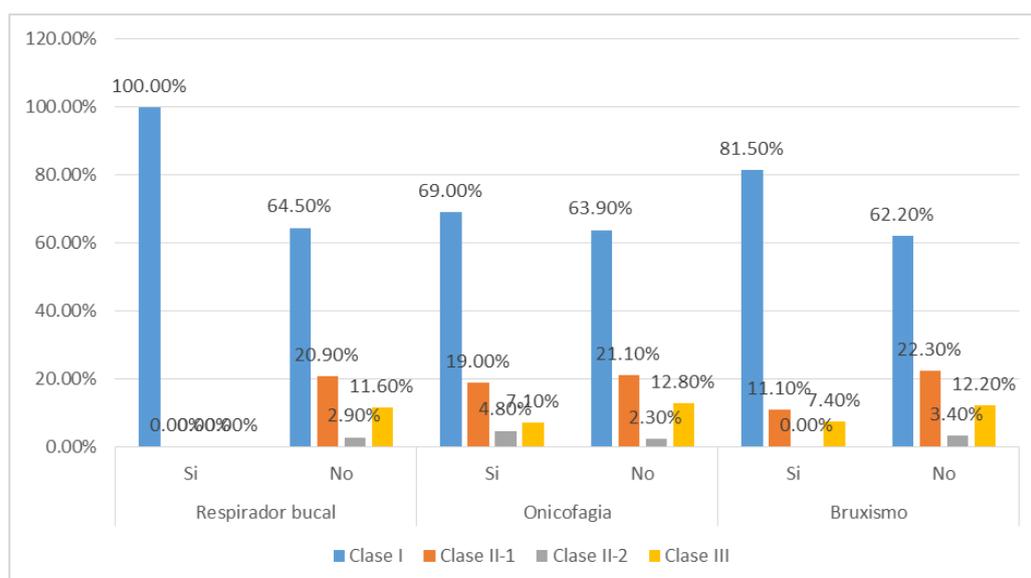
**Respirador bucal, onicofagia y bruxismo con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

	Respirador bucal				Onicofagia				Bruxismo			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clase I	3	100.0%	111	64.5%	29	69.0%	85	63.9%	22	81.5%	92	62.2%
Clase II-1	0	0.0%	36	20.9%	8	19.0%	28	21.1%	3	11.1%	33	22.3%
Clase II-2	0	0.0%	5	2.9%	2	4.8%	3	2.3%	0	0.0%	5	3.4%
Clase III	0	0.0%	20	11.6%	3	7.1%	17	12.8%	2	7.4%	18	12.2%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100.0%</b>	<b>172</b>	<b>100.0%</b>	<b>42</b>	<b>100.0%</b>	<b>133</b>	<b>100.0%</b>	<b>27</b>	<b>100.0%</b>	<b>148</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Matriz de Datos

**Gráfico N° 02**

**Respirador bucal, onicofagia y bruxismo con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018**



**Fuente:** Matriz de Datos

## **Interpretación**

La tabla N° 02, muestra la respiración bucal, onicofagia y bruxismo con las mal oclusiones dentarias anteroposteriores Clase I, Clase II-1, Clase II-2 y Clase III, se observa que la clase I fue la mas frecuente cuando hubo deglución atípica, succión digital y succión labial y sin éstas, seguido de la clase II-1, luego la clase III y finalmente la clase II-2.

**TABLA N° 03**

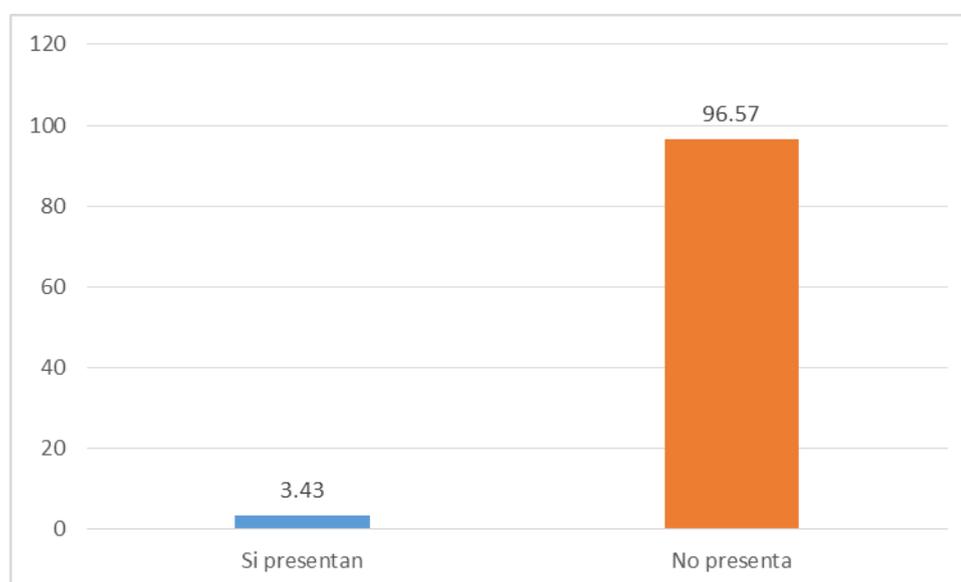
**Prevalencia de malos hábitos bucales de deglución atípica en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

		Niños	
		N	%
Prevalencia	Si presentan	6	3.43
	No presenta	169	96.57
Total		175	100.00

**Fuente:** Matriz de datos

**GRÁFICA N° 03**

**Prevalencia de malos hábitos bucales de deglución atípica en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**



**Fuente:** Matriz de datos

## **Interpretación**

La tabla y gráfico N° 03 muestra la prevalencia de malos hábitos bucales de deglución atípica en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola al realizar el examen bucal se encontró que el 3.43% de los niños presentan deglución atípica y el 96.57% no presentan.

**TABLA N° 04**

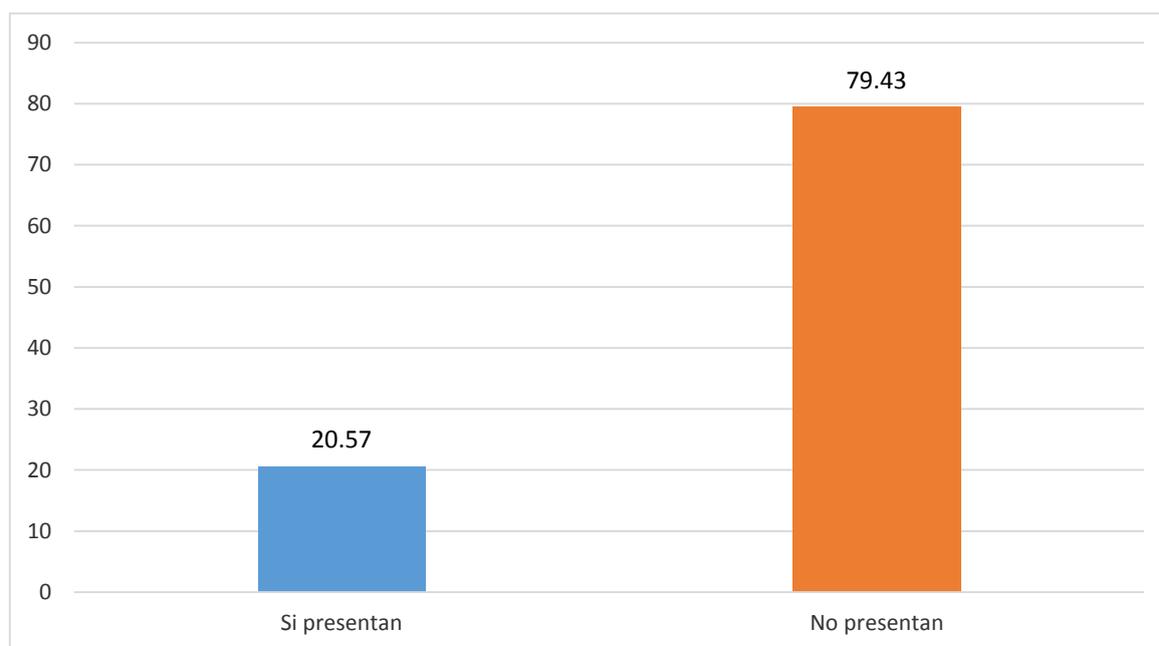
**Prevalencia de malos hábitos bucales de succión digital, en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

		Niños	
		N	%
Prevalencia	Si presentan	36	20.57
	No presenta	139	79.43
Total		175	100.00

**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

**GRÁFICO N° 04**

**Prevalencia de malos hábitos bucales de succión digital, en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**



**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

## **Interpretación**

La tabla y gráfico N° 04 nos presenta los resultados encontrados con respecto a la prevalencia de malos hábitos bucales de succión digital. Se encontró que el 20.57% de los niños presentan succión digital y el 79.43% no presentan.

**TABLA N° 05**

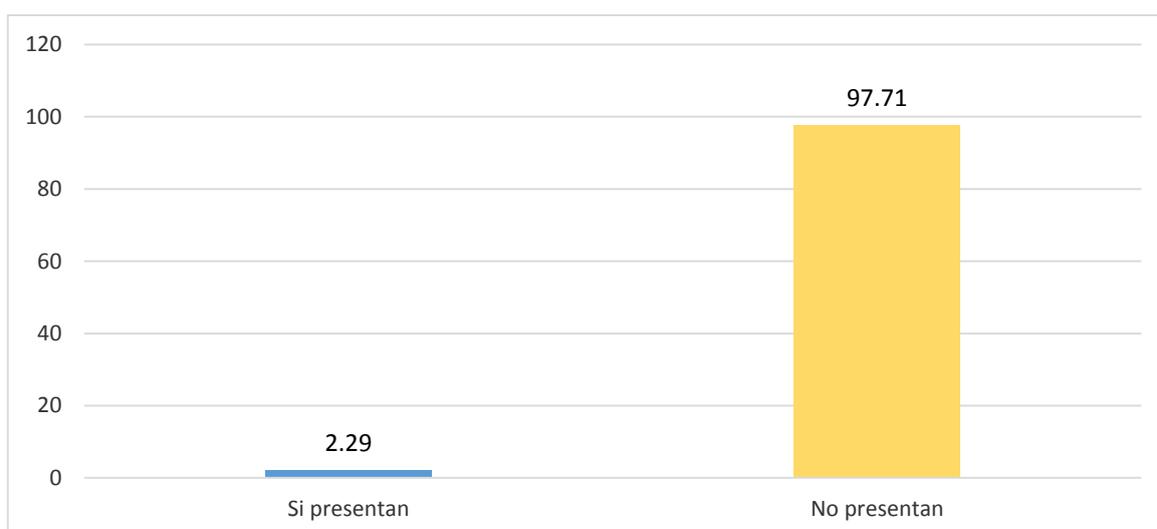
**Prevalencia de malos hábitos bucales de succión de labio en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

		Niños	
		N	%
Prevalencia	Si presentan	4	2.29
	No presenta	171	97.71
Total		175	100.00

**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

**GRÁFICO N° 05**

**Prevalencia de malos hábitos bucales de succión de labio en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**



**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

## **Interpretación**

En la tabla y gráfico N° 05 se observa la prevalencia de malos hábitos bucales de succión de labio en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, los resultados acerca de los malos hábitos bucales encontramos que el 2.29% de los niños presentan succión de labio y el 97.71% no presentan.

**TABLA N° 06**

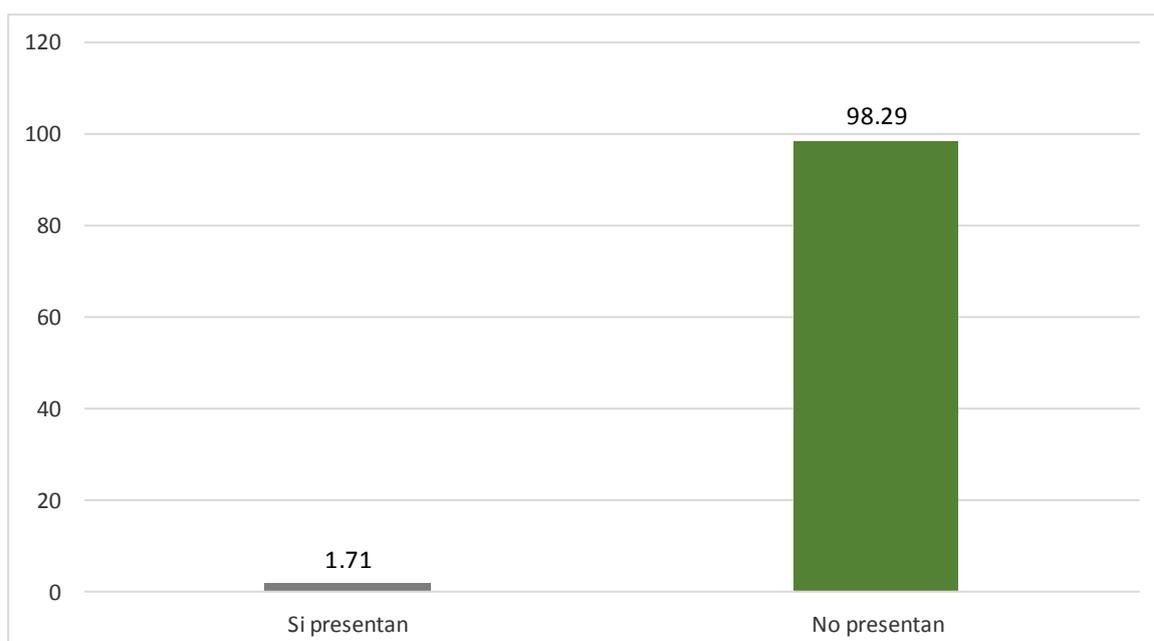
**Prevalencia de malos hábitos bucales de respiración bucal en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

		Niños	
		N	%
Prevalencia	Si presentan	3	1.71
	No presenta	172	98.29
Total		175	100.00

**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

**GRÁFICO N° 06**

Prevalencia de malos hábitos bucales de respiración bucal en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.



**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

## **Interpretación**

En la tabla y gráfico N° 06 se observa que del 100% de niños de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, el 1.71% presentan malos hábitos bucales con respecto a la respiración bucal, 98.29% no presentan.

**TABLA N° 07**

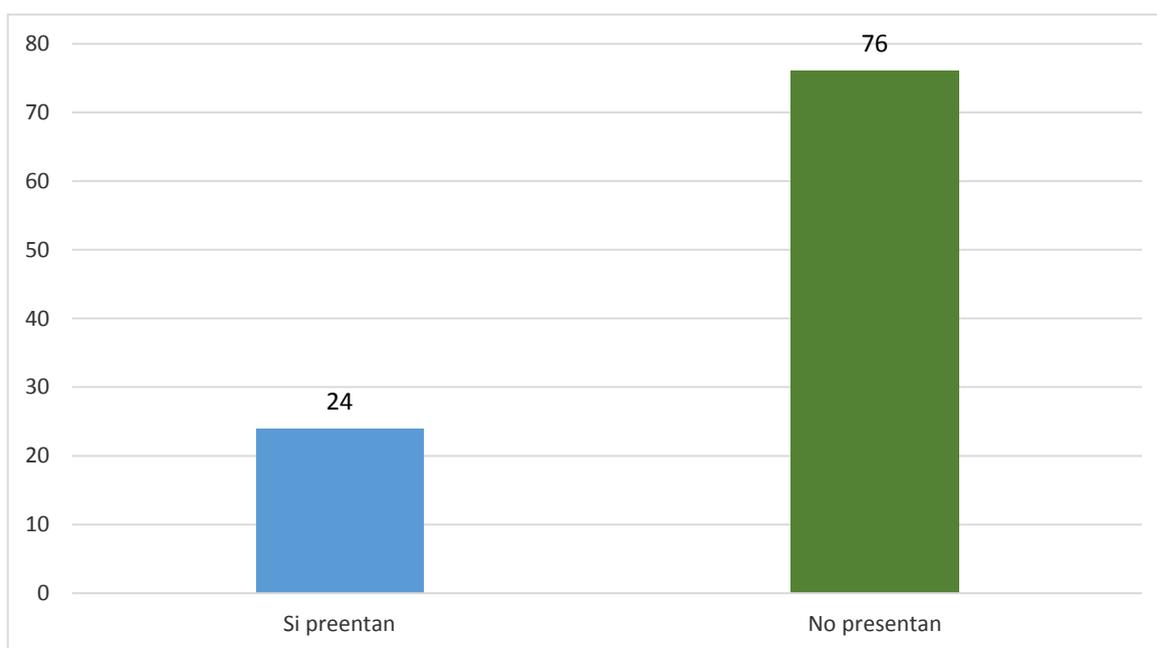
**Prevalencia de malos hábitos bucales de onicofagia en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

		Niños	
		N	%
Prevalencia	Si presentan	42	24.00
	No presenta	133	76.00
Total		175	100.00

**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

**GRÁFICO N° 07**

**Prevalencia de malos hábitos bucales de onicofagia en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**



**Fuente:** *Matriz de datos*

## **Interpretación**

La tabla y gráfico N° 07 presenta los resultados con respecto a la prevalencia de los malos hábitos bucales de onicofagia en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, donde el 24.00% de los niños presentan onicofagia y el 76.00% no presentan.

**TABLA N° 08**

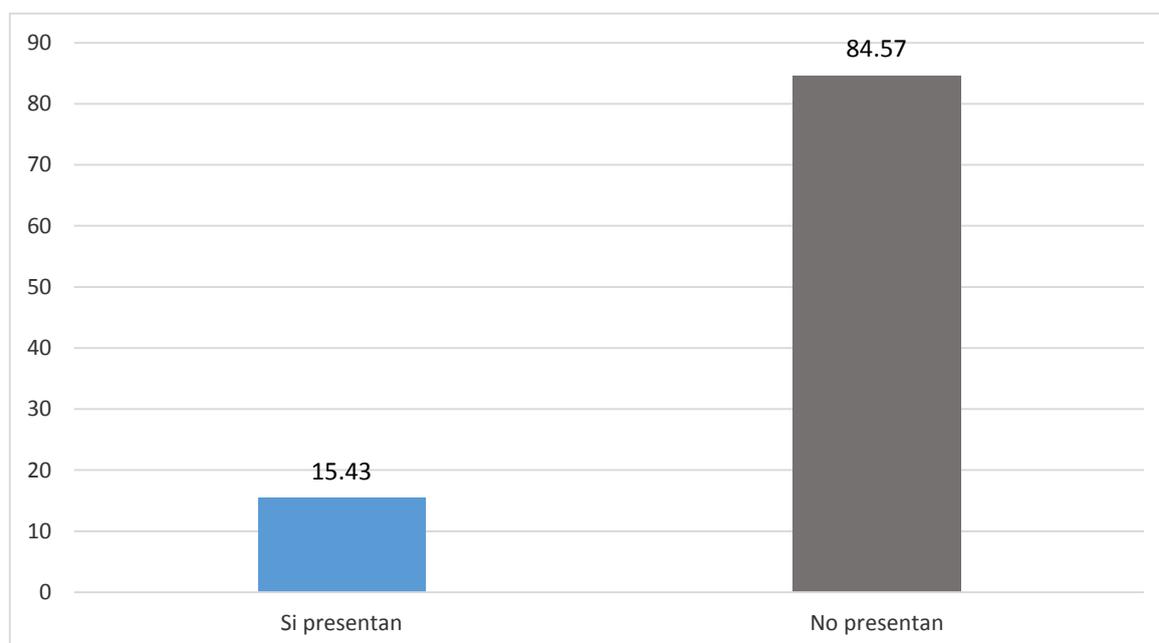
**Prevalencia de malos hábitos bucales de bruxismo en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

		Niños	
		N	%
Prevalencia	Si presentan	27	15.43
	No presenta	148	84.57
Total		175	100.00

**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

**GRÁFICO N° 08**

**Prevalencia de malos hábitos bucales de bruxismo en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**



**Fuente:** *Pacientes sometidos al examen*

## **Interpretación**

En la tabla y gráfico N° 08 se presenta los resultados acerca de la prevalencia de malos hábitos bucales de bruxismo en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, encontrándose que el 15.43% de los niños presentaban bruxismo y el 84.57% no lo presentaban.

**TABLA N° 09**

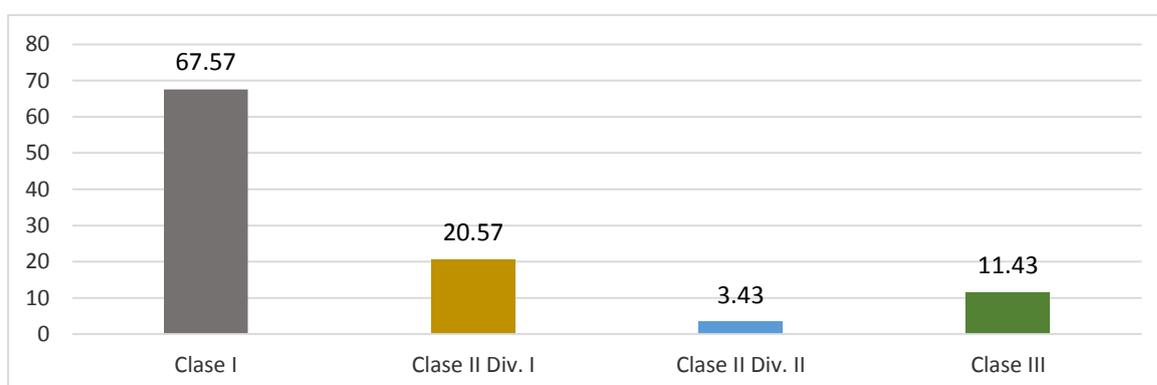
**Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**

	Niños	
	N	%
Clase I	113	57.57
Clase II División I	36	20.57
Clase II División II	6	3.43
Clase III	20	11.43
Total	175	100.00

*Fuente: Pacientes sometidos al examen*

**GRÁFICO N° 09**

**Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola, Puno 2018.**



*Fuente: Pacientes sometidos al examen*

## **Interpretación**

En la tabla y gráfico N° 09 se observa la prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años. El 67.57% de los niños presentan maloclusiones dentarias de Clase I; el 20.57% presentan Clase II división I; 3.43% presentan Clase II división II y el 11.43% presentan Clase III.

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

### PRUEBA DE LA HIPÓTESIS GENERAL MEDIANTE EL USO DE LA PRUEBA DE CHI CUADRADO DE PEARSON

#### Planteamiento de hipótesis estadística parte 1:

##### 1. Hipótesis General

Ho: La deglución atípica no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno. 2018

Hi: La deglución atípica está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno. 2018

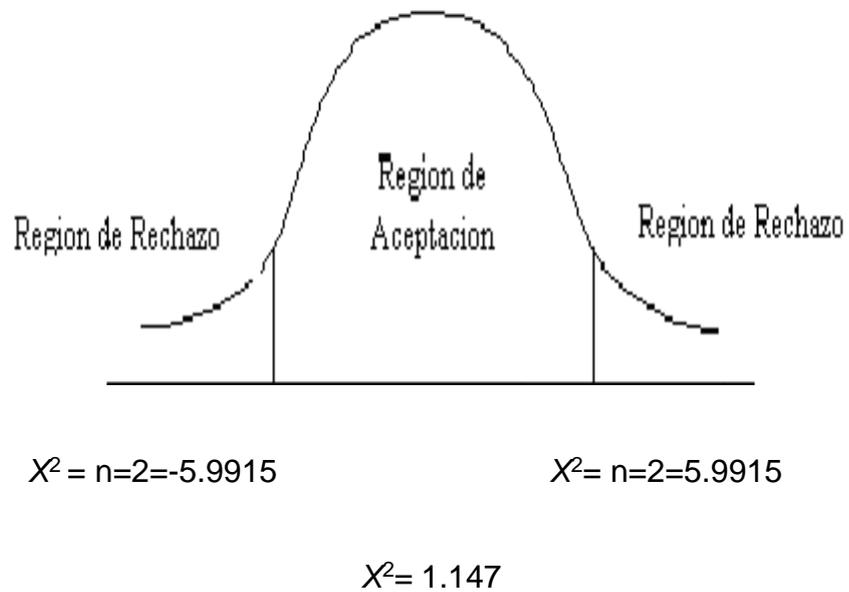
##### 2. Nivel de Significancia:

$$\alpha = 0.05$$

##### 3. Estadística de prueba

$$X_p^2 = n \sum_{i=1}^k \frac{(\hat{p}_i - p_{i0})^2}{p_{i0}}$$

#### 4. Regla de Decisión.



Como la  $X^2 = 1.147$ , esta cae en la zona de aceptación para la  $H_0$ .

- 5. Conclusión:** Al determinar el p-valor= 0.564, y un nivel de significancia del 0.05 y con una probabilidad de error del 56.4%; La deglución atípica no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018.

## Planteamiento de hipótesis estadística parte 2:

### 1. Hipótesis General

Ho: La succión digital no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018

Hi: La succión digital está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018

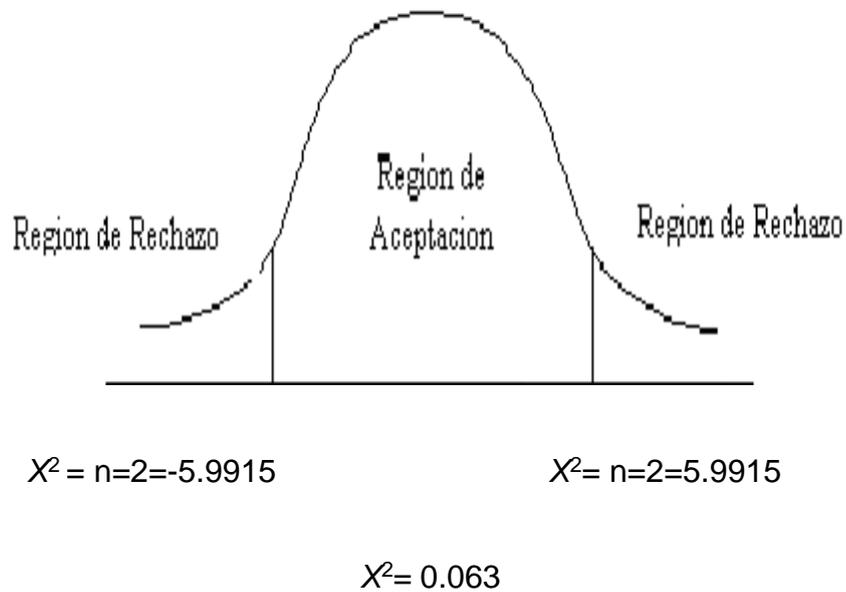
### 2. Nivel de Significancia:

$$\alpha = 0.05$$

### 3. Estadística de prueba

$$X_p^2 = n \sum_{i=1}^k \frac{(\hat{p}_i - p_{i0})^2}{p_{i0}}$$

#### 4. Regla de Decisión.



Como la  $X^2 = 0.063$ , esta cae en la zona de aceptación para la  $H_0$ .

**5. Conclusión:** Al determinar el p-valor= 0.969, y un nivel de significancia del 0.05 y con una probabilidad de error del 96.9%; La succión digital no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018.

### **Planteamiento de hipótesis estadística parte 3:**

#### **1. Hipótesis General**

Ho: La succión labial no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018

Hi: La succión labial está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno, 2018

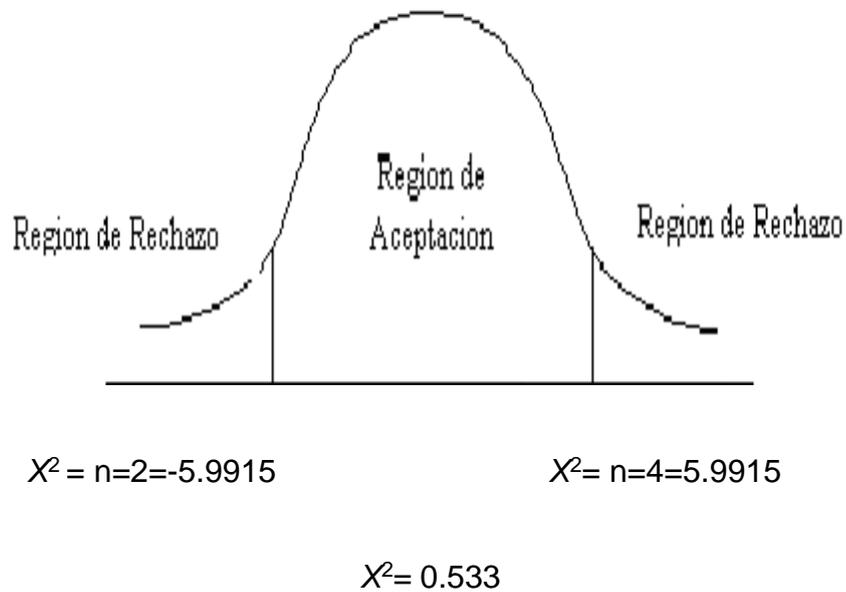
#### **2. Nivel de Significancia:**

$$\alpha = 0.05$$

#### **3. Estadística de prueba**

$$X_p^2 = n \sum_{i=1}^k \frac{(\hat{p}_i - p_{i0})^2}{p_{i0}}$$

#### 4. Regla de Decisión.



Como la  $X^2 = 0.533$ , esta cae en la zona de aceptación para la  $H_0$ .

**5. Conclusión:** Al determinar el p-valor= 0.766, y un nivel de significancia del 0.05 y con una probabilidad de error del 76.6%; La succión labial no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018.

#### Planteamiento de hipótesis estadística parte 4:

##### 1. Hipótesis General

$H_0$ : La respiración bucal no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018

Hi: La respiración bucal está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018

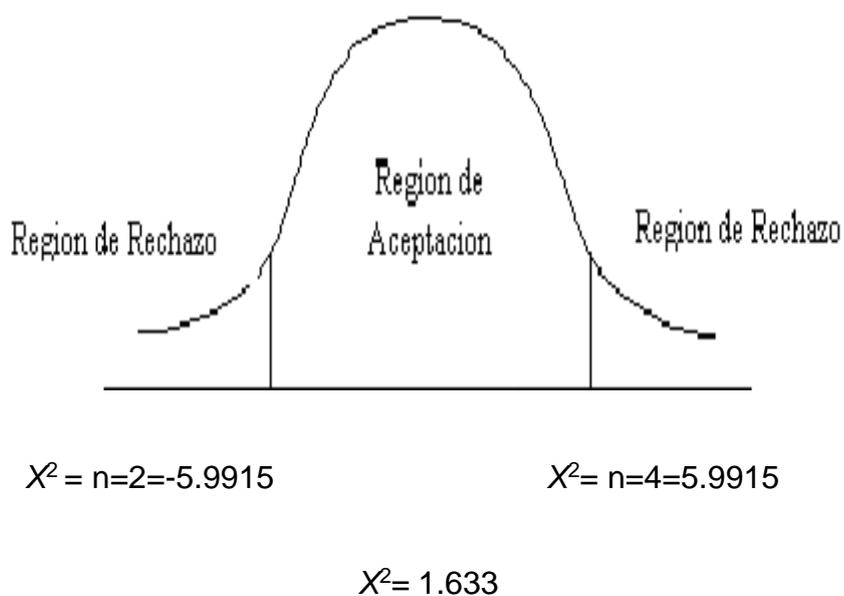
## 2. Nivel de Significancia:

$$\alpha = 0.05$$

## 3. Estadística de prueba

$$X_p^2 = n \sum_{i=1}^k \frac{(\hat{p}_i - p_{i0})^2}{p_{i0}}$$

## 4. Regla de Decisión.



Como la  $X^2 = 1.633$ , esta cae en la zona de aceptación para la  $H_0$ .

**5. Conclusión:** Al determinar el p-valor= 0.442, y un nivel de significancia del 0.05 y con una probabilidad de error del 44.2%; La respiración bucal no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018.

### **Planteamiento de hipótesis estadística parte 5:**

#### **1. Hipótesis General**

Ho: La onicofagia no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018

Hi: La onicofagia está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno, 2018

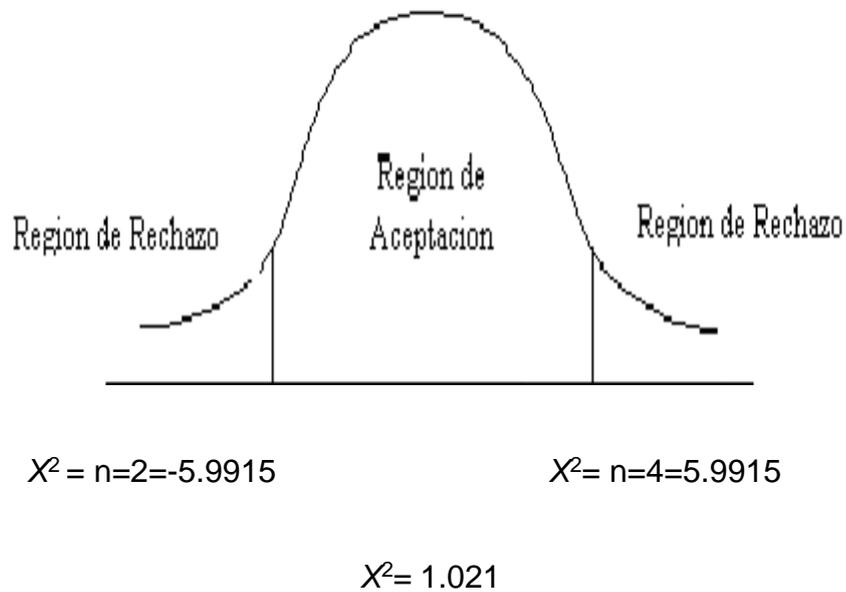
#### **2. Nivel de Significancia:**

$$\alpha = 0.05$$

#### **3. Estadística de prueba**

$$X_p^2 = n \sum_{i=1}^k \frac{(\hat{p}_i - p_{io})^2}{p_{io}}$$

#### 4. Regla de Decisión.



Como la  $X^2 = 1.021$ , esta cae en la zona de aceptación para la  $H_0$ .

**5. Conclusión:** Al determinar el p-valor= 0.600, y un nivel de significancia del 0.05 y con una probabilidad de error del 60.0%; La onicofagia no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018.

## Planteamiento de hipótesis estadística parte 6:

### 1. Hipótesis General

Ho: El bruxismo no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018

Hi: El bruxismo está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018

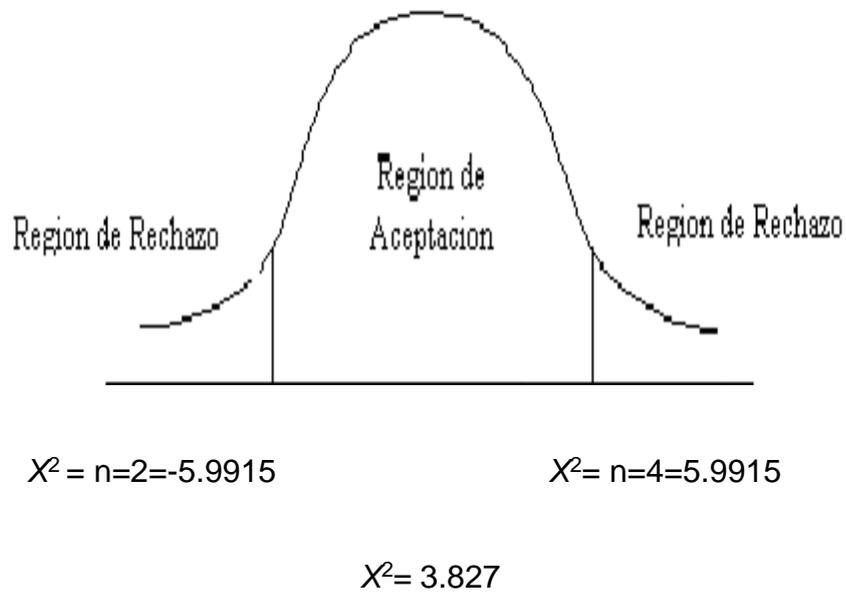
### 2. Nivel de Significancia:

$$\alpha = 0.05$$

### 3. Estadística de prueba

$$X_p^2 = n \sum_{i=1}^k \frac{(\hat{p}_i - p_{io})^2}{p_{io}}$$

#### 4. Regla de Decisión.



Como la  $X^2 = 3.827$ , esta cae en la zona de aceptación para la  $H_0$ .

**5. Conclusión:** Al determinar el p-valor= 0.148, y un nivel de significancia del 0.05 y con una probabilidad de error del 14.8%; El bruxismo no está relacionada con la maloclusión dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno, 2018.

#### 5.2. Discusión

La presencia de un hábito bucal puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño. El periodo en el que la dentición temporal es remplazada por la definitiva, es también cuando la función de los músculos periorales se establece y es frecuente que los hábitos bucales durante este periodo sean factores de maloclusión.

La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud bucal, así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz interceptivo que limite o corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos perniciosos.

Ghafournia M. y Cols. no encontraron una relación significativa de la mordida cruzada posterior con los hábitos bucales, estos datos concuerdan con los datos obtenidos por nuestra investigación.

Aguilar M y Cols (2009) en su estudio encontraron que la onicofagia (44%) es el hábito más frecuente, en segundo lugar, está la respiración bucal (37.2%) y el tercero la succión digital (3.9%), así mismo Murrieta-Pruneda J. y Cols. (2011); encontraron en sus resultados que la onicofagia es el hábito más frecuente en escolares (35%), seguido por la respiración bucal (9.5%) y la succión digital (8.5%), datos que coinciden con nuestro estudio donde encontramos a la onicofagia como el hábito de mayor frecuencia (24.00%), seguido del bruxismo (15.42%) y en tercer lugar la succión digital en (2.29%) La posible explicación de que este hábito haya sido el de mayor prevalencia radica en el hecho de ser un hábito muy difícil de erradicar porque es bastante disimulable. Los niños nerviosos muestran este hábito con mucha frecuencia, debido probablemente a un desajuste social y psicológico, lo que adquiere mayor relevancia que la sola presencia del hábito. Sin embargo, en los estudios de Bhayya D., y Cols. (2009) y Urrieta E. y Cols. (2006); encontraron que la interposición lingual y la respiración bucal fueron los hábitos bucales más prevalentes lo cual difiere con

nuestros resultados donde se encontró que el hábito frecuente fue la onicofagia y bruxismo

Cambior A. y Cols (2008)<sup>10</sup> en sus resultados demostraron que la maloclusión que predomina es la clase I tipo 1 con un 36,10%, lo que es igual a 801 pacientes; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% que equivale a 488 pacientes y por último la clase II tipo 1 con un 17,55%, igual a 388 pacientes; lo cual coincide con nuestro estudio donde predomina la maloclusión dentaria clase I (57,57 %) , pero difiere con maloclusión dentaria clase II división 1 que está en segundo lugar con un 20.57 % y en un porcentaje menor de 3.43 % la maloclusión dentaria clase división 2. También encontraron que la deglución atípica fue el hábito más frecuente en un (12.08%) y en segundo lugar la respiración bucal en un 6.78%, resultados que difieren con nuestro estudio.

No existe relación entre hábitos bucales y su relación con las maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Los malos hábitos bucales no están relacionados con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno. 2018.
- SEGUNDA** : La prevalencia de deglución atípica, succión digital, succión de labio, respiración bucal, onicofagia y bruxismo es alta en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno.
- TERCERA** : La prevalencia de maloclusiones dentarias es alta en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola Puno.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Es recomendable diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos bucales para prevenir la alta prevalencia de maloclusiones a edades más avanzadas, proporcionándole una atención integral al niño y la información completa a los padres y/o representantes sobre el tratamiento de estos.
- SEGUNDA** : Se recomienda realizar investigación en una población más amplia como en comunidades o diferentes instituciones educativas, debido a que no existe suficientes estudios sobre hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias.
- TERCERA** : Realizar una investigación donde se incluya un cuestionario, en el cual se pueda evaluar la duración, frecuencia e intensidad del hábito.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D'Jurisic A. Alcedo C. et al. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010: 1-30. URL disponible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws).
2. Urrieta E., López I, Quirós O, Farias M. Rondón S, Lerner H. 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.
3. Vellini Ferreira F. Hábitos Bucales en Ortodoncia. En: Milton Hecht. Ortodoncia diagnóstica y planificación clínica. 2.a edición. Sao Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 253-79.
4. Urrieta E, López I, Quirós O, Farías M, Rondón S, Lerner H. 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. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>.
5. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/20>

11/art5.asp.

6. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, Juárez-López LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo AF et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2011; 68(1): 26-33
7. Aguilar Roldán M, Nieto Sánchez I, De la Cruz Pérez J. Relacion entre Hábitos Nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.* 2011: 113
8. Solarte Solarte J, Rocha Buelvas A, Andrés A, Agudelo Suárez. Perfil Epidemiológico de las Alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimientp de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.* 2011; 23(1):111-125.
9. Bhayya, T.R. Shyagali. Prevalence of Oral Habits in 11–13 year-old School Children in Gulbarga city, India. *Virtual Journal of Orthodontics [serial online]* 2009; 8 (3):1-4
10. Aguilar Roldán M.; Villaizá, Perez C.; Nieto Sanchez I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.* 2009: 1-13

11. Camblor Adilen, Cogorno Valentina, Gutierrez Hilda, Jesymar Veitia Yesymar. Estudio retrospectivo de Maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antímano - Caracas en el período 2000 – 2007. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2008: 1-14
12. Zapata Dávalos M.; Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio Los Educadores. Lima - Perú. 2013
13. Ponce Palomares M, Hernandez Molinar Y. Frecuencia y distribución de Maloclusion en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí Mexico. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2006: 1-8.
14. Aguilar Roldán M, Nieto Sánchez I, De la Cruz Pérez J. Relacion entre Hábitos Nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2011: 113
15. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2009; [15 de marzo de 2013]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>
16. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua RI, Pérez LE, Juárez- López LA, Linares C, Meléndez AF *et al.* Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en

niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011;68(1):26-33.

17. Solarte Solarte J, Rocha Buelvas A, Andrés A, Agudelo Suárez. Perfil Epidemiológico de las Alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2011; 23(1):111-125.
18. Fieramosca F, Lezama E, Manrique R, Quirós O, Farias M, Rondón S et al. La función respiratoria y su repercusión a nivel del sistema estomatognático. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: 1-13. URL disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/funcion\\_respiratoria\\_sistema\\_estomatognatico.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/funcion_respiratoria_sistema_estomatognatico.asp).
19. Alves Cardoso RJ. Hábitos y sus influencias en la oclusión. En: Hetch M, Virginia S. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pulo-Brasil: Artes Médicas; 2002.p. 69-79.
20. Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011: 1 – 17. URL disponible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws).
21. Boj. J.R. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. En: Catalá M. Odontopediatría. Primera Edición. Barcelona: MASSON, S.A; 2004. p. 379409.

22. Canut Brusola J.A. Etiopatogenia: Factores locales. En: Bravo Gonzales L.A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Segunda edición. Barcelona: Travessera de Gracia; 2000 .p. 221-242.
23. Proffit W R. Etiología de los problemas Ortodónticos. En: Tello Rodriguez Al. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2008.P.150-160.
24. Ghafournia Maryam, Hajenourozali Tehrani M. Relationship between Bruxism and Malocclusion among preschool children in Isfaham. J Dent Res Dent Clin Dent Prospect. 2012; 6(4):138-142.

# **A N E X O S**

## ANEXO N° 1

SOLICITA: Autorización para la ejecución de proyecto de tesis.

SEÑOR DIRECTOR DE COLEGIO PRIVADO SAN IGNACIO DE LOYOLA DE PUNO.

Yo Tatiana Rosmery Quispe Carbajal, egresada de la Universidad de Alas Peruanas, con DNI N°.....domiciliada en ..... de esta ciudad, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo

Qué, teniendo la necesidad de realizar la tesis para optar el título de Cirujano dentista, opte realizar investigación en el centro educativo que Ud. dignamente dirige, titulado "RELACION ENTRE MALOS HÁBITOS BUCALES Y MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA SAN IGNACIO DE LOYOLA. PUNO 2018.", el mismo que será orientado a todos los estudiantes de 6 a 12 años, sobre los malos hábitos que puedan repercutir en la buena oclusión de la cavidad bucal de cada uno de los niños y niñas, una vez realizado los exámenes correspondientes se dará los resultados finales y orientar a los estudiantes para que pueda prevenir los malos hábitos y las malas oclusiones que será orientado e informado por la suscrita a los padres de familia y estudiantes para que puedan realizar la prevención a fin de que puedan disponer de una buena salud oral.

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted señor director acceda a mi solicitud en bien de la comunidad estudiantil que dirige Ud.

Puno, febrero del 2018.

Tatiana Rosmery Quispe Carbajal  
TESISTA

## ANEXO N° 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo .....identificado con DNI N°  
.....autorizo a la tesista .....a  
realizar la Ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi menor  
hijo.....

Se me ha informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Así mismo se me informó que se realizará un examen clínico para determinar la Prevalencia de Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativo Privado "San Ignacio de Loyola".

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

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

Puno,.....

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

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

## ANEXO N° 3

### FICHA ODONTOLÓGICA

Grado:.....Aula:..... Fecha:...../...../.....

Nombre del alumno: .....Edad:.....Sexo:

F	M
---	---

**Preguntas:**

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS					
1	¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé?	SÍ			NO		
2	¿Actualmente se sigue chupando el dedo	SÍ			NO		
3	¿Qué dedo se chupa?	P	I	M	A	M	V
4	¿Su hijo se chupa el dedo durante el	DÍA			NOCHE		
5	¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo?	SÍ			NO		
6	¿Su hijo respira por la boca?	SÍ			NO		
7	¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo?	SÍ			NO		
8	¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches?	SÍ			NO		
9	¿Se resfría constantemente?	SÍ			NO		
10	¿Tiene rinitis alérgica?	SÍ			NO		
11	¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado?	SÍ			NO		
12	¿Tiene asma?	SÍ			NO		
13	¿Le han diagnosticado amígdalas grandes?	SÍ			NO		
14	¿Su hijo aprieta o frota los dientes?	SÍ			NO		
15	¿Lo hace durante el día o la noche?	SÍ			NO		
16	¿Se queja de dolor al despertar?	SÍ			NO		
17	¿Su hijo se chupa el labio.....?	SUPER.			INFER.		
18	¿Lo hace de .....?	DÍA			NOCHE		
19	¿En qué momento?						
20	¿Su hijo se muerde las uñas?	SÍ			NO		
21	¿Lo hace...?	SIEMPRE			A/V		

**Fuente:** Elaborado por el autor

## ANEXO N° 4

### FICHA CLÍNICA

Grado:.....Aula:..... Fecha:...../...../.....

Nombre del alumno: .....Edad:.....Sexo:

F	M
---	---

CLASES	MOLAR DER.	CANINA DER.	MOLAR IZQ.	CANINA IZQ.
Clase I				
Clase II				
División 1				
División 2				
Clase III				

**Sobremordida horizontal:** Normal\_\_ Borde a borde\_\_ Cruzada\_\_ Excesiva\_\_ mm\_\_

**Sobremordida vertical:** Normal\_\_ Abierta\_\_ Moderadamente cerrada\_\_ Severamente cerrada\_\_ mm\_\_

**Mordida Abierta:** Anterior\_\_ mm Posterior \_\_ mm Derecha\_\_ Izquierda\_\_ Dental\_\_ Esquelética\_\_

**Mordida Cruzada:** Anterior \_\_ Posterior\_\_ Unilateral\_\_ Bilateral\_\_

**Mordida en Tijera:** Posterior\_\_ Unilateral\_\_ Bilateral\_\_

**Espaciamiento:** Anterior\_\_ Posterior\_\_

**Apiñamiento:** Ligero\_\_ Moderado\_\_ Severo \_\_

**Desviación Línea Media:** Superior: Der. \_\_ mm Izq. \_\_ mm Inferior: Der. \_\_ mm Izq. \_\_ mm

**Biotipo Facial:** Mesofacial\_\_ Braquifacial\_\_ Dolicofacial\_\_

**Labios:** Competencia\_\_ Incompetencia\_\_ Evertido: S\_\_ I\_\_

**Superior:** Normal\_\_ Corto\_\_ Humectados\_\_ Secos\_\_

**Inferior:** Normal\_\_ Corto\_\_ humectados\_\_ Secos\_\_

**Tono de la musculatura:** Normal\_\_ Hipotónica\_\_ Hipertónica\_\_

**Forma del arco:** Paladar: Oval\_\_ Cuadrado\_\_ Triangular: \_\_

Paladar: \_\_ Normal\_\_ Profundo\_\_ Muy profundo\_\_ simétrico\_\_ asimétrico\_\_

Lengua: Normal\_\_ Microglosia\_\_ Macroglosia\_\_ Interposición anterior\_\_

Interposición lateral\_\_ No presenta\_\_

Amígdalas: Normal\_\_ Inflamadas\_\_

**Salud General:** Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_

Tejido gingival: Normal\_\_ Gingivitis\_\_ Hipertrofiado\_\_

Dedo: Normal\_\_ Arrugado\_\_ Enrojecido\_\_ Callo\_\_ Deformado\_\_

Uñas: Normales\_\_ Cortas\_\_ Muy cortas\_\_

Facetas de desgaste: SI\_\_ NO \_\_

**Fuente:** Elaborado por el autor

## ANEXO N° 5

### MATRIZ DE CONSISTENCIA “RELACIÓN ENTRE MALOS HÁBITOS BUCALES Y MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA SAN IGNACIO DE LOYOLA. PUNO 2018.”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>General</b> ¿Cuáles son los hábitos bucales que se relacionaran con las maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno. 2017?</p> <p><b>Específico</b> ¿Cuál será la prevalencia de deglución atípica, succión digital, succión de labio respiratorio bucal, oncofagia y bruxismos en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno?</p> <p>¿Cuál será la prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno?</p>	<p><b>General</b> Determinar la relación de los malos hábitos bucales con maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno 2017.</p> <p><b>Específico</b> Determinar la prevalencia de los malos hábitos bucales de deglución atípica, succión digital, succión de labio respiratorio bucal, oncofagia y bruxismos en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno.</p> <p>Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola de la ciudad de Puno.</p>	<p><b>Principales</b> Los malos hábitos bucales estan relacionados con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno. 2017.</p> <p><b>Derivadas</b> La prevalencia de deglución atípica, succión digital, succión de labio, respiración bucal, onicofagia y bruxismo es alta en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyolade la ciudad de Puno</p> <p>La prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores es alta en niños de 06 a 12 años de la Institución Educativa Privada San Ignacio de Loyola. Puno</p>	<p><b>Variable Independiente</b> Hábitos bucales</p> <p><b>Variable Dependiente</b> Maloclusión dentaria anteroposterior</p>	<p>Control</p> <p>Diagnóstico</p>	<p>Deglución atípica. Succión Digital. Succión de labio. Respiración bucal. Onicofagia. Bruxismo.</p> <p><b>Anteroposteriores</b> Clase I Clase II División I División II Clase III</p>	<p><b>TIPO</b> El presente trabajo es de tipo cuantitativo, nivel investigativo es relacional, tipo de estudio es prospectivo transversal y analítico, <b>DISEÑO:</b> No experimental <b>METODO:</b> Inductivo <b>POBLACIÓN:</b>360 estudiantes matrículas en el año académico 2018, del primer grado al sexto grado de educación primaria. <b>MUESTRA:</b> Mediante el método probabilístico aleatorio simple se determinó la muestra que estará conformado por 175 niños. <b>TÉCNICAS:</b> Valoración clínica Observación <b>INSTRUMENTOS:</b> Ficha clínica</p>