



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

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS**

**“MALOCLUSIONES DENTALES Y SU RELACIÓN CON ANTECEDENTES Y HÁBITOS PERNICIOSOS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7 Y 11 AÑOS DE EDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, PIURA, 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**BACHILLER: KAREN LISBETH CRIOLLO FERNANDEZ**

**PIURA - PERÚ**

**2016**

*Se Dedicar este Trabajo a:*

*“Dios, por protegerme y guiarme siempre. A mis padres Jayne y Luis, quienes me dieron una educación, quienes son mi modelo a seguir de superación y quienes siempre estuvieron ahí para mí. A mi hermano Luis, por apoyarme en los malos momentos. A mi pareja Jhonny, por siempre apoyarme cuando lo he necesitado y por estar ahí dándome una palabra de aliento. A mi hija Adriana, porque ella es el motor de mi vida y es la que me impulsa a ser mejor cada día. A mi suegra Felicita, por todos los consejos que me ha brindado”*

Se Agradece por su contribución para el desarrollo de esta Tesis a:

Mis asesores C.D Neil Robert Velarde Chero, Mg. Giancarlo Jesús Rodríguez Velarde, Dra. Silvia Leyton Noblecilla, por sus consejos para la elaboración de este trabajo de Investigación.

Mis mentores, los cuales me supieron guiar en estos años de preparación profesional.

A la Sub directora Juanita Castillo y a las profesoras Ina y Eliana quienes me dieron las facilidades para poder llevar a cabo este trabajo de Investigación en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui.

“Jamás descubrirás nuevos territorios sino te permites  
perder de vista la costa durante un tiempo”

**André Gide**

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar si existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos encontrados con las maloclusiones dentales en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.

Se realizó un estudio transversal y Correlacional. Fueron seleccionados 52 niños y niñas de 7 y 11 años de edad para la recolección de datos. En coordinaciones con la Sub directora de la Institución Educativa, se informó a los padres de Familia sobre la investigación y se les pidió firmar el consentimiento informado. Se utilizó una encuesta de 14 preguntas dirigida a los Padres de Familia y también una Ficha de observación realizada en los niños seleccionados. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 20.

La maloclusión que predomina es la Clase I con un 80.75%, el segundo lugar lo ocupa la Clase II con el 12.5% y en tercer lugar queda la Clase III con un 6.7%. El hábito que es más resaltante es la respiración bucal con un 46.2%

Se llegó a la conclusión que no existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos con las maloclusiones dentales en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui

Palabras clave: Hábitos perniciosos; maloclusiones dentales.

## **ABSTRACT**

The present research work aims to determine if there is a relationship between the antecedents and pernicious habits found with dental malocclusions in children of 7 and 11 years of age at the José Carlos Mariátegui Educational Institution, Piura, 2016.

A cross-sectional and correlational study was carried out. Fifty-two boys and girls, 7 and 11 years old, were selected for data collection. In coordination with the Deputy Director of the Educational Institution, the parents were informed about the investigation and asked to sign the informed consent. A survey of 14 questions addressed to parents was used, as well as an Observation Sheet for selected children. Statistical processing and analysis of the information was performed through the statistical program SPSS version 20.

The predominant malocclusion is Class I with 80.75%, second place is occupied by Class II with 12.5% and thirdly, Class III is 6.7%. The most outstanding habit is mouth breathing with 46.2%.

It was concluded that there isn't a relationship between the antecedents and pernicious habits with dental malocclusions in children of 7 and 11 years of age at the Educational Institution José Carlos Mariátegui

Keywords: Pernicious habits. Dental malocclusions.

# ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
EPÍGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
INTRODUCCIÓN.....	11
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.Descripción de la Realidad Problemática .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.Delimitación de la Investigación .....</b>	<b>14</b>
1.2.1. Delimitación Espacial.....	14
1.2.2. Delimitación Social. ....	15
1.2.3. Delimitación Temporal.....	15
1.2.4. Delimitación conceptual.....	15
<b>1.3.Problema de investigación .....</b>	<b>15</b>
1.3.1. Problema General .....	15
1.3.2. Problemas Específicos .....	15
<b>1.4.Objetivo de la Investigación .....</b>	<b>16</b>
1.4.1. Objetivo General:.....	16
1.4.2. Objetivos Específicos: .....	16
<b>1.5.Hipótesis y variables de la Investigación .....</b>	<b>16</b>
1.5.1.Hipótesis General .....	16
1.5.2.Hipótesis Secundarias .....	17
1.5.3.Variables (definición conceptual y operacional).....	18
1.5.3.1.Operacionalización de variables.....	18
<b>1.6.Metodología de la investigación .....</b>	<b>19</b>
1.6.1.Tipo y Nivel de Investigación .....	19
a)Tipo de Investigación:.....	19
b)Nivel de Investigación:.....	19
1.6.2.Método y diseño de Investigación.....	20
a)Método:.....	20

b)Diseño de la Investigación.....	20
1.6.3.Población y muestra de la Investigación.....	20
a)Población.....	20
b)Muestra.....	20
1.6.4.Técnicas e Instrumentos de recolección de datos .....	21
a)Técnicas:.....	21
b)Instrumentos: .....	21
1.6.5.Justificación, importancia y Limitaciones de la Investigación.....	22
a)Justificación .....	22
b)Importancia .....	22
c)Limitaciones .....	23
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.Antecedentes de la Investigación .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.Bases Teóricas .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3.Definición de términos básicos .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
<b>3.1.Análisis de Tablas y Gráficos.....</b>	<b>52</b>
<b>3.2.Discusión .....</b>	<b>73</b>
<b>3.3.Conclusiones.....</b>	<b>76</b>
<b>3.4.Recomendaciones.....</b>	<b>77</b>
<b>3.5.Fuentes de Información .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS</b>	
MATRIZ DE CONSISTENCIA	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: ¿Qué tipo de lactancia recibió su hijo(a)? .....	53
Tabla N° 02: Si su hijo recibió lactancia materna exclusiva ¿Hasta qué edad fue?54	
Tabla N° 03: ¿Su hijo utilizó biberón?.....	55
Tabla N° 04: Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó biberón? ....	56
Tabla N° 05: De bebé ¿Su hijo utilizó chupón? .....	57
Tabla N° 06: Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó chupón? ....	58
Tabla N° 07: Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se come las uñas? .....	59
Tabla N° 08: Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se chupa el labio? .....	60
Tabla N° 09: Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se chupa el dedo? .....	61
Tabla N° 10: Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de comerse las uñas? .....	62
Tabla N° 11: Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el labio? .....	63
Tabla N° 12: Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el dedo? .....	64
Tabla N° 13: Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Su hijo(a) hace ruido al chuparse el dedo?.....	65
Tabla N° 14: Su hijo(a) ¿ronca y tiene mucha salivación por las noches? .....	66
Tabla N° 15: "Relación molar derecha".....	67
Tabla N° 16: "Relación molar izquierda" .....	68
Tabla N° 17: Pruebas de chi cuadrado de Pearson "Relación molar derecha" .....	69
Tabla N° 18: Pruebas de chi cuadrado de Pearson "Relación molar izquierda" ....	71

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01: ¿Qué tipo de lactancia recibió su hijo(a)? .....	53
Gráfico N° 02: Si su hijo recibió lactancia materna exclusiva ¿Hasta que edad fue?.....	54
Gráfico N° 03: ¿Su hijo utilizó biberón?.....	55
Gráfico N° 04: Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó biberón? .	56
Gráfico N° 05: De bebé ¿Su hijo utilizó chupón?.....	57
Gráfico N° 06: Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó chupón? .	58
Gráfico N° 07: Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se come las uñas? .....	59
Gráfico N° 08: Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se chupa el labio? .....	60
Gráfico N° 09: Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se chupa el dedo? .....	61
Gráfico N° 10: Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de comerse las uñas?.....	62
Gráfico N° 11: Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el labio?.....	63
Gráfico N° 12: Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el dedo? .....	64
Gráfico N° 13: Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Su hijo(a) hace ruido al chuparse el dedo?.....	65
Gráfico N° 14: Su hijo(a) ¿ronca y tiene mucha salivación por las noches?.....	66
Gráfico N° 15: "Relación molar derecha" .....	67
Gráfico N° 16: "Relación molar izquierda" .....	68

## INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial

En Latinoamérica según datos de la Organización Panamericana de la Salud, existen altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población; a nivel de la población pediátrica la maloclusión ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido solo de la caries dental.

De igual forma, los problemas de salud de la cavidad bucal representan un problema de la salud pública en el Perú, por su carga en la morbilidad total y sus efectos en la salud. La población peruana presenta un alto índice de maloclusión (80.8%) y un índice muy bajo de oclusión normal (19.2%).

En nuestra población existe un alto porcentaje de Maloclusiones Dentales y por lo general no todas son tratadas adecuadamente por el desconocimiento de los padres que no están informados y simplemente no todos les dan importancia a dichas alteraciones. Es por esto, que el objetivo de esta investigación es conocer las maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.

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

## 1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Según Cano et al [1] “Las maloclusiones son un problema de salud pública que se presentan en todos los estratos sociales”. Cuando existe una alteración de la oclusión normal o del sistema Estomatognático se presentan las maloclusiones dentales, las cuales son definidas como una desviación de los dientes de su oclusión ideal, varía de una a otras personas según sea su intensidad y gravedad del caso, pudiendo ir desde una rotación o mal posición de los dientes hasta una alteración del hueso alveolar.

Existe un alto porcentaje de la población mundial con alteraciones dentales tanto en países desarrollados y sub - desarrollados. Al respecto, Medina [2] explica que “para la población pediátrica la maloclusión dental ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido sólo de la caries dental”.

En Latinoamérica, continuando con Cano et al [1] “según datos de la Organización Panamericana de la Salud, existen altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población”. Su dificultad aumenta con la edad, siendo tratados en su mayoría tardíamente cuando la dentición permanente está completa y el proceso de crecimiento y desarrollo ha terminado, necesitando tratamientos complejos y costosos.

El conocimiento de la situación epidemiológica de la población peruana es esencial para la implementación de programas que contemplen acciones preventivas, interceptivas y de tratamiento. En el Perú, según Aliaga et al[3] se vienen realizando estudios epidemiológicos sobre maloclusiones desde

1954, sobre todo en la capital peruana, existiendo algunos estudios en regiones de la costa, sierra y selva, con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente, siendo esta última región la que menos datos reportados presenta. Casi todos los estudios muestran datos de población urbana, especialmente aquellas de fácil acceso, pero existen muy pocos reportes de población rural y de comunidades nativas; además a nivel regional todavía no existen estudios sobre las maloclusiones dentales y su relación con los antecedentes y hábitos perniciosos.

Es por eso, que al ver la relación que existe entre las maloclusiones, los antecedentes y los hábitos perniciosos podemos definir a un hábito 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 [4]

Después de todo lo mencionado, y a la vez después de todo lo observado a lo largo de mis prácticas pre-profesionales podemos llegar con esta investigación a estudiar las Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos; es por esto que creemos que es de gran importancia realizar esta investigación.

## **1.2. Delimitación de la Investigación**

1.2.1. Delimitación Espacial: La investigación se realizó en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, distrito de Castilla, Provincia de Piura, departamento de Piura.

1.2.2. Delimitación Social: La investigación se realizó con 52 niños y niñas de 7 y 11 años de edad.

1.2.3. Delimitación Temporal: La investigación se realizó durante el periodo correspondiente a los meses de mayo a septiembre del año 2016.

1.2.4. Delimitación conceptual: En este trabajo de investigación se tuvo en cuenta los conceptos de maloclusión dental y hábitos perniciosos.

### **1.3. Problema de investigación**

#### 1.3.1. Problema General

¿Existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos encontrados con las maloclusiones en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016?

#### 1.3.2. Problemas Específicos

1.3.2.1. ¿Cuáles son los antecedentes de hábitos que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016?

1.3.2.2. ¿Cuáles son los hábitos perniciosos que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad, en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui Piura, 2016?

1.3.2.3. ¿Cuáles son las maloclusiones dentales que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016?

## **1.4. Objetivo de la Investigación**

### 1.4.1. Objetivo General:

Determinar si existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos encontrados con las maloclusiones dentales en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.

### 1.4.2. Objetivos Específicos:

1.4.2.1. Identificar los antecedentes de hábitos que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.

1.4.2.2. Identificar los hábitos perniciosos que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.

1.4.2.3. Conocer las maloclusiones dentales que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.

## **1.5. Hipótesis y variables de la Investigación**

### 1.5.1. Hipótesis General

Existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos encontrados con las maloclusiones dentales en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.

## 1.5.2. Hipótesis Secundarias

1.5.2.1. La onicofagia se presenta como el hábito pernicioso más frecuente en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura 2016.

1.5.2.2. Existe relación significativa entre la succión digital y las maloclusiones dentales en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura.

1.5.2.3. Existe mayor prevalencia de maloclusiones dentales tipo CLASE II en niños y niñas de 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura 2016.

### 1.5.3. Variables (definición conceptual y operacional)

#### 1.5.3.1. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Variable 1 Antecedentes y Hábitos Perniciosos	Se denomina hábito pernicioso a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático, que causa mucho daño o es muy perjudicial	Se realizó una encuesta a los padres de familia con la finalidad que puedan responder, que hábitos perniciosos ha presentado o presenta su hijo(a).	Antecedentes	Lactancia materna	Nominal
			Hábitos Perniciosos	Onicofagia.	Nominal
				Succión del Chupón	Nominal
				Succión digital.	Nominal
				Succión labial.	Nominal
Respirador bucal.	Nominal				
Variable 2 Maloclusiones Dentales	Condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con los demás en el mismo arco y con las del arco antagonista	Se realizó una ficha de observación a los niños y niñas seleccionados, así mismo, se tomaron fotografías extra e intra orales y se hizo la toma de modelos respectiva para poder determinar qué tipo de maloclusión presentan según Angle.	Clasificación molar de Angle	Clase I	Nominal
				Clase II	Nominal
				Clase III	Nominal

## 1.6. Metodología de la investigación

### 1.6.1. Tipo y Nivel de Investigación

#### a) Tipo de Investigación:

##### a.1) De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado:

Transversal: Se recolectó datos en un tiempo único.

##### a.2) De acuerdo con el tipo de recolección de datos:

Prolectiva: Se recogió la información para fines específicos de la investigación

##### a.3) De acuerdo con la direccionalidad:

Prospectiva: El fenómeno estudiado se analiza en el presente y su efecto en el futuro.

##### a.4) De acuerdo a la técnica de contrastación:

Correlacional: Permite hacer el análisis de relación de las variables de trabajo.

##### a.5) De acuerdo con la comparación de las poblaciones:

No Comparativa: La investigación solo contó con una sola muestra representativa.

#### b) Nivel de Investigación:

b.1) Nivel social – Correlacional: Tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más variables.

### 1.6.2. Método y diseño de Investigación

#### a) Método:

a.1) Hipotético deductivo: Comienza con verdades establecidas, para lograr las particularidades.

a.2) Estadístico: Aplicaremos la estadística para interpretar los resultados de nuestra investigación.

#### b) Diseño de la Investigación

b.1) La investigación corresponde al diseño No experimental.

### 1.6.3. Población y muestra de la Investigación

a) Población: 60 niños y niñas de 7 y 11 años de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui.

Institución Educativa José Carlos Mariátegui	Alumnos matriculados
7 años	29
11 años	31
Total	60

#### b) Muestra

$$n = \frac{k^2 (N) * (P) (Q)}{e^2 (N - 1) + k^2 (P) (Q)}$$
$$n = \frac{1.96^2 (60) * (0.50) (0.50)}{0.05^2 (59) + 1.96^2 (0.5) (0.5)}$$

n = 52
--------

n = número de personas a evaluar

K = número de unidades de error estándar ( $Z = 1.96$  a un nivel de seguridad de 95 %)

N = número total de atenciones

p = proporción de Pacientes con maloclusiones ( $p=0.50$ )

q = Proporción de pacientes sin maloclusiones ( $q = 0.50$ )

e = nivel de precisión en la determinación ( $e = 5\%$ )

N = Muestra corregida

#### 1.6.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

##### a) Técnicas:

a.1) Encuesta: Es instrumento importante ya que nos sirve para recopilar los datos de los pacientes a quienes vamos a realizar dicha investigación.

a.2) Observación Clínica: Es un instrumento de suma importancia ya que con ella observamos clínicamente los aspectos necesarios referentes a los que necesitamos examinar.

##### b) Instrumentos:

b.1) Guía de entrevista: Es un instrumento que se realizará a los padres para obtener datos para nuestra investigación.

b.2) Guía observacional:

Toma de modelos: Es una forma de poder observar la dentadura del paciente sin que éste se encuentre presente.

#### 1.6.5. Justificación, importancia y Limitaciones de la Investigación

##### a) Justificación

Debido a la alta relación entre hábitos perniciosos y maloclusión en diferentes poblaciones, se decidió investigar las maloclusiones y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui. Con esta investigación se quiere demostrar la presencia de dichas alteraciones y lo que puede afectar al niño en un futuro si no son tratadas a tiempo y así crear conciencia ante las autoridades encargadas de la salud la importancia de la prevención en odontología.

##### b) Importancia

El estudio de las maloclusiones es de gran importancia porque generan desequilibrios en el sistema Estomatognático. Así mismo, es de vital importancia la identificación oportuna de hábitos bucales en la población infantil, con la finalidad de prevenir o intervenir a tiempo algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo de la dentición temporaria y permanente.

c) Limitaciones

c.1) Esta investigación será autofinanciada por la autora.

c.2) Para esta investigación se trabajó con menores de edad, por lo tanto, se requiere de un consentimiento informado que deberá ser firmado por los padres de familia.

c.3) No todos los padres de familia asistirán a las reuniones convocadas para realizar la encuesta respectiva.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1. Antecedentes de la Investigación

### 2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Murrieta J, Allendelagua R, Pérez L, Juárez L, Linares C, Meléndez A et al. 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. Como resultados obtuvieron que la onicofagia es el hábito de mayor prevalencia. La relación entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales resultó ser significativa [5].

Solarte J, Rocha A, Agudelo A. 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. Hicieron un estudio descriptivo de frecuencias totales y por sexo. 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 [6].

García V, Ustrell J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Se estudió a 1.270 individuos representativos de la

población escolar de Cataluña; 596 niños y 674 niñas de entre 6 y 14 años. Se trata de un estudio observacional descriptivo mixto transversal. Fueron incluidos 1051 escolares con una edad media de 9,32 años. El 72,8% presenta según Angle Clase I, 19,0% y 5,2% Clase II/1 y II/2 respectivamente y 2,9% Clase III. El hábito onicofagia fue el más frecuente con un 46,4%. [7]

Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre 1220 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 6 y 12 años. 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 [8]

Cambor A, Cogorno V, Gutiérrez H, Veitia J. 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. Este estudio se realizó 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. 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%, mientras que el género masculino se obtuvo solo un 47,7%. 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 [9]

Vergara R, Barrueco L, Díaz del Mazo L, Pérez E, Sánchez T. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 106 escolares de 5 a 6 años de la escuela primaria "José de la Luz y Caballero", del municipio de Contramaestre, desde noviembre de 2010 hasta enero de 2011. En la serie predominaron el sexo femenino, la lactancia materna combinada, así como la lengua protáctil y la succión digital como hábitos bucales deformantes. Se concluye que la lactancia materna combinada ocasionó la aparición de

dichos hábitos, lo que unido al poco desarrollo transversal de los maxilares podría relacionarse con el origen de las maloclusiones [10]

Morales M. y Stabile R. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. Se realizó un estudio transversal en el cual se evaluaron 195 historia clínicas de pacientes con edades comprendidas entre 3 y 16 años que acudieron al posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Santa María en Caracas, Venezuela. Se tomaron datos asociados con el tiempo de lactancia materna, presencia de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Resultados: 29,7 % de los niños recibió lactancia materna durante un periodo menor o igual a 5 meses; el 62,1 %, durante 6 meses o más, y el 8,2 % no recibió lactancia materna. El 84,1% presentó hábitos parafuncionales y 41% presentó algún tipo de maloclusión. Al aplicar la prueba de  $\chi^2$  a cada variable, se determinó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia menor a 6 meses y la aparición de hábitos parafuncionales ( $p = 0,001$ ). Sin embargo, no se observó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia y la aparición de maloclusiones ( $p = 0,012$ ). Conclusiones: los resultados obtenidos indican la existencia de una relación entre un periodo de amamantamiento menor a 6 meses y el desarrollo de hábitos de parafuncionales; entonces, los niños que no reciben lactancia o que la tuvieron durante periodos cortos tienen mayor riesgo de padecerlos. Sin embargo, no hubo una relación

significativa entre la lactancia materna y la aparición de maloclusiones [11]

#### 2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Zapata M, Anchelia S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa “Los Educadores”, ubicado en el distrito de San Luis, Lima. Resultados. El hábito bucal prevalente fue la onicofagia (25,3 %). La maloclusión predominante fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). Conclusiones. Existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical, mordida abierta anterior y relación anteroposterior de los contactos dentarios [12]

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. Fueron seleccionados 51 pacientes para la recolección de datos. La prevalencia de pacientes con hábitos bucales fue de 64,7% siendo el género femenino predominante con un 35,29% y el masculino con un 29,41%, la edad oscilante de la presencia de hábitos es de 7 a 8 años. Los hábitos bucales encontrados en primer lugar son deglución atípica y

respiración bucal, seguidos por succión del dedo pulgar hacia el paladar y lengua protráctil. [13]

## **2.2. Bases Teóricas:**

### 2.2.1. Lactancia materna:

El amamantamiento constituye la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Posee efectos indiscutibles para la salud de la madre como del hijo, bien sea desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo, y psicológico. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la alimentación materna debe ser exclusiva los primeros 6 meses de vida y luego debe ser complementada con otros alimentos hasta los 2 años. A pesar de las investigaciones realizadas a nivel mundial y la promoción dada por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, es poco lo que se conoce en este sentido, incluso en el gremio odontológico, en cuanto a la relación entre la lactancia materna y el crecimiento, desarrollo y maduración funcional adecuada del complejo dento-buco-máxilo-facial, así como su importante papel en la prevención de maloclusiones dentales y hábitos viciosos [14]

La lactancia materna constituye un factor de relevante importancia para su posterior desarrollo. La evidencia científica actual demuestra sus beneficios sobre cualquier otra forma de alimentación en el recién nacido. En efecto, la salida de la leche es bien diferente cuando el bebé es amamantado o toma biberón y, por tanto, los movimientos musculares también lo serán, lo cual conducirá a repercusiones

fisiológicas en el desarrollo del tercio inferior del rostro. La función de la lactancia materna es relevante y el momento en que se practique es un período vital de crecimiento no igualado durante el resto de la vida. Solo esta permite obtener un resultado óptimo, pues ningún biberón es capaz de replicar las características de succión del seno materno. Los niños amamantados con biberones realizan poco esfuerzo y demoran más en dormirse, por lo cual muchos recurren a hábitos viciosos o inadecuados para satisfacer su instinto de succión, de manera que la lactancia artificial es considerada un factor causal en el desarrollo de dichos hábitos. Entre los múltiples beneficios que aporta la lactancia materna al bebé figura el estímulo en el desarrollo y crecimiento de todas las estructuras del aparato bucal y del sistema respiratorio en el recién nacido [15]

Freud plantea que el primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace en principio, basado en una necesidad, la de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida irá creando sustitutos, por ejemplo: tenderá a chuparse el dedo o la lengua, después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse en las uñas, el pelo, el brazo, el labio y todos estos hábitos incorrectos, son causa de maloclusión en etapas posteriores. En relación a la madre, además de ser económica, fácil y práctica, favorece la relación con el bebé, manteniendo el equilibrio psicológico. Además de, acelerar la involución uterina, prevenir la hemorragia post-parto, disminuir la

incidencia de cáncer entre otras enfermedades mamarias. En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante:

- a. Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- b. Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- c. Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.
- d. Lactancia de biberón: Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana. •
- e. Lactancia mixta: Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana).
- f. Relactancia: Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia [16]

Los bebés nacen con retrognatismo mandibular, llamado retrognatismo mandibular secundario que mide de 8 a 12 mm, esto hasta la época de erupción de los primeros dientes deciduos (6 a 12 meses de vida), donde debe ser anulado para el establecimiento de la oclusión correcta de los dientes deciduos [16]. Enlow define la rama posterior de la mandíbula y el cóndilo como campos primarios de desarrollo; el estímulo principal en estos campos es el desplazamiento anterior, tanto primario, por la influencia del desarrollo de los huesos adyacentes, como secundario, debido a la tracción en esta dirección por los músculos y tejidos blandos. El avance mandibular actuaría como principal estímulo de crecimiento, entonces el amamantamiento sería el estímulo que favorece a la mandíbula para avanzar de su posición distal con respecto al maxilar superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión [17]

El seno permite un ejercicio fisioterapéutico necesario para el desarrollo del sistema estomatognático. A través del amamantamiento, la mandíbula se posiciona más anteriormente; los músculos masticatorios temporal (retrusión), pterigoideo lateral (propulsión) y el milohioideo (deglución) inician su maduración y reposicionamiento; la lengua estimula al paladar, evitando que la acción de los buccinadores sea perturbadora; y el orbicular de los labios se muestra eficiente en la orientación del crecimiento y desarrollo de la región anterior del sistema estomatognático. Si la alimentación al seno materno no es satisfactoria, el niño tendrá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, a morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse

objetos extraños en la boca y estos hábitos son causas de maloclusiones. Con la amamantación se dará una integración entre la recepción de estímulos correctos y las respuestas adecuadas, que conducen al crecimiento y desarrollo normales de los componentes del sistema estomatognático. De esta manera se evita el retrognatismo mandibular y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusión dentarias [16]

#### 2.2.2. Hábitos Perniciosos

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos también no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión digital, la respiración bucal y la deglución atípica.

Los hábitos no fisiológicos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, 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 a edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Si actuamos de manera temprana

tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años edad los problemas pueden corregirse espontáneamente [4]

#### 2.2.2.1. Succión del chupón:

Casi todos los niños tienen una actividad succionadora sin intenciones alimentarias pero el hábito mantenido puede dar lugar a maloclusión, caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, retroinclinación de incisivos inferiores, mordida abierta anterior, hundimiento palatino [8]

Empieza sobre los primeros 6 meses de vida. Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente. Hay mucha controversia sobre la edad a la que se debe quitar el chupón. Hay estudios que sugieren que es posible disminuir el peligro de estas malposiciones pidiéndoles a los padres que reduzcan el tiempo de chupón al niño, ya que, al cesar el hábito, con menos de tres años, se curan espontáneamente. Si los hábitos de succión no nutritiva se alargan en el tiempo podemos observar: paladar ojival, prognatismo maxilar, retrognatia mandibular, incisivos superiores vestibularizados e inferiores lingualizados, resalte aumentado, mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, tendencia a clase II división 1, hipotonía labial, labio inferior hiperactivo con contracción anormal en la

succión y deglución. También se puede observar: boca abierta, facilitando la respiración oral, persistencia de deglución infantil, problemas fonéticos, interposición lingual en reposo, alteraciones en el dedo, labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores, interferencia de la secuencia normal de la erupción [27]

#### 2.2.2.2. Succión del biberón:

La succión es una necesidad del bebé que se sacia a través de la alimentación materna o biberón, cuando ésta se realiza correctamente estimula toda la musculatura facial y favorece el crecimiento armónico de la cara. En otros casos la succión puede ser favorable cuando estimula el crecimiento mandibular de niños con retrognatismo (poco crecimiento del maxilar inferior). Por otro lado, la succión puede traer consecuencias cuando se prolonga más allá de los 18 meses de vida, llegando incluso a producir alteraciones a nivel oro-facial; en otros casos también puede producir alteraciones en la correcta unión entre dientes (oclusión dentaria). Las consecuencias de la succión del biberón son las maloclusiones dentales (alteración de la mordida), hipotonía de la musculatura oro-facial (flacidez de los músculos faciales), alteraciones en el habla debidas a la disminución en la fuerza muscular oro-facial [18].

Con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", se dificulta la acción de la

lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana, hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal. Un niño que aprende a chupar de un biberón puede desarrollar confusión de pezones, al pretender agarrar la aréola y el pezón, como si se tratara de una tetilla de caucho. Esto trae con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia. Cuando el uso del biberón sustituye al seno materno, gran cantidad de excitaciones externas quedan anuladas, además de no realizarse el ejercicio necesario para el desarrollo del sistema estomatognático en el lactante. Esto conlleva a falta de esfuerzo muscular generando anulación de la excitación de la articulación temporomandibular y musculatura masticatoria, ocurriendo la inducción de estímulos en los músculos buccinadores y linguales, siendo más propensos a la respiración bucal [16]

#### 2.2.2.3. Succión digital:

La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño. Entre la variedad de forma que existe de succión digital, la más común es la

succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical, con la uña dirigida hacia los dientes inferiores. Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético. La duración del hábito es importante y si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua [19]

La succión digital es un hábito perjudicial que puede producir no solo alteraciones de las estructuras dentales y faciales, sino también de las relaciones sociales del niño y su autoestima. Existen factores que modifican, intensifican o minimizan la acción del hábito de succión:

a. Duración:

a.1. Infantil (hasta 3 años): succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico:

- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.
- Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.

- Esta succión se resuelve de manera natural.

a.2. Pre-escolar (3 a 7 años) succión del pulgar clínicamente significativo: si la succión es ocasional, no se manifiestan efectos nocivos en la dentición, pero si es continua e intensa puede producir mal posiciones en la dentición primaria, si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformidad es reversible en un gran porcentaje. Tiene algunas características:

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

a.3. Escolar (7 a 12 años) succión del pulgar no tratada: La succión en estas edades puede producir malas posiciones dentarias y malformaciones dento-esqueletales, por ello requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Presenta algunas características:

- Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.
- Requiere tratamientos ortodóncicos y psicológico.

b. Frecuencia:

b.1. Intermitentes (diurnos).

b.2. Continuos (nocturnos).

c. Intensidad:

c.1. Poco intensa: Cuando la succión del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular. No se introduce el dedo completo, solo la punta del dedo de una forma distraída.

c.2. Intensa: Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable [20]

La succión podría explicarse en 3 etapas:

a. Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico):

a.1. Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.

a.2. Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.

a.3. Esta succión se resuelve de manera natural.

b. Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativa):

b.1. De los 3 años a los 6 ó 7 años de edad.

b.2. Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.

b.3. Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

b.4. Definir programas de corrección.

c. Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

c.1. Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.

c.2. Requiere tratamientos ortodóncicos y psicológico

[13]

2.2.2.4. Succión labial:

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet [21] Puede manifestarse en cualquier edad. Con frecuencia se acompaña de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón. Por lo general se asocia con una protrusión labial de los incisivos superiores, y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. Puede haber retracción de la encía de los incisivos inferiores. Este hábito puede ser la consecuencia

más que la causa de una maloclusión clase II división 1, y clínicamente se observa el surco mentolabial pronunciado. El hábito de interposición labial puede contribuir a un desequilibrio muscular orofacial asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, mal posición dental y deformaciones dentofaciales. La manifestación de una maloclusión adquirida varía según el tipo, la localización, severidad, frecuencia y longevidad de la costumbre, pero la eliminación del hábito es fundamental para el tratamiento y la estabilidad futura [22]

#### 2.2.2.5. Onicofagia:

Se trata de un vicio o un hábito compulsivo por comerse o morderse las uñas cuyo origen se presenta generalmente en edades tempranas como la infancia y la adolescencia. La onicofagia, se define como una costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones. [23] Se observa en edades entre los 4 y 6 años; se estabiliza entre los 7 y 10 años; aumenta considerablemente durante la adolescencia; la incidencia se reduce cuando aumenta la edad. La causa básica de la onicofagia es difícil de determinar, puede relacionarse con ansiedad, imitación y estrés. Los pacientes bajo tratamiento ortodóncico que sufren este hábito pueden desencadenar reabsorción radicular por la aplicación de fuerzas no

fisiológicas extras. A nivel oral también puede encontrarse apiñamiento, rotación, desgaste, fracturas, protrusión de incisivos superiores, destrucción periodontal de la zona anterior, problemas estomacales y paroniquia [22]. Para corregir la onicofagia, es necesaria la concienciación del paciente. El terapeuta debe tener en cuenta si el niño está dispuesto a abandonar el hábito [26]

#### 2.2.2.6. Respirador bucal:

La respiración bucal es un hábito muy común en pacientes en edad de desarrollo, a causa de obstrucciones de las vías aéreas superiores, desvío del tabique nasal. Aunque la mayoría de estos pacientes puede respirar por la nariz y por la boca, cuando la respiración por la cavidad oral se torna crónica, empiezan a existir cambios tanto a nivel de oclusión como a nivel facial [24]. Se ha comprobado que hay una relación estrecha entre la respiración oral y maloclusiones dentro del campo de la ortodoncia, considerándose como un factor de riesgo en el desarrollo de éstas, así como de presentar maxilares más estrechos y cara alargada probablemente por obstrucción nasal secundaria a rinitis alérgica lo cual altera las corrientes y presiones de aire a través de las cavidades y la morfología facial causando un aumento de la presión intraoral lo que empujaría al paladar hacia la cavidad nasal donde la presión sería menor que la normal. [25]

Lo que ocurre es que durante la inspiración y la expiración el aire pasa solamente por la cavidad bucal, y por consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza y, al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares que se vuelven atrésicos y dan al paciente un aspecto característico. Estos pacientes tienen frecuentemente una deglución atípica y una postura de lengua y labios incorrectos. Después de la correspondiente evaluación, si fuera necesario, el paciente puede ser enviado a un otorrinolaringólogo para solucionar la obstrucción nasal. Se deberá rehabilitar la musculatura por medio de ejercicios funcionales que fortalezcan los músculos periorales para que los labios se mantengan juntos. La respiración también debe ser reeducada mediante ejercicios respiratorios [26]

### 2.2.3. Maloclusión dental:

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto. También implica el análisis de cualquier relación de contacto entre los dientes: relaciones de protrusión, en lateralidad o céntrica. Según Angle, sería las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto [27]

La normal es aquella que es equilibrada y permite cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida en armonía con el conjunto estructural del aparato estomatognático. Las alteraciones de estas relaciones en cualquiera de los sentidos determinan una maloclusión dentaria [27]

Según el Diccionario Odontológico de Marcelo Friedenthal (1996): “maloclusión” es una condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con los demás en el mismo arco y con las del arco antagonista. [28]

a. Clasificación de Angle:

De acuerdo con Angle la parte más importante de la oclusión falta es el primer molar superior permanente. Angle dividió las maloclusiones en tres clases amplias: Clase I, Clase II y Clase III. [29]

a.1. 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”. El autor denominó llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesiovestibular del 1er molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del 1er molar inferior. En los pacientes portadores de Clase I de Angle es frecuente la presencia de un perfil facial recto y equilibrio en la función de la

musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua. Los problemas oclusales que pueden ocurrir aisladamente o combinados son normalmente debidos a la presencia de falta de espacio en el arco dentario, excesos de espacio en el arco, malposiciones dentarias [30].

#### a.2. Clase II:

Son clasificadas como Clase II de Angle las maloclusiones en las cuales el 1er molar permanente inferior se sitúa distalmente con relación al 1er molar superior, siendo, por eso, también denominado distoclusión. Su característica determinante es que el surco mesiovestibular del 1er molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del 1er molar superior. Las maloclusiones Clase II fueron separadas en dos divisiones: la división 1 y la división 2 [30]

##### a.2.1. Clase II División 1:

Angle situó en esta división las maloclusiones Clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste anteroposterior es llamado resalte u Overjet. El perfil facial de estos pacientes es, en general, convexo. Asociada a la Clase II división 1 se puede encontrar,

mordida profunda, mordida abierta, problemas de espacio, cruzamiento de mordida, malposiciones dentarias [30]

a.2.2. Clase II División 2:

Esta clase engloba las maloclusiones que presentan relación molar Clase II sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados, excepto los incisivos laterales superiores que se encuentran vestibularizados. Los perfiles faciales más comunes a esta maloclusión son el perfil recto y el levemente convexo. Asociada a la Clase II división 2 se puede encontrar una mordida profunda anterior [30]

a.3. Clase III:

Angle clasificó como Clase III las maloclusiones en las que el 1er molar permanente inferior y, por tanto, su surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del 1er molar permanente superior, por eso, también es denominado mesioclusión. El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura esta, en general, desequilibrada. El cruzamiento de mordida anterior o posterior son frecuentes. Eventualmente encontremos problemas de espacio, mordidas abiertas o profundas y malposiciones dentarias individuales [30]

b. Otras Anomalías:

b.1. Mordida Cruzada anterior:

El diagnóstico y el tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior son importantes para el desarrollo de las relaciones intermaxilares de los pacientes en crecimiento. La mordida cruzada anterior se ha definido como una maloclusión en la cual los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula [31]

b.2. Mordida Cruzada posterior:

Cuando las cúspides bucales de las piezas dentarias posterosuperiores ocluyen en los surcos centrales de las piezas dentarias posteroinferiores. Esta alteración se puede ser en forma unilateral, cuando afecta a la hemiarcada derecha o izquierda o bilateral, cuando afecta a ambas hemiarcadas maxilares [32]

b.3. Mordida Abierta:

La mordida abierta anterior puede ser definida como una maloclusión sin contacto dentario anterior, un overbite negativo, mientras que los dientes posteriores se encuentran en oclusión céntrica [33]

b.4. Mordida Bis a Bis:

Alteración que se caracteriza por que los bordes incisales superiores e inferiores contactan unos a otros sin

entrecruzarse verticalmente, por lo tanto, el overbite es cero [28]

b.5. Mordida Profunda:

Es cuando los incisivos se entrecruzan verticalmente en forma excesiva, de modo que el incisivo superior cubre más de dos tercios de la corona clínica del incisivo inferior o el borde incisal del incisivo inferior está en relación con el tejido blando de la zona palatina anterior del maxilar superior [28]. Esta anomalía se caracteriza por una sobreoclusión, en la cual la mandíbula queda como encerrada por el maxilar superior y estando el paciente en oclusión las piezas dentarias superiores ocultan casi totalmente a sus antagonistas [32]

### 2.3. Definición de términos básicos:

- a. Maloclusiones Dentales: Condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con los demás en el mismo arco y con las del arco antagonista.
- b. Hábito: Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático.
- c. Pernicioso: Que causa mucho daño o es muy perjudicial.
- d. Antecedente: Este término puede utilizarse para hablar de una circunstancia o acción que sirve como referencia para comprender con mayor exactitud un hecho posterior.
- e. Llave molar: Es una llave que se forma entre la cúspide mesiovestibular del primer molar superior y el surco vestibular del primer molar inferior.
- f. Overjet: Superposición horizontal de los incisivos.
- g. Erosión: La erosión dental es la pérdida del tejido dental duro que se encuentra en la superficie de los dientes debido a procesos químicos.
- h. Retrognatismo: Poco crecimiento del maxilar inferior.
- i. Paroniquia: Infección en la piel alrededor de las uñas de las manos o de los pies.
- j. Mesioclusión: Anomalía de relación entre los arcos dentarios, debido a ello los pacientes presentan un perfil recto o cóncavo en relación céntrica, pudiendo tener diferentes tipos de crecimiento facial

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

### **3.1. Análisis de Tablas y Gráficos**

#### **3.1.2 Estadística Descriptiva:**

Con la información obtenida de la encuesta y de la ficha de observación, se tabuló y se ingresó en el programa SPSS versión 20, para el análisis estadístico.

Los resultados estadísticos se obtuvieron de tablas y gráficos que contenían datos relacionados a las maloclusiones, antecedentes y hábitos perniciosos, así como también la relación que existen entre estas variables.

En visto que la maloclusión dental, los antecedentes y hábitos perniciosos son variables cualitativas, para la relación entre ellos se va a utilizar el análisis de chi cuadrado.

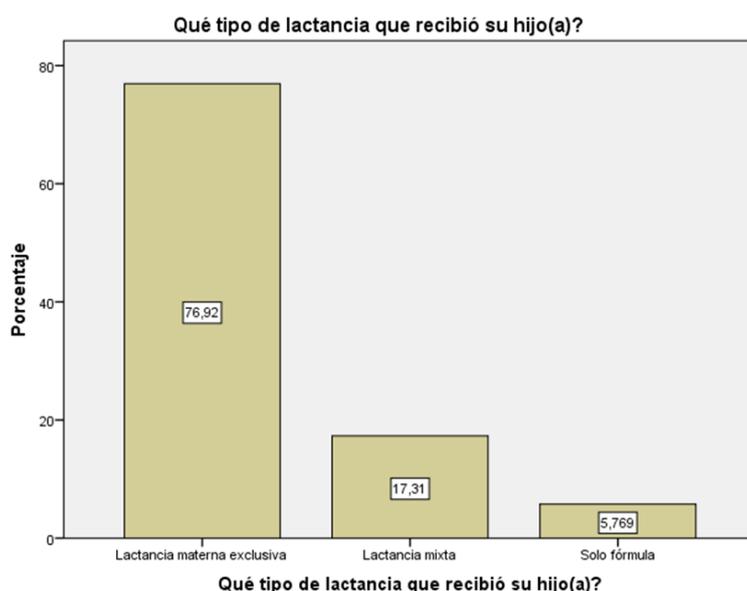
En vista que no existen variables numéricas no se va a realizar análisis de normalidad.

**Tabla N° 01:**

¿Qué tipo de lactancia recibió su hijo(a)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lactancia materna exclusiva	40	76,9	76,9	76,9
Válidos Lactancia mixta	9	17,3	17,3	94,2
Solo fórmula	3	5,8	5,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 01**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

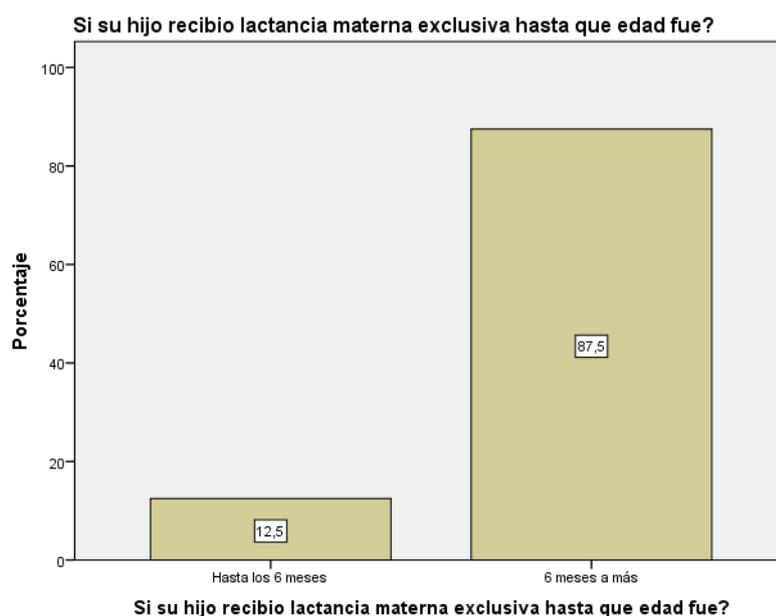
Análisis: En la Tabla N° 01 se observa que del 100% de los niños, un 76.9% de niños recibió lactancia materna exclusiva, un 17.3% recibió lactancia mixta y un 5.8% recibió solo fórmula, por lo tanto se puede decir que las madres de la I.E José Carlos Mariátegui, ya sea, por su entorno social, cultural, económico o familiar prefieren alimentar a sus hijos con lactancia materna exclusiva.

**Tabla N° 02:**

Si su hijo recibió lactancia materna exclusiva ¿Hasta qué edad fue?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta los 6 meses	5	9,6	12,5
	6 meses a más	35	67,3	87,5
Total		40	76,9	100,0
Perdidos	Sistema	12	23,1	
Total		52	100,0	

**Gráfico N° 02**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

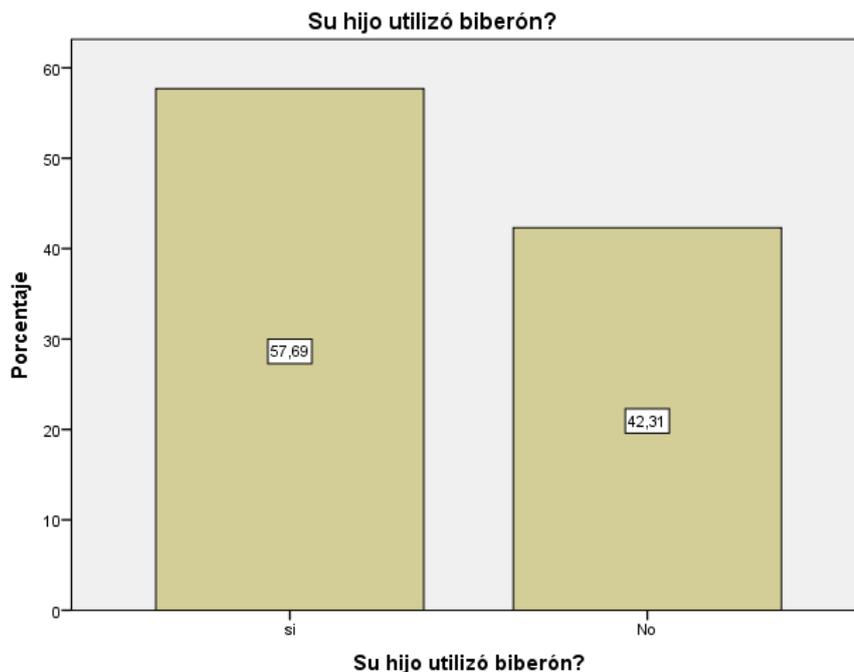
Análisis: En la Tabla N° 02 se observa que del 76.9% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva, un 9.6% recibió la lactancia hasta los 6 meses y un 67.3% recibió la lactancia de 6 meses a más. Esto indica que las madres de la I.E. José Carlos Mariátegui en el periodo de ablactación continúan con la lactancia materna y esto se ve reflejado en el Gráfico N° 02 con el 87.5%.

**Tabla N° 03:**

¿Su hijo utilizó biberón?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	30	57,7	57,7	57,7
Válidos No	22	42,3	42,3	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 03**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

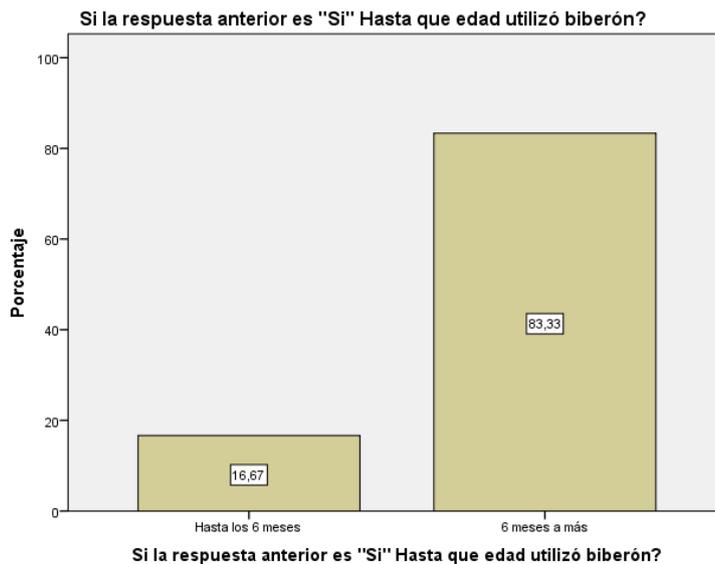
Análisis: Se observa que del 100% de la muestra un 57.7% de niños recibió biberón, mientras que el 42.3% no lo recibió. Esto indica que las madres de familia de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui además de la lactancia materna exclusiva utilizan el biberón como una opción para alimentar a sus hijos.

**Tabla N° 04:**

Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó biberón?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta los 6 meses	5	9,6	16,7	16,7
Válidos 6 meses a más	25	48,1	83,3	100,0
Total	30	57,7	100,0	
Perdidos Sistema	22	42,3		
Total	52	100,0		

**Gráfico N° 04**



*Fuente: Encuesta "Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016"*

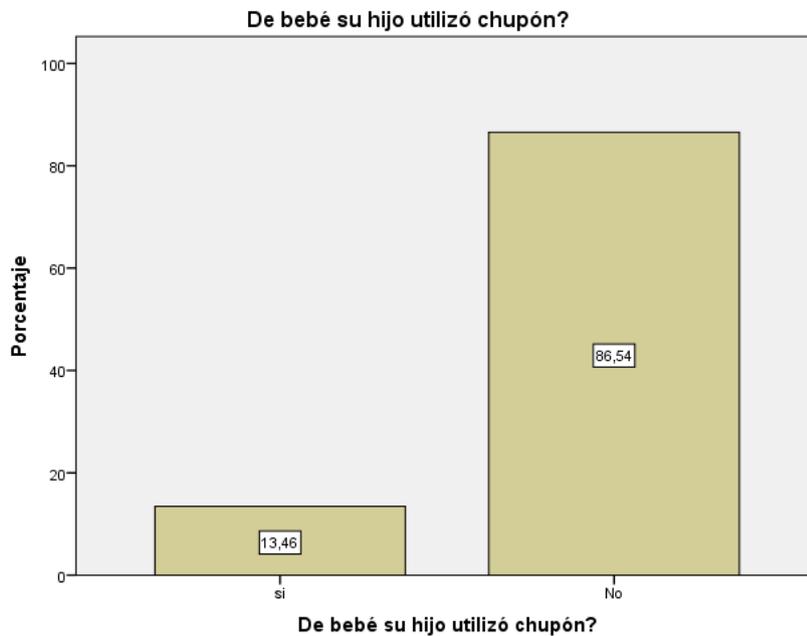
Análisis: En la tabla N° 04 se observa que del 57.7% de niños que recibieron biberón, un 9.6% lo recibió hasta los 6 meses y un 48.1% recibió biberón de 6 meses a más. Esto indica que las madres de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui se apoyan en el biberón para la alimentación de sus niños y esto se ve reflejado en el Gráfico N° 04 con el 83.3%.

**Tabla N° 05:**

De bebé ¿Su hijo utilizó chupón?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	7	13,5	13,5	13,5
Válidos No	45	86,5	86,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 05**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

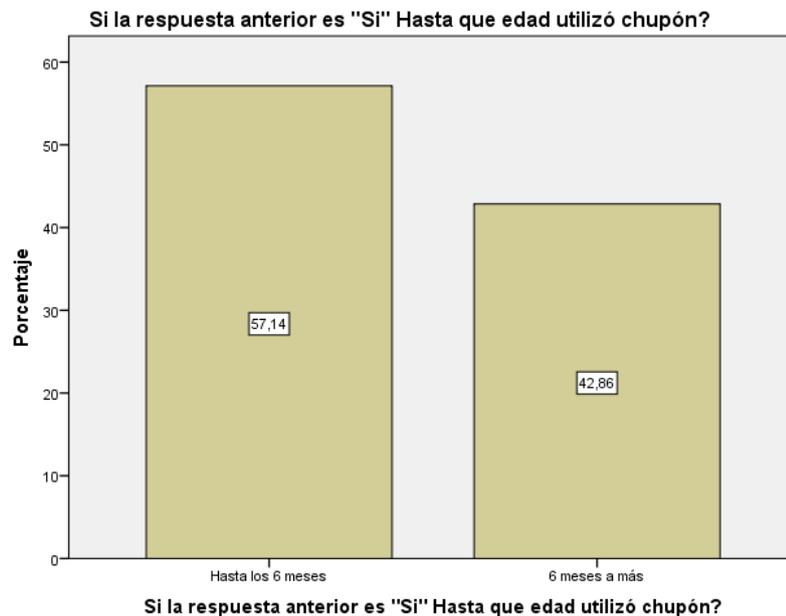
Análisis: Se observa que del total de la muestra solo 7 niños, es decir un 13.5% utilizó chupón de bebé, mientras que el 86.5% no lo utilizó. Esto indica que las madres de familia de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui prefieren no usar el chupón en el crecimiento y desarrollo de sus niños porque consideran que es un hábito nocivo para sus ellos.

**Tabla N° 06:**

Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó chupón?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta los 6 meses	4	7,7	57,1	57,1
	6 meses a más	3	5,8	42,9	100,0
Total		7	13,5	100,0	
Perdidos	Sistema	45	86,5		
Total		52	100,0		

**Gráfico N° 06**



*Fuente: Encuesta "Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016"*

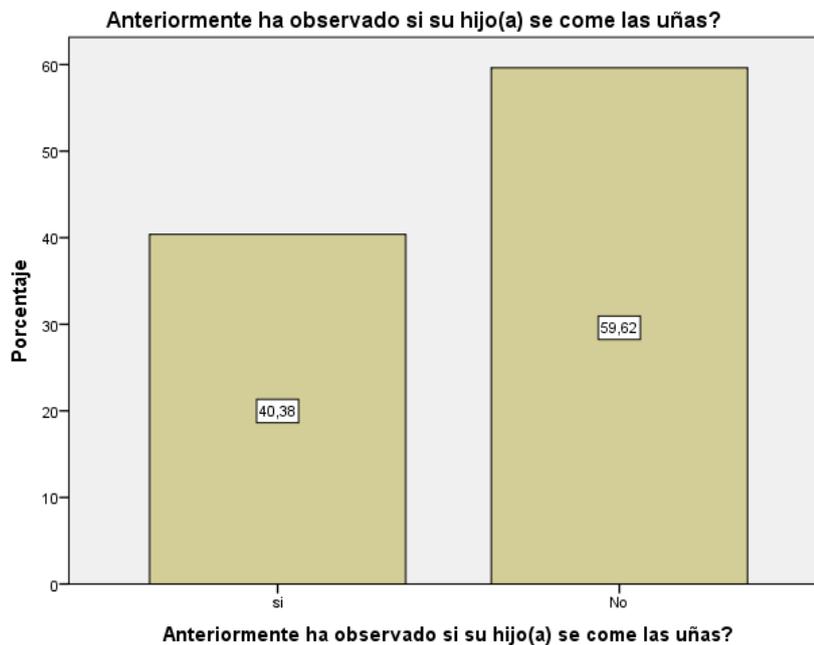
Análisis: En la tabla N° 06 se observa que del 13.5% de niños que utilizaron chupón, un 7.7% utilizó chupón hasta los 6 meses y un 5.8% utilizó chupón de 6 meses a más. Esto indica que las madres de la I.E. José Carlos Mariátegui utilizan el chupón como un mecanismo de ayuda en ocasiones en que el niño tenga episodios de llanto, esto se ve reflejado en el Gráfico N° 06 con el 57.14%.

**Tabla N° 07:**

Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se come las uñas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	21	40,4	40,4	40,4
Válidos No	31	59,6	59,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 07**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

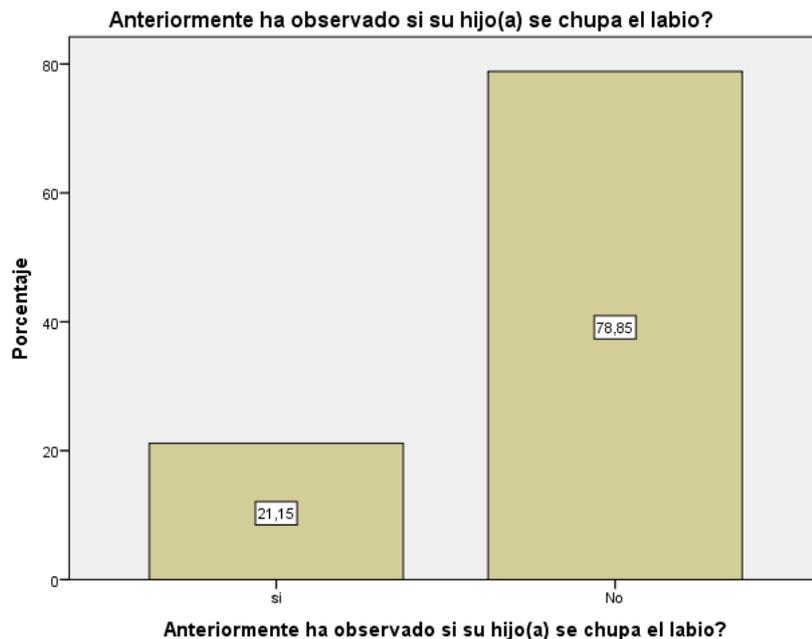
Análisis: Se observa que del total de la muestra solo 21 niños, es decir un 40.4% anteriormente ha presentado onicofagia, mientras que un 59.6% de niños no ha presentado este hábito pernicioso. Esto indica que la onicofagia como antecedente en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui no es un factor de riesgo para las maloclusiones dentales.

**Tabla N° 08:**

Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se chupa el labio?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	11	21,2	21,2	21,2
Válidos No	41	78,8	78,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 08**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

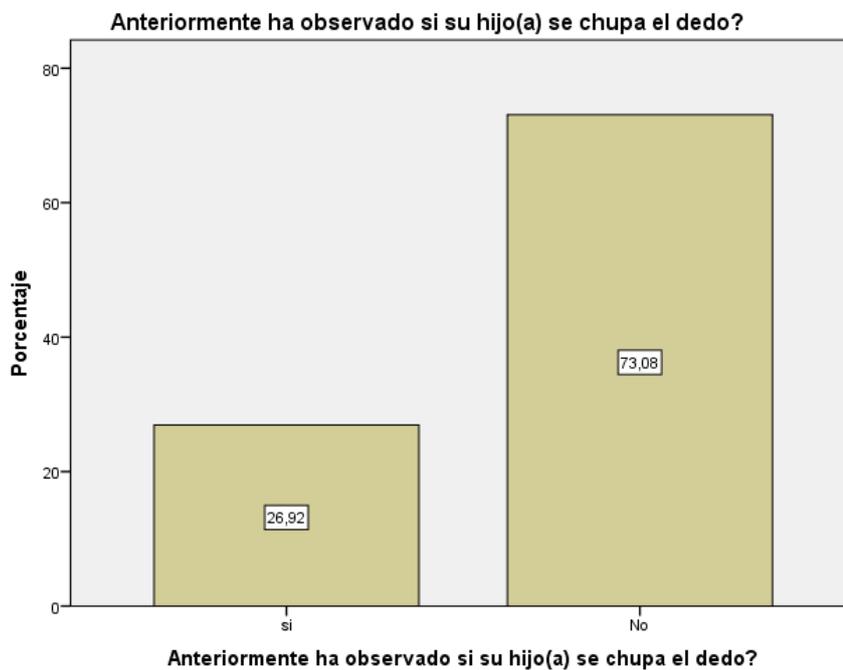
Análisis: Se observa que del total de la muestra solo 11 niños, es decir un 21.2% anteriormente ha presentado succión labial, mientras que un 78.8% de niños no ha presentado este hábito pernicioso. Esto indica que la succión labial como antecedente en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui no es un factor de riesgo para las maloclusiones dentales.

**Tabla N° 09:**

Anteriormente ¿Ha observado si su hijo(a) se chupa el dedo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	14	26,9	26,9	26,9
Válidos No	38	73,1	73,1	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 09**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

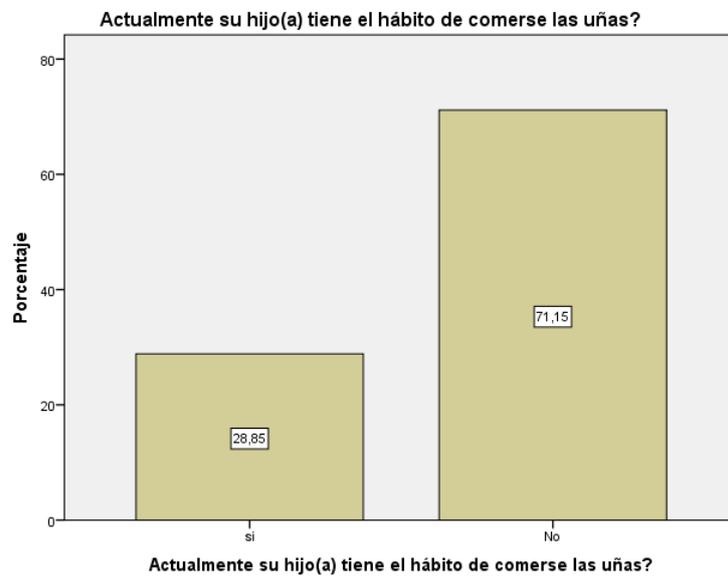
Análisis: Se observa que del total de la muestra solo 14 niños, es decir un 26.9% anteriormente ha presentado succión digital, mientras que un 73.1% de niños no ha presentado este hábito pernicioso. Esto indica que la succión digital como antecedente en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui no es un factor de riesgo elevado para las maloclusiones dentales.

**Tabla N° 10:**

Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de comerse las uñas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	15	28,8	28,8	28,8
Válidos No	37	71,2	71,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 10**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

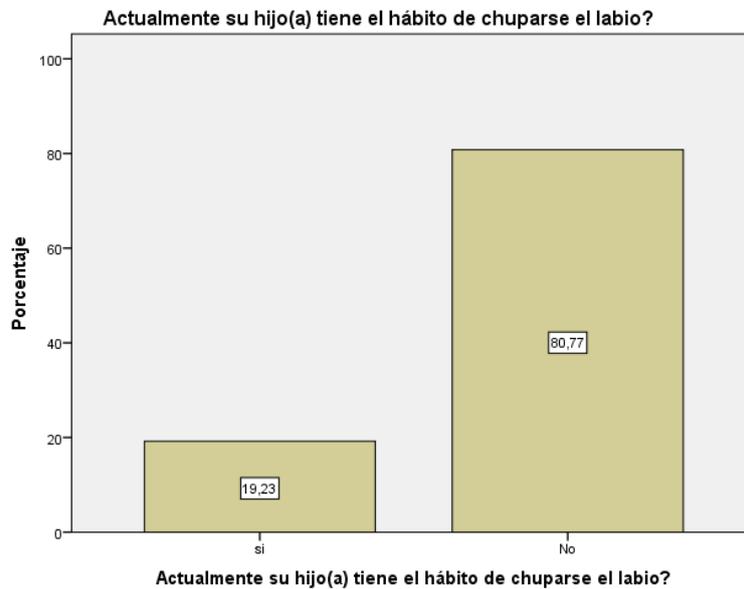
Análisis: Se observa que del total de la muestra solo 15 niños, es decir un 28.8% presenta actualmente onicofagia, mientras que un 71.2% de niños no presenta este hábito pernicioso. Esto indica que la onicofagia en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui no es un factor de riesgo para las maloclusiones dentales.

**Tabla N° 11:**

Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el labio?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	10	19,2	19,2	19,2
Válidos No	42	80,8	80,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 11**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

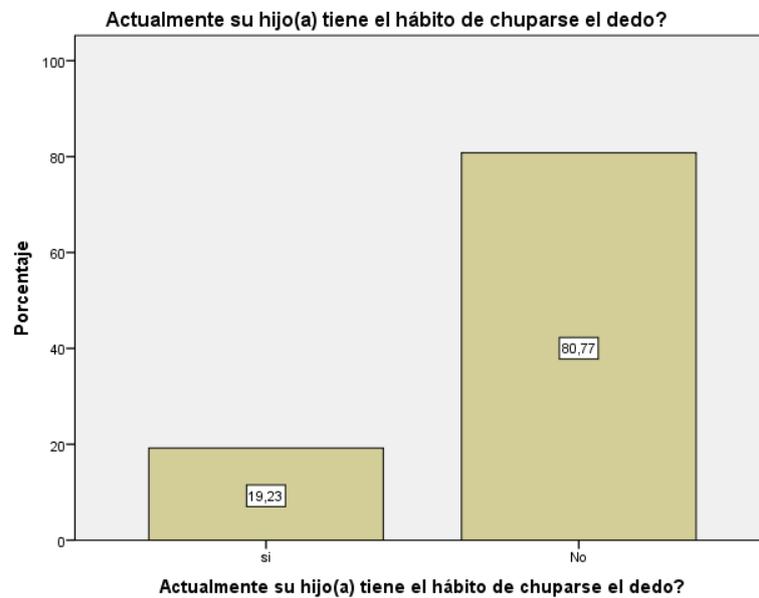
Análisis: Se observa que del total de la muestra solo 10 niños, es decir un 19.2% presenta actualmente succión labial, mientras que un 80.8% de niños no presenta este hábito pernicioso. Esto indica que la succión labial en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui no es un factor de riesgo elevado para las maloclusiones dentales

**Tabla N° 12:**

Actualmente ¿Su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el dedo?

Actualmente ¿su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el dedo?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	10	19,2	19,2	19,2
Válidos No	42	80,8	80,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 12**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

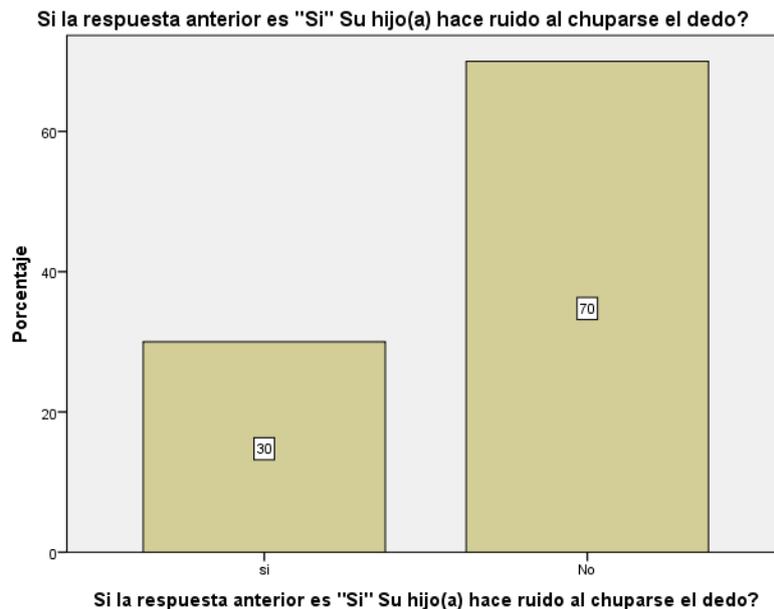
Análisis: Análisis: Se observa que del total de la muestra solo 10 niños, es decir un 19.2% presenta actualmente succión digital, mientras que un 80.8% de niños no presenta este hábito pernicioso. Esto indica que la succión digital en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui no es un factor de riesgo elevado para las maloclusiones dentales

**Tabla N° 13:**

Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Su hijo(a) hace ruido al chuparse el dedo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	3	5,8	30,0
	No	7	13,5	70,0
	Total	10	19,2	100,0
Perdidos	Sistema	42	80,8	
	Total	52	100,0	

**Gráfico N° 13**



*Fuente: Encuesta "Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016"*

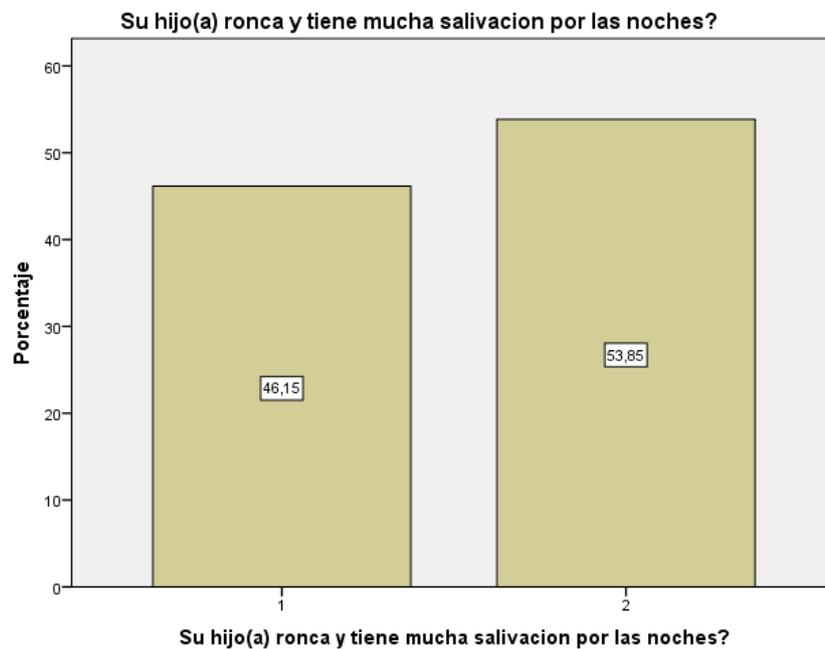
Análisis: Se observa que del total de la muestra solo un 19.2%, actualmente presenta succión digital, de los cuales un 5.8% hace sonido al momento de la succión digital y un 13.5% no hace sonido al momento de realizar este hábito pernicioso. Esto indica que los niños que presentan este hábito no realizan una succión tan marcada, y se ve reflejado en el Gráfico N° 13 con el 70%.

**Tabla N° 14:**

Su hijo(a) ¿ronca y tiene mucha salivación por las noches?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	24	46,2	46,2
	No	28	53,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0

**Gráfico N° 14**



*Fuente: Encuesta “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

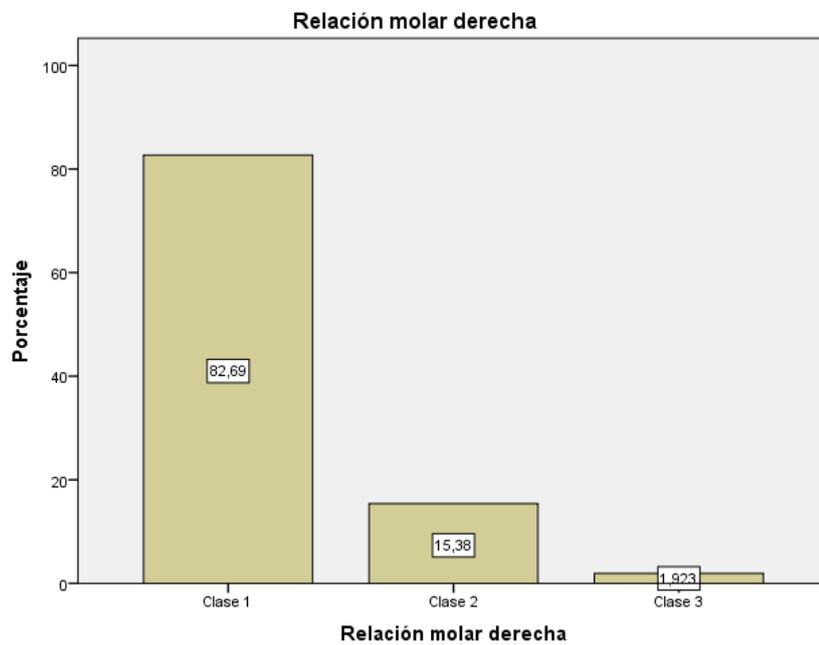
Análisis: Se observa que del total de la muestra, 24 niños, es decir un 46.2% ronca y tiene salivación por las noches, mientras que 53.8% de niños no ronca ni tiene salivación por las noches, Esto indica que el ronquido en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui es irrelevante para las maloclusiones dentales.

**Tabla N° 15:**

**Relación molar derecha**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Clase 1	43	82,7	82,7	82,7
Clase 2	8	15,4	15,4	98,1
Clase 3	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 15**



*Fuente: Ficha de observación “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

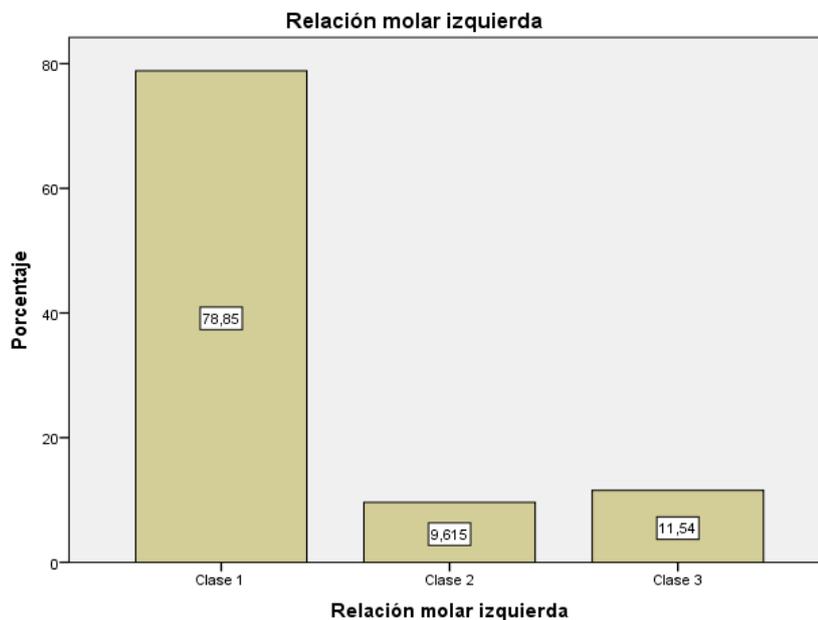
Análisis: Según la clasificación molar de Angle, se observa que un 82.7% de niños presenta una relación molar derecha Clase I, un 15.4% presenta una relación molar derecha Clase II y un 1.9% presenta una relación molar derecha Clase III. Esto indica que la maloclusión que predomina en la relación molar derecha en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui es la Clase I.

**Tabla N° 16:**

**“Relación molar izquierda”**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Clase 1	41	78,8	78,8	78,8
Clase 2	5	9,6	9,6	88,5
Clase 3	6	11,5	11,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

**Gráfico N° 16**



*Fuente: Ficha de observación “Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”*

Análisis: Según la Clasificación molar de Angle, se observa que un 78.8% de niños presenta una relación molar izquierda Clase I, un 9.6% presenta una relación molar izquierda Clase II y un 11.5% presenta una relación molar izquierda Clase III. Esto indica que la maloclusión que predomina en la relación molar izquierda en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui es la Clase I.

### 3.1.2. Contrastación de Hipótesis

**Tabla N° 17:**

Pruebas de chi cuadrado de Pearson “Relación molar derecha”

		Relación molar derecha	
Sexo	Chi cuadrado		1,448
	GI		2
	Sig.	,485 <sup>a,b</sup>	
¿Qué tipo de lactancia que recibió su hijo(a)?	Chi cuadrado		1,170
	GI		4
	Sig.	,883 <sup>a,b</sup>	
Si su hijo recibió lactancia materna exclusiva ¿hasta qué edad fue?	Chi cuadrado		,163
	GI		2
	Sig.	,922 <sup>a,b</sup>	
¿Su hijo utilizó biberón?	Chi cuadrado		2,026
	GI		2
	Sig.	,363 <sup>a,b</sup>	
Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó biberón?	Chi cuadrado		,209
	GI		2
	Sig.	,901 <sup>a,b</sup>	
De bebé ¿su hijo utilizó chupón?	Chi cuadrado		4,762
	GI		2
	Sig.	,092 <sup>a,b</sup>	
Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó chupón?	Chi cuadrado		1,215
	GI		1
	Sig.	,270 <sup>a</sup>	
Anteriormente ¿ha observado si su hijo(a) se come las uñas?	Chi cuadrado		3,642
	GI		2
	Sig.	,162 <sup>a,b</sup>	
Anteriormente ¿ha observado si su hijo(a) se chupa el labio?	Chi cuadrado		9,804
	GI		2
	Sig.	,007 <sup>a,b,*</sup>	
Anteriormente ¿ha observado si su hijo(a) se chupa el dedo?	Chi cuadrado		,863
	GI		2
	Sig.	,650 <sup>a,b</sup>	

Actualmente ¿su hijo(a) tiene el hábito de comerse las uñas?	Chi cuadrado		,503
	Gl		2
	Sig.	,778 <sup>a,b</sup>	
Actualmente ¿su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el labio?	Chi cuadrado		2,198
	Gl		2
	Sig.	,333 <sup>a,b</sup>	
Actualmente ¿su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el dedo?	Chi cuadrado		,420
	Gl		2
	Sig.	,810 <sup>a,b</sup>	
Si la respuesta anterior es "Si" ¿Su hijo(a) hace ruido al chuparse el dedo?	Chi cuadrado		1,071
	Gl		1
	Sig.	,301 <sup>a,b</sup>	
Su hijo(a) ¿ronca y tiene mucha salivación por las noches?	Chi cuadrado		,907
	Gl		2
	Sig.	,635 <sup>a,b</sup>	

Análisis: En la tabla N° 17 se puede observar que no existe una relación significativa entre los antecedentes y hábitos perniciosos con las maloclusiones molares según Angle del lado derecho, a excepción de la succión labial en donde existe un grado de significancia del 0.007.

**Tabla N° 18:**

Pruebas de chi cuadrado de Pearson "Relación molar izquierda"

		Relación molar izquierda
Sexo	Chi cuadrado	,815
	Gl	2
	Sig.	,665 <sup>a</sup>
¿Qué tipo de lactancia que recibió su hijo(a)?	Chi cuadrado	,876
	Gl	4
	Sig.	,928 <sup>a,b</sup>
Si su hijo recibió lactancia materna exclusiva ¿hasta qué edad fue?	Chi cuadrado	1,054
	Gl	2
	Sig.	,590 <sup>a,b</sup>
¿Su hijo utilizó biberón?	Chi cuadrado	,168
	Gl	2
	Sig.	,919 <sup>a</sup>
Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó biberón?	Chi cuadrado	1,500
	Gl	2
	Sig.	,472 <sup>a,b</sup>
De bebé ¿su hijo utilizó chupón?	Chi cuadrado	2,701
	Gl	2
	Sig.	,259 <sup>a,b</sup>
Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Hasta qué edad utilizó chupón?	Chi cuadrado	,875
	Gl	2
	Sig.	,646 <sup>a,b</sup>
Anteriormente ¿ha observado si su hijo(a) se come las uñas?	Chi cuadrado	,262
	Gl	2
	Sig.	,877 <sup>a</sup>
Anteriormente ¿ha observado si su hijo(a) se chupa el labio?	Chi cuadrado	5,005
	Gl	2
	Sig.	,082 <sup>a</sup>
Anteriormente ¿ha observado si su hijo(a) se chupa el dedo?	Chi cuadrado	,756
	Gl	2
	Sig.	,685 <sup>a</sup>

	Chi cuadrado		,788
Actualmente ¿su hijo(a) tiene el hábito de comerse las uñas?	Gl		2
	Sig.		,674 <sup>a</sup>
	Chi cuadrado		2,819
Actualmente ¿su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el labio?	Gl		2
	Sig.	,244 <sup>a,b</sup>	
	Chi cuadrado		1,537
Actualmente ¿su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el dedo?	Gl		2
	Sig.	,464 <sup>a,b</sup>	
	Chi cuadrado		1,837
Si la respuesta anterior es "Sí" ¿Su hijo(a) hace ruido al chuparse el dedo?	Gl		2
	Sig.	,399 <sup>a,b</sup>	
	Chi cuadrado		2,393
Su hijo(a) ¿ronca y tiene mucha salivación por las noches?	Gl		2
	Sig.		,302 <sup>a</sup>

Análisis: En la tabla N° 18 se puede observar que no existe una relación significativa entre los antecedentes y hábitos perniciosos con las maloclusiones molares según Angle del lado izquierdo.

### 3.2. Discusión

Después de haber obtenido los resultados de esta investigación mediante el análisis estadístico y el contraste de la hipótesis, nuestra discusión se realiza en base al análisis de la bibliografía consultada puesta en los antecedentes, así mismo se tendrá en cuenta la percepción del autor.

A continuación tenemos el estudio de Vergara (10). En esta investigación se estudió la Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años, fue un estudio descriptivo y transversal de 106 escolares. En este estudio se concluyó que el hábito que más prevalece es la lactancia materna combinada, y la succión digital como hábitos bucales deformantes, estos resultados difieren con los nuestros porque en nuestro estudio el hábito que más prevalece es la lactancia materna exclusiva con un 76.9% y el hábito pernicioso de la succión digital ocupa un tercer lugar con un 19.2%.

Así mismo, en la investigación de Morales (11), en donde se estudió la Influencia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones, se trabajó con 195 historias clínicas y fue un estudio transversal. Aquí se obtuvo como resultados que el 29,7 % de los niños recibió lactancia materna durante un periodo menor o igual a 5 meses; el 62,1 %, durante 6 meses o más, y el 8,2 % no recibió lactancia materna, los resultados obtenidos indican la existencia de una relación entre un periodo de amamantamiento menor a 6 meses y el desarrollo de hábitos parafuncionales; dando que los niños que no reciben lactancia o que la tuvieron durante periodos cortos tienen mayor riesgo de padecer algún hábito pernicioso, estos resultados tienen porcentajes similares a

los nuestros debido a que el 12.5% recibió lactancia materna solo hasta los 6 meses de edad, el 87.5% recibió la lactancia durante 6 meses a más y el 5.8% no recibió lactancia materna.

Con respecto a Urrieta (13), en donde estudió los hábitos bucales y maloclusión presente en 51 pacientes; obtuvo como resultados que los hábitos bucales encontrados en primer lugar son deglución atípica y respiración bucal datos que coinciden con nuestro estudio realizado en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui en el que se muestra que el hábito encontrado con mayor porcentaje es la respiración bucal con un 46.2%.

Sin embargo, Murrieta (5) en donde estudió la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en 211 escolares con un estudio de carácter descriptivo, observacional, transversal y prolectivo; García (7) con un estudio sobre la evaluación de maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en un grupo de 1270 escolares con un estudio observacional descriptivo mixto y transversal; y Zapata (12) con un estudio sobre hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años, estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico, con una muestra de 154 niños; obtuvieron como resultados que el hábito bucal prevalente fue la onicofagia con un 35%, 46.4% y un 25.3% respectivamente , todos estos resultados difieren con los nuestros porque en nuestro estudio la onicofagia ocupa el segundo lugar con un 28.8%

Cambolor (9) con un estudio retrospectivo sobre maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años y con una muestra de 10.343 pacientes; y Aguilar (8) con un estudio descriptivo transversal sobre la frecuencia de hábitos orales

factor etiológico de maloclusión, con una muestra de 1220 niños; obtuvieron como resultado que el hábito pernicioso de la succión digital ocupa porcentajes bajos de 4.71% y 3.9% respectivamente, de esta forma coincidimos con estos estudios debido a que en nuestra investigación la succión digital se encuentra en tercer lugar con un 19.2%.

Con respecto a la Clasificación molar de Angle tenemos como resultado que en la relación molar derecha predomina la Maloclusión Clase I con el 82.7%, seguida de una Clase II con un 15.4% y por último la Clase III con un 1.9%. En la relación molar izquierda predomina la Maloclusión Clase I con un 78.8%, seguida de una Clase III con un 11.5% y por último una Clase II con un 9.6%. Sacando un promedio obtenemos que en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui la Maloclusión que predomina es la Clase I con un 80.75%, en segundo lugar la Clase II con el 12.5% y en tercer lugar queda la Clase III con un 6.7%, de esta forma nuestros resultados coinciden con los estudios realizados por García (7) en donde obtiene que el 72,8% presenta según Angle Clase I, 24.2% Clase II y 2,9% Clase III, también coinciden con los resultados de Zapata M (12) en donde indica que la maloclusión predominante fue la clase I (71,4%) y a la vez coincidimos con Solarte (6) en donde estudió la prevalencia de alteraciones de la oclusión en 439 estudiantes siendo un estudio transversal en donde también concluyó que la maloclusión predominante es la Clase I.

### **3.3. Conclusiones**

- a. La onicofagia considerada como un hábito pernicioso en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura 2016 se encuentra como la segunda causa de riesgo en las maloclusiones dentarias en esta población.
- b. La relación que existe entre la succión digital y las maloclusiones dentales en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura 2016 no tiene un grado de significancia, por lo que concluimos que la succión digital no es un factor de riesgo para las maloclusiones.
- c. Las maloclusiones dentales tipo CLASE II en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura 2016 se encuentran en segundo lugar de prevalencia con un 12.5%.
- d. Se determinó que no existe una relación significativa entre las maloclusiones dentales con los antecedentes y hábitos perniciosos en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui a excepción de la succión labial en donde si existe un grado de significancia.

### **3.4. Recomendaciones**

- a. Se recomienda a la Sub directora de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui trabajar con las profesoras para realizar charlas de orientación a las madres de familia con el fin de crear conciencia sobre la lactancia materna, pues ésta, es el mejor alimento para el lactante en los primeros meses de vida, y además, contribuye al normal crecimiento y desarrollo de los maxilares del bebé.
- b. Se recomienda a la Sub Directora de esta Institución Educativa trabajar con un grupo multidisciplinario en especial con el psicólogo en los niños con succión digital pasados los tres años, porque después de esta edad, éste hábito se acentúa más y se vuelve nocivo para el buen posicionamiento de los órganos dentarios.
- c. Se recomienda a los padres de familia de esta Institución Educativa que a partir del año y medio se debe quitar el uso del chupón en los niños, es por eso, que para evitar que el niño siga usándolo deberán hacerles perforaciones en los mismos y así ocasionar una destrucción paulatina de este artificio.
- d. Se recomienda a los padres de familia llevar a los niños desde muy pequeños al Odontopediatría para que pueda evaluarlo y observar si existe alguna malformación dentaria o algún hábito nocivo que pueda afectar al Sistema Estomatognático del niño; así como, a la edad de 6 a 7 años su primera visita al ortodoncista.

### 3.5. Fuentes de Información

1. Cano C, Rosas C, Gutiérrez N, Velásquez Y, Godoy S, Quiroz O et al. Frecuencia de Maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del Estado Guárico. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet] 2008, jul. [citado el 06 de mayo de 2016]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art7.asp>
2. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta odontológica venezolana [internet] 2010, mar. [citado el 06 de mayo de 2016]; 48(1). Disponible desde: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
3. Aliaga A, Mattos M, Aliaga R y Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Revista Perú Medicina Experimental Salud Pública [Internet]. 2011. [citado el 06 de mayo de 2016]; 28(1): 87-91. Disponible desde: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina\\_experimental/v28\\_n1/pdf/a15v28n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v28_n1/pdf/a15v28n1.pdf)
4. 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 Odontopediatría [Internet] 2010, julio. [citado el 06 de mayo de 2016]:1-30. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
5. Murrieta J, Allendelagua R, Pérez L, Juárez L, Linares C, Meléndez A et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant

Mex [Internet] 2011, febrero. [citado el 09 de mayo de 2016]; 68(1): 26-33.

Disponible desde:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-)

11462011000100004

6. Solarte J, Rocha A, Andrés A y Agudelo A. 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 [Internet] 2011, sep. [citado el 09 de mayo de 2016]; 23(1):111-125. Disponible desde:  
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/9469/9986>
7. García V, Ustrell J y Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Avances en odontoestomatología [Internet] 2011, abril. [citado el 09 de mayo de 2016]; 27(2). Disponible desde:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003)
8. Aguilar M, Villaizán C y Nieto I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet] 2009, oct. [citado el 09 de mayo de 2016]: 1-13. Disponible desde:  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>
9. Camblor A, Cogorno V, Gutiérrez H y Veitia J. 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 Odontopediatría [Internet] 2008. [citado el 09 de mayo de 2016]: 1-14. Disponible desde:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art14.asp>

10. Vergara R, Barrueco L, Díaz del Mazo L, Pérez E y Sánchez T. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años [Internet] 2014, abril. [Citado el 09 de mayo de 2016]; Disponible desde:

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_8\\_14/san05188.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_8_14/san05188.htm)

11. Morales M. y Stabile R. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones [Internet] 2014, Julio. [Citado el 09 de mayo de 2016]; Disponible desde:

file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-

InfluenciaDeLaLactanciaMaternaEnLaAparicionDeHabit-5236043.pdf

12. Zapata M y Anhelía S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Portal Regional de la BVS. [Internet] 2014, jun. [Citado el 09 de mayo de 2016]: 11(1): 16-24. Disponible desde: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-780293>

13. Urrieta E, López I, Quirós O, Farias M, Rondón S y 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 Odontopediatría. [Internet] 2008. [Citado el 09 de mayo de 2016]: 1-20. Disponible desde:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>

14. Rondón R, Zambrano G y Guerra M. Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento – Buceo – Maxilo – Facial: Revisión de la literatura latinoamericana. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet] 2012. [Citado el 09 de mayo de 2016]. Disponible desde:  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art20.asp>
15. Vergara R, Barrueco L, Díaz L, Pérez E y Sánchez T. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. Medisan. [Internet] 2014. Disponible desde:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_8\\_14/san05188.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_8_14/san05188.pdf)
16. Cigueñas E. Influencia en la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad. [Tesis] Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
17. Mata E. y Duran A. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones, Gaceta Dental [Internet] 2011, enero. Disponible desde:  
<http://www.gacetadental.com/2011/09/lactancia-materna-su-importancia-en-la-prevencion-de-las-maloclusiones-25558/>
18. Navas C. Hábitos orales. Carta de la Salud [Internet] 2012, feb. [citado el 06 de mayo de 2016]. Disponible desde:  
[http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012\\_baja.pdf](http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf)
19. Lugo V, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet] 2011. [Citado el 14 de mayo de 2016]. Disponible desde:  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

20. Víquez M. Hábitos de succión digital y succión atípica. [Tesis]. Costa Rica. Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología; 2010.
21. González M, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digita, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet] 2012. [citado el 06 de mayo de 2016]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
22. Ocampo A, Johnson N, Lema M. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev. Nac. Odontol. [Internet] 2013 dic; 83-90. [citado el 06 de mayo de 2016]. Disponible desde: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>
23. Ferro M, Naccif A, Sotillo F, Velásquez L, Velez K. Aspectos psicológicos de la onicofagia en los estudiantes de 2do año de la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet] 2010, feb. [citado el 06 de mayo de 2016]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art1.pdf>
24. García G. Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas – Revisión Bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet] 2011, Agosto. [citado el 06 de mayo de 2016]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art18.asp>

25. Herrera M, Rosas M y Canseco J. Frecuencia de respiración oral en niños con Maloclusión. Revista Odontológica Mexicana [Internet] 2009, Jun. [citado el 06 de mayo de 2016]. Disponible desde:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2009/uo092d.pdf>
26. Vellini F. Ortodoncia-Diagnostico y planificación Clínica. 2da edición. São Paulo 2004. Artes Médicas. Capítulo 13, hábitos en ortodoncia.
27. Pipa A, Cuerpo P, López E, González M, Pipa I y Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Avances en odontoestomatología [Internet] 2011 jun. [citado el 14 de mayo de 2016]. Disponible desde:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000300004)
28. Friedenthal M. Diccionario Odontológico. 2da edición. Buenos Aires, Argentina. Panamericana. 1996.
29. Graber M. Ortodoncia, teoría y práctica. 3era edición. México. Interamericana. 1974. p204, 205, 209 – 237.
30. Vellini F. Ortodoncia-Diagnostico y planificación Clínica. 2da edición. São Paulo 2004. Artes Médicas. Capítulo 5, clasificación de las maloclusiones; p99 – 110.
31. Gonzáles G. y Marrero L. Mordida Cruzada anterior Revisión Bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet] 2012. [citado el 14 de mayo de 2016]. Disponible desde:  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp>
32. Williams D. Crecimiento Cráneo – facial, desarrollo y diagnóstico de la oclusión. 1ra. Edición U.P.C.H. Lima-Perú. 1991.

33. Álvarez T, Gutiérrez H, Mejías M y Sakkal A. Reporte de un caso clínico de Mordida Abierta Falsa. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet] 2011, mar. [citado el 14 de mayo de 2016]. Disponible desde:  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art3.asp>

# **ANEXOS**

## ANEXO N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “MALOCLUSIONES DENTALES Y SU RELACIÓN CON ANTECEDENTES Y HÁBITOS PERNICIOSOS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7 Y 11 AÑOS DE EDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, PIURA, 2016”

Variables	Definición conceptual	Problemas	Objetivos	Hipótesis	Definición operacional	
					Aspectos o Dimensiones	Indicadores
Variable Uno Antecedentes y Hábitos perniciosos	Un hábito pernicioso es toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático, que causa mucho daño o es muy perjudicial.	<p>General: ¿Existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos encontrados con las maloclusiones en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016?</p>	<p>Determinar si existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos encontrados con las maloclusiones dentales en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.</p>	<p>Existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos encontrados con las maloclusiones dentales en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016,</p>	Hábitos Perniciosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onicofagia.</li> <li>- Succión digital.</li> <li>- Succión labial.</li> <li>- Respirador bucal.</li> <li>- Succión del chupón.</li> </ul>
		<p>Específico 1; ¿Cuáles son los antecedentes de hábitos que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016?</p>	<p>Identificar los antecedentes de hábitos que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.</p>	<p>La onicofagia se presenta como el hábito pernicioso más frecuente en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.</p>		Antecedentes

<p>Variable Dos</p> <p>Maloclusiones Dentales</p>	<p>La maloclusión se define como una relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cuatros sistemas simultáneamente: dientes, huesos, músculos, nervios.</p>	<p>Específico 2: ¿Cuáles serán los hábitos perniciosos que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016?</p>	<p>Identificar los hábitos perniciosos que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.</p>	<p>Existe relación significativa entre la succión digital y las maloclusiones dentales en los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura 2016.</p>	<p>Clasificación molar de Angle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clase I</li> <li>- Clase II</li> <li>- Clase III</li> </ul>
<p>Variables Epidemiológicas</p>		<p>Específico 3: ¿Cuáles son las maloclusiones dentales que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016?</p>	<p>Conocer las maloclusiones dentales que presentan los niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016.</p>	<p>Existe mayor prevalencia de maloclusiones dentales tipo CLASE II en los niños y niñas de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura 2016.</p>	<p>Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siete</li> <li>- Once</li> </ul>
					<p>Sexo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenino</li> <li>- Masculino</li> </ul>

ANEXO N°2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

ENCUESTA

“MALOCLUSIONES DENTALES Y SU RELACIÓN CON ANTECEDENTES Y  
HÁBITOS PERNICIOSOS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7 Y 11 AÑOS DE EDAD EN  
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, PIURA, 2016”

Nº:

---

Estimado paciente, La presente investigación tiene por objetivo conocer las maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016; por lo que solicitamos con seriedad responder las siguientes preguntas:

**Persona Responsable:**

**Edad del niño:**

- 7 ( )
- 11 ( )

**Sexo del niño:**

**Femenino ( )**

**Masculino ( )**

**1. ¿Qué tipo de lactancia recibió su hijo(a)?**

Lactancia materna exclusiva ( )

Lactancia mixta ( )

Solo fórmula ( )

**2. Si su hijo recibió la lactancia materna exclusiva ¿Hasta qué edad fue?**

Hasta los 6 meses ( )

6 meses a más ( )

**3. ¿Su hijo utilizó biberón?**

Si ( )

No ( )

**4. Si la respuesta anterior fue “Sí” ¿Hasta qué edad utilizó el biberón?**

Hasta los 6 meses ( )

6 meses a más ( )

**5. ¿De bebé su hijo utilizó chupón?**

Si ( )

No ( )

**6. Si la respuesta anterior fue “Sí” ¿Hasta qué edad utilizó el chupón?**

Hasta los 6 meses ( )

6 meses a más ( )

**7. ¿Anteriormente ha observado si su hijo(a) se come las uñas?**

Si ( )

No ( )

**8. ¿Anteriormente ha observado si su hijo(a) se chupa el labio?**

Si ( )

No ( )

**9. ¿Anteriormente ha observado si su hijo(a) se chupa el dedo?**

Si ( )

No ( )

**10. ¿Actualmente su hijo(a) tiene el hábito de comerse las uñas?**

Si ( )

No ( )

**11. ¿Actualmente su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el labio?**

Si ( )

No ( )

**12. ¿Actualmente su hijo(a) tiene el hábito de chuparse el dedo?**

Si ( )

No ( )

**13. Si la respuesta anterior fue “Sí” ¿Su hijo(a) hace ruido al chuparse el dedo?**

Si ( )

No ( )

**14. ¿Su hijo(a) ronca y tiene mucha salivación por las noches?**

Si ( )

No ( )

ANEXO N°3



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

FICHA DE OBSERVACIÓN

“MALOCLUSIONES DENTALES Y SU RELACIÓN CON ANTECEDENTES Y  
HÁBITOS PERNICIOSOS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 7 Y 11 AÑOS DE EDAD EN  
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, PIURA, 2016”

N°:

Persona Responsable:

Edad del niño:

- 7 ( )
- 11 ( )

Sexo del niño:

Femenino ( )

Masculino ( )

Examen Clínico

Relación Molar derecha: Clase I ( )      Clase II ( )      Clase III ( )

Relación Molar izquierda: Clase I ( )      Clase II ( )      Clase III ( )

## ANEXO N°4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Año De La Consolidación Del Mar De Grau

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....  
con N° de DNI..... Madre/Padre del alumno(a)  
..... matriculado en la Institución  
Educativa José Carlos Mariátegui del Distrito de Castilla de la Provincia y  
Departamento de Piura. Que habiendo sido informado(a) sobre los objetivos del  
trabajo de investigación **“Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes  
y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución  
educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016”**, que será realizado por la  
Bachiller Karen Lisbeth Criollo Fernández, de la Escuela Profesional de  
Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, acepto participar voluntariamente a  
responder todo el cuestionario aplicado y que mi menor hijo(a) sea evaluado(a) en  
una ficha de observación para dicho estudio.

Huella digital



\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

Castilla, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2016

INVESTIGADOR:

Karen Lisbeth Criollo Fernández  
Bachiller en Estomatología  
COD UAP: 2012142735

**ANEXO N°5**  
**CARTA DE PRESENTACIÓN**

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Piura, 19 de agosto de 2016

A : SRA. JUANITA CASTILLO ESPINOZA  
Directora de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui

ASUNTO : Brindar facilidades para ejecución del anteproyecto de tesis

Por medio de la presente me dirijo a usted, para saludarle y a la vez pedirle su autorización para el ingreso de la Bachiller Karen Lisbeth Criollo Fernández, identificada con DNI 45906472; con el fin de poder ejecutar su anteproyecto de tesis titulado **"Maloclusiones dentales y su relación con antecedentes y hábitos perniciosos en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la institución educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016"** para optar el título de Cirujano Dentista.

Para la ejecución de este anteproyecto se necesita realizar una encuesta a los padres de familia y posteriormente una ficha de observación a los estudiantes con el fin de cumplir el objetivo planteado **"Determinar si existe relación entre los antecedentes y hábitos perniciosos encontrados con las maloclusiones dentales en niños y niñas de 7 y 11 años de edad en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, Piura, 2016"**, por lo expuesto solicitamos a Usted se le brinde las facilidades.

Agradeciendo por anticipado su valioso apoyo para con este trabajo de investigación que redundará en la institución educativa que Usted tiene a cargo.

Atentamente.



  
**UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**  
FACULTAD DE MEDICINA  
C.D. Ruth Aragón Barrasa  
COORDINADORA ACADÉMICA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Adj.

Matriz de consistencia

## ANEXO N° 6

Fotografía N° 1



Institución Educativa José Carlos Mariátegui

Fotografía N° 2



Examinando a los niños del 2do "A"

Fotografía N° 3



Alumnos del 2do "A" con sus cepillos dentales

Fotografía N° 4



Examinando a los niños del 5to "A"

Fotografía N° 5



Tomando modelos a los niños del 5to "A"

Fotografía N° 6



Alumnos del 5to "A" con sus cepillos dentales

Fotografía N° 7



Modelos estudio de los niños de 2do "A" y 5to "A"

Fotografía N° 8



Modelos estudio de los niños de 2do "A" y 5to "A"

## ANEXO N° 7

### INFORMES DE VALIDACIÓN



#### INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

##### I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : MG. CUETO MONROY GASTON HERNAN  
 1.2 INSTITUCIÓN DONDE LABORA : UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - PIURA  
 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN : ENCUESTA ANEXO 01  
 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO : CRILLIO FERNANDEZ KAREN LISBETH

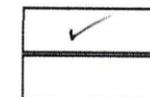
##### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.											✓		
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.												✓	
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.												✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis													✓
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis												✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													✓

##### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

##### IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:



92%

Fecha: 14/09/2016 DNI: 21437099 FIRMA DEL EXPERTO:

**INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO**

**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO
- 1.2 INSTITUCIÓN DONDE LABORA
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN
- 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO

Mg. Giancarlo Jesús Rodríguez V.  
UAP.  
Generoso Chollo Fernandez, Karen Lisbeth.

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

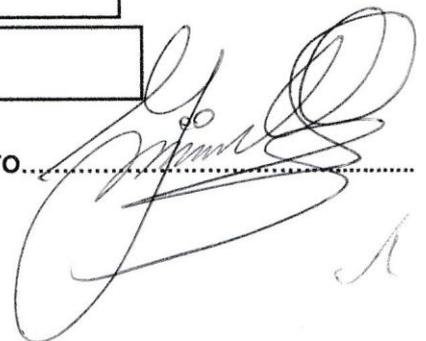
CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													✓
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													✓
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.												✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis												✓	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis													✓
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													✓

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:** 94.5%

Fecha: 12/07/2016 DNI: 40350491 FIRMA DEL EXPERTO:



**INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO**
**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO  
1.2 INSTITUCIÓN DONDE LABORA  
1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN  
1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO

MG AQUJE POMEZ RONNIEM.  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
ENCUESTA ANEXO 01  
CRIOLLO FERNANDEZ KAREN LISBETH

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													✓
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													✓
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis													✓
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis													✓
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													✓

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.  
b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

✓

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

98%
-----

Fecha: 21-07-16 DNI: 21576038 FIRMA DEL EXPERTO: 



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

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : MG. CUETO MONROY GASTON HERNAN
- 1.2 INSTITUCIÓN DONDE LABORA : UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - JIURA
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN : FICHA DE OBSERVACION ANEXO 02
- 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO : CRISTO FERNANDEZ KAREN LISBETH

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.												✓	
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.												✓	
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.												✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												✓	
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis												✓	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.												✓	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.											✓		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis												✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.												✓	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

91.5%

Fecha: 14/07/16 DNI: 21437099 FIRMA DEL EXPERTO:

**INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO**
**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO
- 1.2 INSTITUCIÓN DONDE LABORA
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN
- 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO

Mg. Rodríguez Velasco Germelo.  
 UAP  
 Cuello Fernández Karen.

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													✓
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													✓
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis											✓		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis													✓
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													✓

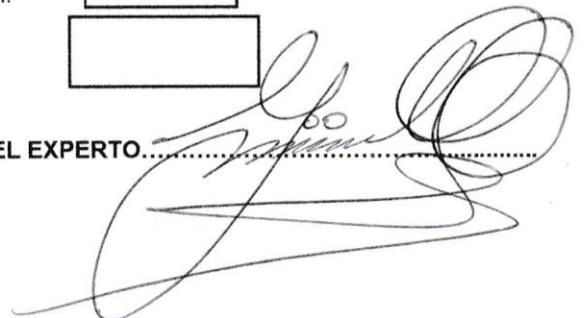
**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:** 98.05%

Fecha: 12/07/16 DNI: 40850401 ..... FIRMA DEL EXPERTO:





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

**INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO**

**I. DATOS GENERALES:**

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : MG AQUITE POMEZ RONNIE MIGUEL  
 1.2 INSTITUCIÓN DONDE LABORA : UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN : FICHA DE OBSERVACION ANEXO-02  
 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO : CRIOLLO FERNANDEZ, KAREN LISBETH

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													✓
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													✓
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												✓	
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis													✓
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis													✓
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													✓

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.  
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

99.5%

Fecha: 21-07-16 DNI: 21576038 FIRMA DEL EXPERTO: