



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

TESIS

**HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y MALOCLUSIONES DENTARIAS
EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P EDMUND TAYLOR
WHITTAKER EN SJL LIMA 2021**

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

PRESENTADO POR:

Bach. CAROLINE FIORELLA, MONTES ESPINOZA

ASESOR:

Mg. JORGE LUIS MARCELINO RODRIGUEZ ROJAS

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A Dios por las bendiciones que me otorga cada día.
A mis padres por su apoyo moral permanente y por guiarme por el sendero del bien. A mi institución por enseñarme a ser un mejor profesional cada día y de esa manera poder en un futuro servir a mi país.

AGRADECIMIENTO

A dios por darme la vida, la fortaleza, sabiduría y salud. Gratitud, a mi familia especialmente a mis padres por apoyarme en mi formación. A mis docentes por su comprensión en todo momento, por darme apoyo moral permanente.

RESUMEN

La investigación contó con el objetivo de determinar si existe relación entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021. La metodología de mi estudio se desarrolló dentro de los parámetros de un enfoque cualitativo con un nivel correlacional, descriptivo, observacional y transversal, el diseño no experimental, donde las variables son hábitos orales deletéreos - independiente y maloclusiones dentarias – dependiente. Se consideró un grupo de 80 estudiantes de nivel primario. Para la recopilación de la información se contó con dos instrumentos: un cuestionario o encuesta para los apoderados y una ficha de observación clínica, que con anterioridad fueron sometidos a la prueba de rigor científico y que finalmente permitió el recojo de los datos necesitados para la investigación y su respectivo tratamiento estadístico. Previo a la entrega de los instrumentos se obtuvo la respectiva autorización del apoderado de modo que se ejecutó la evaluación clínica en la cavidad oral del estudiante con la finalidad de determinar si existe relación entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias. En consecuencia, los resultados que se evidenció fueron los niños de sexto grado con edad de 12 años donde presentaron mayor número de hábitos orales deletéreos con un porcentaje de 15% siendo la respiración bucal el más frecuente mientras que, el 7,5% con edad de 8 años presentó el menor porcentaje en interposición lingual encontrándose una diferencia significativa de acuerdo a las edades. Además, la relación entre hábitos orales deletéreos con maloclusiones verticales mostró una dependencia estadísticamente donde $p\text{-valor}=0,001$. Así mismo entre maloclusiones anteroposteriores donde $p\text{-valor}=0,002$ mientras que en maloclusiones transversales tuvo $p\text{-valor}=0,209$. Concluyendo que existe una relación significativa entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias con un nivel de significancia de ,000 según Chi – cuadrado de Pearson.

Palabras claves: hábitos orales deletéreos, maloclusiones dentarias, malformaciones

ABSTRAC

The objective of the research was to determine if there is a relationship between deleterious oral habits and dental malocclusions in schoolchildren from 6 to 12 years of age at the I.E.P. Edmund Taylor Whittaker in SJL Lima 2021. The methodology of my study was developed within the parameters of a qualitative approach with a correlational, descriptive, observational and transversal level, non-experimental design, where the variables are deleterious oral habits - independent and dental malocclusions - dependent. A group of 80 elementary school students was considered. Two instruments were used to collect the information: a questionnaire or survey for the parents and a clinical observation form, which were previously submitted to the scientific rigor test and which finally allowed the collection of the data needed for the research and its respective statistical treatment. Prior to the delivery of the instruments, the respective authorization of the guardian was obtained so that the clinical evaluation was carried out in the oral cavity of the student in order to determine if there is a relationship between deleterious oral habits and dental malocclusions. Consequently, the results showed that the sixth graders aged 12 years presented the highest number of deleterious oral habits with a percentage of 15%, with mouth breathing being the most frequent, while 7.5% aged 8 years presented the lowest percentage in tongue thrusting, finding a significant difference according to age. In addition, the relationship between deleterious oral habits and vertical malocclusions showed a statistical dependence where $p\text{-value}=0.001$. Likewise between anteroposterior malocclusions where $p\text{-value} = 0.002$ while in transversal malocclusions it had $p\text{-value} = 0.209$. Concluding that there is a significant relationship between deleterious oral habits with dental malocclusions with a significance level of .000 according to Pearson's Chi-square.

Key words: deleterious oral habits, dental malocclusions, malformations.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen	iv
Abstrac	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	x
Introducción	xi
Capítulo I: Planteamiento del problema	13
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema principal	14
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.4. Justificación de la investigación	16
1.5. Limitaciones de estudio	17
Capítulo II: marco teórico	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas	20
2.3. definición de términos básicos	32
Capítulo III: Hipótesis y variables de la investigación	34
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	34

3.2. Variables; definición conceptual y operacional	34
Capítulo IV: metodología de la investigación	36
4.1. Diseño metodológico	36
4.2. Diseño muestral	36
4.3. Técnicas e Instrumento de recolección de datos	37
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	40
4.5. Aspectos éticos	40
Capítulo V: Resultados	42
5.1. Análisis descriptivo	42
5.2. Análisis interferencial	52
Discusión	61
Conclusiones	64
Recomendaciones	65
Fuentes de información	66
Anexo n°1: Consentimiento informado	70
Anexo n°2: Asentimiento informado	71
Anexo n°3: Instrumento de recolección de datos	72
Anexo n°4: Carta de presentación	74
Anexo n°5: Constancia de la investigación realizada	75
Anexo n°6: Imágenes durante el desarrollo de la investigación	76
Anexo n°7: Matriz de consistencia	80

Índice de Tablas

Tabla 1.- Hábitos orales deletéreos (V1)	42
Tabla 2.- Onicofagia (D1)	43
Tabla 3.- Succión digital (D2)	44
Tabla 4.- Interposición labial (D3).....	45
Tabla 5.- Interposición lingual (D4)	46
Tabla 6.- Respiración bucal (D5).....	47
Tabla 7.- Maloclusiones dentarias (V2)	48
Tabla 8.- Maloclusiones verticales (D1)	49
Tabla 9.- Maloclusiones transversales (D2)	50
Tabla10.- Maloclusiones anteroposteriores (D3)	51
Tabla 11.- Tabla cruzada Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones dentarias (V2)	52
Tabla 12.- Pruebas de chi-cuadrado de Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones dentarias (V2)	53
Tabla 13.- Relación de hábitos orales deletéreos según la edad en escolares de 6 a 12 años	54
Tabla 14.- Tabla cruzada Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones verticales	55
Tabla 15.- Pruebas de chi-cuadrado de Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones verticales.....	56
Tabla16.- Tabla cruzada Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones transversales.....	57

Tabla 17.- Pruebas de chi-cuadrado de Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones transversales.....	58
Tabla18.- Tabla cruzada Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones anteroposteriores.....	59
Tabla 19.- Pruebas de chi-cuadrado de Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones anteroposteriores.....	60

Índice de Figuras

Figura 1.- Resultados de Hábitos orales deletérios.....	42
Figura 2.- Resultados de onicofagia	43
Figura 3.- Resultados de la succión digital	44
Figura 4.- Resultados de la interposición labial	45
Figura 5.- Resultados de la Interposición lingual	46
Figura 6.- Resultados de la respiración bucal	47
Figura 7.- Resultados de maloclusiones dentarias	48
Figura 8.- Resultados obtenidos de maloclusiones verticales	49
Figura 9.- Resultados obtenidos de maloclusiones transversales	50
Figura 10.- Resultados obtenidos de maloclusiones anteroposteriores	51

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada "Hábitos orales deletéreos y maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL lima 2021"

Las maloclusiones por lo general son denominadas como un problema de salud pública dado que el alto daño se dará en el sistema estomatognático, además afecta negativamente en la interrelación social, da un elevado valor en los tratamientos odontológicos. Su origen es multifactorial, por lo que resulta complicado de fundar; por otro lado, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, define maloclusiones como desordenes en la posición anatómica y que pueden ser tanto ambientales, así como genéticos.

Los factores de origen ambiental se dan en el modo de vida del individuo causando maloclusiones; dentro de ello se destacan los hábitos orales deletéreos. Los hábitos orales deletéreos son denominados comportamiento adquirido que realiza un individuo para repetir una cierta actividad con facilidad en boca, la cual pueden modificar la posición de los dientes y arcada dentaria. Asimismo, estas son consciente y si persiste se vuelve de modo inconsciente.

En mi investigación los hábitos orales deletéreos y maloclusiones se realizaron mediante una ficha de observación clínica que junto con los indicadores respectivos me permitió ver la existencia o inexistencia de estos hábitos orales y maloclusiones dentarias en cada uno de los escolares.

En la actualidad existen pacientes pediátricos cuyos padres "normalizan" los comportamientos adquiridos agravando la situación de salud bucal del niño. Por ello, es de gran importancia tener un conocimiento de los hábitos orales y desordenes de la posición anatómica, de modo que, se pueda dar un seguimiento; para tomar medidas preventivas para cada caso.

Con esta investigación se pretende determinar si existe relación entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021; Asimismo fomentar programas

educativos e informativos para la reflexión de los adolescentes, niños y padres de familia sobre dicho padecimiento; además, conseguir que durante la atención odontológica el profesional aplique conocimiento científico para solucionar un problema de forma cercana; Y dar así un tratamiento ortodóntico interceptiva. Es así que los resultados de esta investigación ayudarán en la Salud Publica, para crear métodos preventivos e interceptivas que nos permitan resolver los problemas que afectan en la salud oral.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Desde los inicios de la odontología la importancia de la estética fue muy discutido, debido a que era un factor predisponente en la interrelación social del ser humano, sino también en el incremento a nivel psicológico del niño o adolescente; mostrando así características de autoestima baja, ocasionando un efecto de forma negativa en la calidad de vida. Por ello las principales causas mayormente relacionadas eran los hábitos orales deletéreos que venían hacer acciones repetitivas o práctica adquirida en repetir una acción establecida con habilidad en la cavidad oral. Los hábitos orales no determinaban una edad exacta en donde se pudiese manifestar, estas se adquirían de forma consciente y si llegaba a persistir mucho tiempo se volvía inconsciente Así mismo no se formaban con el individuo a diferencia de los hábitos fisiológicos, estos provocaban deformaciones dento-esqueléticas o por una mala formación de los dientes. Los hábitos deletéreos se presentaban en casos de una frustración, fatiga, estrés o ansiedad como también en problemas psicológicos o emocionales como la falta de atención de los padres de familia hacia los hijos y finalmente pero no menos importante en alteraciones funcionales en la Articulación temporomandibular (ATM) como trastornos temporomandibulares (TTM) o disfunciones temporomandibulares (TMD).¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionó que, en la salud bucodental, tuvo un tercer lugar en prevalencia las maloclusiones, lo que hizo que sean de mayor importancia y motivo más frecuente de consulta odontológica, siendo Latinoamérica 85% la población donde se evidenciaron maloclusiones dentarias. En el Perú los estudios epidemiológicos fueron de las regiones de la selva, sierra y además costa, donde evidenció una incidencia de 78,5%,79,1% y 81,9% respectivamente, siendo la primera región que mínimos datos reportados reveló.²

Las maloclusiones según la OMS serán alteraciones orales relacionadas a diversos factores de riesgo tanto genéticos, así como ambientales. Por su lado también, se definió como una alineación incorrecta de los dientes a nivel del maxilar como mandibular. Las maloclusiones ha sido la consecuencia a un factor ligado al propio hábito que se evidenció en el individuo, que varió en función a su intensidad, duración y frecuencia (Tríada de Graber) durante la etapa de desarrollo y crecimiento. Además, se presentaron cambios en los tejidos óseos y en la oclusión.³

Existen maloclusiones que se encontraron asociadas con los tres tipos de planos; En el plano vertical relacionado con la mordida profunda, la mordida abierta que se da bien anterior o posterior y mordida borde - borde. En el Plano transversal con la mordida en tijera y la mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.

Finalmente, el plano sagital o anteroposterior relacionado con las maloclusiones Clase I, Clase II tanto en su división 1 y división 2 y Clase III realizado por Edward Angle que en sus inicios fue únicamente dental y luego asociado con estructuras óseas y dentales de cada individuo. Esta clasificación siguió vigente hasta el día de hoy.

La incidencia de las maloclusiones es muy importante para el incremento de estrategias preventivas y concientización en la población.⁴

En la Institución Educativa Privada Edmund Taylor Whittaker en SJL se observó a los escolares de 6 a 12 años su cavidad oral para obtener la existencia o inexistencia y relación entre los hábitos orales deletéreos y maloclusiones dentarias, incluso se obtuvo la existencia de caries, gingivitis y mala técnica de cepillado.

Por lo expuesto el objetivo de mi investigación presente será determinar si existe relación entre mi primera variable (hábitos orales deletéreos) con mi segunda variable (maloclusiones dentarias) en escolares de 6 a 12 años de la Institución Educativa Particular Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la relación que existe entre los hábitos orales deletéreos más frecuentes con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL, Lima 2021?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares de 6 a 12 años de la I. E. P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?

¿Cuáles son los hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones verticales, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?

¿Cuáles son los hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones transversales, en escolares de 6 a 12 años de la I. E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?

¿Cuáles son los hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones anteroposteriores, en escolares de 6 a 12 años de la I. E. P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivos Principal

Determinar si existe relación entre los hábitos orales deletéreos con maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar los hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

Determinar hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones verticales, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

Determinar hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones transversales, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

Determinar hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones anteroposteriores, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

Esta investigación es importante porque durante el desarrollo del programa de pregrado, se encontraron evidencias de la relación entre ambas variables (hábitos orales deletéreos, maloclusiones dentarias). No obstante, es poco frecuente encontrar literatura actualizada, ni estudios clínicos en la región Lima, específicamente en el distrito de San Juan de Lurigancho, razón por la cual es de gran importancia realizar la ejecución de este trabajo de investigación a fin de identificar tendencias y aportar más información para los próximos estudios sobre la mal oclusión con la asociación de hábitos orales deletéreos en esta comunidad.

Por esta razón las maloclusiones van a ser de origen multifactorial capaz en desencadenar una serie de enfermedades a nivel de salud bucal como general. Además, no solo afectan a los dientes sino a todo el sistema estomatognático, que constituye prácticamente al sistema craneofacial tridimensional. Así como los hábitos orales que desencadenar el desarrollo de algún habito.

Este estudio tendrá un aporte significativo en el punto de vista salud, psicológico comunicativo y emocional, como también beneficiará a los escolares del I.E.P Edmund Taylor Whittaker, porque tendrá conocimiento del promedio que existe entre las maloclusiones y los hábitos en sus alumnos.

La ejecución de esta investigación tiene como justificación metodológica aportar conocimientos actualizados con fundamentos de bases teóricas actuales para las próximas investigaciones, así como la concientización y optimización de la problemática a los egresados, estudiantes y cirujanos dentistas.

La finalidad del presente trabajo de investigación tiene como justificación práctica, determinar la relación existente entre los hábitos orales deletéreos más frecuentes

con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en San Juan de Lurigancho, Lima, incluso aporta en la detección prematura de la mal oclusión y así desarrollar una correcta educación preventiva a los padres e hijos para un temprano tratamiento correctivo de mal oclusión, disminuyendo la prevalencia de las maloclusiones adquiridas con factor a los hábitos orales, en otros casos por traumatismos o hereditarios.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Este estudio será ejecutable puesto que se contó con el periodo que se requiere para recopilar datos o informaciones. Asimismo, conto con un periodo para la educación y charlas a las personas. También, el actual estudio mostró viabilidad en disponibilidad y accesibilidad a informaciones claras para las variables estudiadas, también enseñó una viabilidad financiera, porque todo aquello que se generó como uso para la investigación se encargó de financiarlo.

1.5. Limitaciones de estudio

El presente estudio tiene como limitación la indisponibilidad del tiempo de los escolares ya que la investigación es realizada con menores de edad por lo que necesitan ser acompañados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Arias A. (2020) México - Colombia; ejecutó una investigación cuyo objetivo fue comparar la periodicidad de los hábitos orales y su asociación de maloclusiones en menores de 12 años en Colombia - Medellín y San Luis Potosí – México. La metodología era transversal además descriptiva con grupo de 299 menores de 598 por ciudad en medio de las edades de 4 a 12 años. Para la recolección de información realizaron tabla de contingencia. Los resultados en ambas ciudades tuvieron como mayor prevalencia la onicofagia en Potosí y la respiración bucal en Medellín. En México los que presentaron hábitos mantendrían una oclusión Clase I a diferencia de la deglución atípica con una oclusión Clase III mostrándose una mayor asociación de la existencia de maloclusiones. Incluso se halló una asociación entre la mordida cruzada posterior con la succión digital con un nivel de significancia $\leq 0,05$. Concluyendo asociación directa de la mordida abierta con deglución atípica, deduciendo que la función deglutiva era la causa de maloclusión; del mismo modo mordida cruzada posterior con succión digital.¹

López E. (2018) Ecuador; ejecutó una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de las maloclusiones en dentición mixta de escolares de 6 a 12 años de edad en dos colegios de la ciudad de Quito, Ecuador. La metodología fue observacional visual cuya muestra al estudio fue de 143 niños según la clase de oclusión. Todos los participantes proporcionaron sus datos y respondieron las preguntas. Al resultado mostro 83% algún tipo de maloclusión dentaria mientras 17% restante presentaban características de oclusión normal. Con respecto a las maloclusiones, el 16,1% de la muestra tuvo mayor incidencia de succión labial. Siendo clase I canina y molar la más habitual. Se concluyó que no existe asociación dependiente entre hábito y existencia de mordida abierta anterior con un nivel de significancia =0,69, siendo la succión labial levemente mayor. Concluyendo que la

población tuvo una mayor incidencia en maloclusiones; así como, el hábito más predominante la succión labial.⁵

Garrido P. (2016) Ecuador; ejecutó una investigación cuyo objetivo fue la relación de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años en la escuela “Nicolas Xavier Gorivar” de la ciudad de Quito. La metodología era descriptiva y de forma transversal. Según la muestra del estudio fue realizada en el colegio “Nicolas Xavier Gorivar”. Se realizó un formulario para los apoderados con el fin de registrar los malos hábitos orales, además se llevó a cabo el examen clínico junto con el registro fotográfico a fin de identificar las maloclusiones. La muestra fue de 41 menores, 20 con ausencia en hábitos y presencia de 21 malos hábitos orales, asimismo la información obtenida se analizó por medio de cuadros estadísticos. Según el resultado determinaron que malos hábitos orales asociados a las maloclusiones presentan un promedio mayor de; 50% en maloclusión Clase I con correlación a los hábitos de Onicofagia, 75% Clase II en correlación a la succión digital y por último 40% en maloclusiones Clase III con un alto porcentaje en niños con respiración oral. Concluyendo la existencia de correlación entre hábitos orales con maloclusiones siendo a temprana edad se presenten en niños.⁶

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Zarate R. (2019) Puno; ejecutó una investigación cuyo objetivo fue determinar la asociación de hábitos orales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños de 6 y 12 años de la “I.E.P. 70621 20 de enero” Juliaca. El método fue no experimental, descriptivo de corte transversal y observacional, el grupo fue 83 estudiantes de 6-12 años. Para la investigación realizaron un sondeo además de un examen clínico, todo previo bajo autorización del apoderado, Hay que mencionar que el resultado obtenido coincidió con el sondeo y examen clínico. Asimismo, se obtuvo que entre 8 a 9 años tenían alto porcentaje en hábito oral deletéreo siendo influencia la respiración bucal. Al mismo tiempo, la maloclusión más frecuente fue 43% en verticales, además se halló una relación del 90% correspondiente a las maloclusiones verticales mediante la mordida abierta y hábito de interposición lingual, una maloclusión transversal en

correlación a la mordida cruzada y hábito de respiración bucal con un 73% y por otra parte se evidenció 94% la relación entre la maloclusión Clase I y onicofagia correspondiente a la maloclusión anteroposterior. Concluyendo así que hay una asociación significativa entre las maloclusiones y hábitos orales deletéreos con un valor $p=0.001$.⁷

Rodríguez L. (2018) Lima, ejecutó una investigación con el fin determinar la prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital con los hábitos deletéreos y su relación en pacientes pediátricos de 6 a 12 años atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM año 2017. La metodología fue descriptivo, transversal, prospectivo y observacional, siendo un grupo 156 niños entre 6 a 12 años. Dentro de la maloclusión transversal, la mordida Bis-Bis siendo de mayor prevalencia, seguido de la maloclusión vertical con mayor prevalencia sobre mordida profunda anterior mientras que en el plano sagital fue Clase I sin Mordida cruzada anterior, Clase II div.1 con 19.2%, Clase II div.2 9° y por último la clase III sin mordida anterior con 14,7% afirmando que hay una asociación estadística MPA con respiración mixta, MMA con deglución atípica MCP con respiración bucal, MT con el hábito en posición retro posición, MB-B con deglución atípica, respiración oral y mixta, Clase I con MCA con retroposición. Concluyendo que sí hay correlación entre los hábitos y las maloclusiones obteniendo un tercer lugar la deglución atípica, seguido de la respiración mixta y siendo de mayor prevalencia la postura anteroposterior.⁸

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Hábitos bucales deletéreos

Es aquel comportamiento adquirido que realiza un individuo para repetir una acción establecida con habilidad en la cavidad oral, con el tiempo afecta al crecimiento normal del sistema estomatognático. Asimismo, en una primera instancia se hace de forma consciente y si llegara a persistir se vuelve de modo inconsciente.

Los hábitos se clasifican por lo general en fisiológicos y no fisiológicos. En el fisiológico porque nacen del mismo individuo como el habla, la deglución y la respiración nasal, mientras que los no fisiológicos se dan por una mala práctica repetida de modo que

con el tiempo estas llegan a padecer de una deglución atípica, succión digital o en otros casos de una succión labial, onicofagia, bruxismo y respiración bucal.⁸

Los hábitos bucales deletéreos son llamados perjudiciales debido a que generan fuerzas nocivas en la contracción muscular desencadenan múltiples alteraciones a niveles musculares, maxilofaciales, óseas y dentales, el hábito depende a la frecuencia e intensidad. Suele ser automáticas y se presentan durante la frustración, fatiga, estrés o aburrimiento como también en problemas psicológicos o emocionales.⁷

Los factores ampliamente que modifican la acción de un hábito

Duración:

Infantil: (<2 años) en esta fase el comportamiento es normal por lo que no hay efectos negativos.⁹

Pre-Escolar: (entre 2 a 5 años) si fuera ocasional el hábito, la dentición no sufriría efectos negativos en la dentadura, caso contrario fuera intenso y continuo causaría malposiciones dentarias en los dientes temporales.⁹

Escolar:(6 a 12 años) en esta fase el análisis del hábito debe ser más profundo etiológicamente. Ya que causaría malformaciones dentoesqueléticas y malposiciones dentarias.⁹

Frecuencia: En esta fase logran ser intermitente, debido a que interrumpe y prosigue cada cierto tiempo de manera reiterada y en otros casos continuos, no se observa interrupciones.⁹

Intensidad

Poco intensa: la actividad muscular es poca principalmente los buccinadores en el caso de succión del dedo.

Intensa: presenta disminución de los músculos periferia labial fácilmente apreciable y buccinador.⁹

2.2.2. Succión

Según Larousse y la lengua española viene a ser la extracción del líquido con los labios hacia un objeto generando así un instinto reflejo innato, esta se va a dar las primeras semanas de vida hasta los 4 o 6 meses.⁶

Esta acción se estimula cuando los labios del recién nacido entran en contacto con el objeto, facilitando así que la boca logre succionarlo con la ayuda de los músculos masetero, buccinador, extrínsecos e intrínseco de la lengua y finalmente del músculo orbicular de los labios.

Existe dos tipos de succión: una succión prenatal y neonatal nutricional. La succión nutricional es aquella succión nutritiva denominada fisiológica porque permite al bebé alimentarse de su madre considerándose normal sólo cuando alcanza los tres años de vida y la succión no nutritiva, que se da cuando persiste el mal hábito manifestando piezas temporales en boca generando así cierta satisfacción al individuo.¹⁰

Succión digital

La acción de introducir un dedo en la cavidad oral generalmente involucra al dedo pulgar, asimismo es el hábito más común en la infancia. Este hábito es considerado succión no nutritiva puesto que no tiene índole nutricional sino relacionado con problemas psicológicos como la inmadurez emocional.

Algunos estudios mencionan que la existencia del hábito será el resultado de un período de lactancia corto de menos de 6 meses o por gratificación oral puesto que son reemplazados por chupetes o biberones, causando atresia maxilar afectando así el desarrollo y crecimiento del sistema estomatognático.¹⁰

Otros estudios también mencionan que la asociación entre los hábitos parafuncionales con el tiempo de lactancia si existe, debido que mientras mayor sea el tiempo de amamantamiento materno menor será la presencia de hábitos y por ende menor será la presencia de maloclusiones en ambas denticiones.¹¹

Tipos de hábitos de la succión digital

Succión del pulgar: Este es el más común entre los hábitos de chuparse el dedo. La función de los músculos activos es crear en la cavidad oral un vacío. Además, la mandíbula inferior se deprime debido a la acción del pterigión externo que crea una presión negativa y aumenta el espacio intraoral.

Succión del índice: produce mordida abierta unilateral o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del índice y medio: produce mordida abierta o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión de medio y anular: La succión de estos, puede producir retroinclinación, intrusión anteroinferior además de protruir uno o más incisivos o caninos, hasta incluso una mordida abierta unilateral.

Succión de varios dedos: produce problemas similares a los anteriormente descritos, dependiendo del número de dedos, frecuencia e intensidad del hábito.^{6,12}

Alteraciones de la succión digital

Los cambios que se provocaría en la succión digital son, mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, aumento de Overjet, paladar profundo y estrecho, dientes anterosuperiores con presencia de diastemas y vestibularizados, dientes anteroinferiores lingualizados, relación canino Clase II, corto labio superior, hipertonía del labio inferior, problemas del habla como dificultad para hablar. Extraoral; dedos cortos, callosos, apariencia de placa con tendencia a una infección micótica.^{10,13}

Tratamiento de la succión digital

El éxito de un trabajo multidisciplinario permite la detección temprana de hábitos dañinos. Por ello estudios sugieren que el tratamiento más apropiado debe ser a partir de los 4 años, ya que a esa edad el niño tiene mayor entendimiento y es más colaborador. El tratamiento como primera opción sería los psicológicos o persuasivos en la que el niño debe comprender la gravedad del problema que trae consigo este hábito, luego tratarlo proponiéndole que abrace un peluche o juguete para mantenerse

ocupado y evitar así que el niño lleve el dedo a la boca, donde la duración de este tratamiento es de 3 a 6 meses. Otro método de tratamiento en caso de que la primera opción no arroje resultados serían los aparatos de ortodoncia; Quad Hélix con malla, sean fijos o desmontables o Placa Hawley con malla que tienen la finalidad de dejar el hábito al primer mes, sin embargo, se recomienda que el tratamiento dure 3 a 6 meses.⁹

2.2.3. Onicofagia

La onicofagia es aquella acción que realiza un individuo al morderse las uñas, por lo que viene hacer el acto de sustitución como la succión digital o chupón. Así mismo, está asociado a graves componentes de disturbios emocionales e influye negativamente en el aspecto estético dental, sumado a esto produciría una tensión en el eje longitudinal de los dientes.

La eventualidad de tal hábito se manifiesta también en estados de estrés, ansiedad, con conductas de aburrimiento, inactividad hasta de hambre. Este hábito puede ser en la infancia temporal y en algunos casos se extenderá hasta la edad adulta.^{14,15}

No obstante, ciertos autores consideraron a la onicofagia como la interferencia en el crecimiento normal de la cara y como factor predominante sea la intensidad y frecuencia. Por otro lado, por el predominio del componente vertical del crecimiento facial con deglución atípica, representaría una mordida abierta anterior, donde la intrusión dentaria sería en la zona antero superior.¹⁵

Consecuencias de la onicofagia:

Se caracteriza por presentar consecuencias a nivel estético como las siguientes

En dientes: muestran cambios en la posición y desgaste.

En uñas: el mordisqueo continuo produce microtraumatismos en el lecho ungueal, uñas en forma de serrucho, heridas alrededor del borde libre de la uña, que no crezca y finalmente causan que el dedo duela y se inflame.

En articulación temporomandibular: trastornos y disfunciones.

Alteraciones de la Onicofagia

Generalmente un paciente con Onicofagia tiende a morderse las uñas para luego ser consumido por el mismo individuo, puede causar inflamación a nivel de la faringe debido a los daños en mucosa y tejidos. A nivel dentario puede provocar maloclusiones dentarias, afectación al tejido periodontal, desgastes dentarios, desviaciones y disfunción temporomandibular.¹⁶

Terapia de la Onicofagia

Este hábito será cognitiva y conductual, es decir, implica en que el individuo tiene que ser consciente de deshacerse del hábito y ser motivado. Según Benítez, menciona que, una conducta por hábito de la onicofagia se modifica mediante la participación del profesional porque le brinda sus gerencias útiles para la superación de la adicción.¹⁷

Para que un tratamiento sea favorable no es útil ridiculizar, castigar y ni amenazar, porque empeora el problema o en casos más graves puede ser reemplazado con trastornos psicológicos graves, causando sentimientos de culpa y conflictos sociales.

Para los casos leves no se requiere un tratamiento de por sí, a diferencia de las situaciones más graves donde es importante eliminar los factores de emociones que generen el hábito. A veces en algunos casos solo necesitan atención y comprensión de los padres porque están expuestos a un ambiente doméstico violento, cambios constantes o modo de imitación.¹⁸

Se recomienda para estos problemas, actividades con las manos o actividades al aire libre. Y así mejorar la autoestima y autoconfianza en el paciente.

2.2.4. Interposición Labial

Este es un hábito que ocurre cuando el individuo desplaza la mandíbula hacia atrás consiguiendo el labio inferior sobre los dientes frontales inferiores, haciendo que los dientes frontales superiores presionen el labio inferior. La interposición labial, produce labio superior hipotónico e inferior hipertónico, facilitando así la fuerza muscular en ambas arcadas dentarias, afectando la zona anterior de los incisivos superiores.¹⁹

Estas ocurren en pacientes que se encuentran normalmente en reposo o al momento de la deglución. El individuo que tiene hábito de succión, lo sustituye con succión digital.¹⁸

Alteraciones de Interposición labial

En la mayoría de casos la interposición labial involucra primero al labio inferior seguido del labio superior. Además, el resultado de la interposición repetida de ambos labios tanto superior como inferior será la protrusión superior, mordida abierta anterior, lingualización del incisivo anteroinferior con un incremento del resalte. A nivel extraoral se observan irritación de los labios inferiores, erosiones, sequedad y labios agrietados.²⁰

Terapia de la Interposición Labial

Está indicado para estos casos el aparato ortodóntico funcional o también conocido escudo labial al Lip bumper, porque tiene como finalidad controlar la fuerza del labio inferior hipertónico causando desviación de los dientes anteroinferiores hacia lingual, además que actúa como escudo labial porque, reprime la fuerza de los labios sobre los dientes anteriores en pacientes con fuerza perioral muy tensa, como una especie de parachoque, permitiendo el desarrollo de los maxilares.

Este aparato encaja en los tubos de las bandas cementadas y se ubican a nivel inferior en los molares, ya que influencia positivamente al maxilar inferior (hipertónico) que en el superior que es hipotónico y genera menos fuerza.²¹

2.2.5. Interposición Lingual

Es la protrusión de la lengua entre los incisivos al momento de la deglución. El cual ocurre cuando el individuo para deglutir necesita realizar un empuje negativo, elevando así a la lengua hacia delante con la finalidad que el alimento sea impulsado hacia el esófago.

Para la evaluación de la interposición labial, hay una contracción de los músculos maseteros, elevadores mandibulares y de labios, dientes posteriores en oclusión,

lengua protruida y anormal, hay engranaje cuspídeo exacto y seguro. Cuando se hace más grave esta presenta una deglución con diastemas y poca adaptación e inestabilidad en engranaje cuspídeo.²²

Alteraciones de la Interposición lingual

La interposición lingual provoca alteraciones negativas en la mal oclusión como la forma difusa de una mordida abierta o rectangular, incisivos superiores protruidos, diastemas anterosuperiores, degastes en el borde incisal, incompetencia labial, labio superior hipotónico y musculo del mentón hipertónico.²³

Además, existen problemas con los fonemas en la fonación para la pronunciación de 'd, t, s, h, y' incluso se percibe actividad al momento de introducir sólidos y líquidos.²²

Tratamiento de la Interposición Lingual

Para el tratamiento de la interposición lingual es necesario modificar los patrones funcionales del tejido oral, usando el fonoaudiólogo en el que consiste eliminar patrones neuromusculares con el objetivo de tener deglución fisiológica normal.

Otro de los tratamientos para educar a la lengua es a base de aparatos ortodónticos como la rejilla lingual fija, el cual colocado los alambres fijados en molares impide la interposición lingual. A nivel quirúrgico sería realizarle un reposicionamiento quirúrgico con un especialista en cirugía maxilofacial.^{8,21}

2.2.6. Respiración Bucal

La respiración bucal viene a ser la introducción de aire a través de vía nasal con cierre absoluto de la cavidad bucal, de manera que su función se realice de manera óptima.

La respiración bucal está causada por trastornos respiratorios de obstrucción funcional o por hábitos; si es originada por obstrucción funcional, la vía nasal presentará dificultad la cual impedirá el aire viaje a través de ellas, ocasionando resistencia al inhalar aire. Mientras en un hábito, será un obstáculo funcional, aunque eliminada, la respiración bucal se convertirá en un hábito.²⁴

En que obstrucciones pueden estar presentes; por un tabique nasal desviado, cornetes hipertróficos, alergias frecuentes o infecciones que cause inflamación de la mucosa, hipertrofia de las amígdalas faríngeas e hipertrofia de amígdalas palatinas, asma y bronquios.²⁵

Alteraciones de la respiración bucal

Si este patrón es alterado se genera una modificación en el desarrollo y el crecimiento de las estructuras orofaciales en el hueso hioides, postura de cabeza y cuello. Además, que a nivel dentario presenta alteraciones de los maxilares superiores estrechos, paladar ojival, incompetencia labial, labio superior atónico y corto, labio inferior hipertónico y grueso, mordida abierta o mordida cruzada.⁷

Están asociadas a problemas gingivales y en los estudiantes causaría bajo rendimiento durante su aprendizaje.

Tratamiento de la respiración bucal

Debe ser mediante el otorrinolaringólogo para tratar la obstrucción nasal y a su vez ser atendido por un logopeda que rehabilite la musculatura y la correcta respiración.

Finalizado el tratamiento se podría usar aparatos de disyunción o emplear placas vestibulares que eviten el ingreso del aire por la cavidad bucal.²⁶

2.2.7. Maloclusión y oclusión

La oclusión se define como el contacto entre la relación de dos arcos dentarios maxilar superior e inferior con el objetivo de realizar la masticación lo cual es muy importante para la alimentación.

La maloclusión dentaria se define como el mal posicionamiento de las piezas dentarias con relación de sus piezas dentarias antagonistas. Son la causa más frecuente de pérdida de la estética del individuo. De acuerdo con la OMS en la salud bucodental, tuvo un tercer lugar en prevalencia las maloclusiones, sino también como factor de riesgo sea genético o ambiental.²⁷

Además, según la clasificación de Graber divide la mal oclusión en factores causales en extrínsecos e intrínsecos. Los factores extrínsecos son dados en crecimiento del individuo y que por lo general no son controlables por una ortodoncia.²⁷

Provocada por:

Factores hereditarios (genética).

Hábitos adquiridos (chuparse el dedo, el uso del chupete durante un largo tiempo)

Deformidades congénitas (parálisis cerebral, labio leporino, torticollis)

Medio ambiente (Influencia prenatal y postnatal)

Problemas dietéticos (escorbuto, raquitismo, amelogénesis)

Accidentes y traumatismo

Los factores Intrínsecos asociados directamente con la cavidad oral, son controlables por un odontólogo y al ser detectados y corregidos no ocurrirán recidivas.²⁷

Anomalías de número (agenesia y supernumerarios)

Anomalías en tamaño (microdoncia y macrodoncia)

Anomalías en forma (germinación, fusión)

Prematura de dientes temporales

Anquilosis y caries

Clasificación de las maloclusiones

Es una de las herramientas más importante para la evaluación clínica como el diagnóstico y el plan de tratamiento. Para realizar un diagnóstico certero y completo, la maloclusión es clasificada en plano vertical, transversal y anteroposterior.

Plano vertical

Mordida Abierta

Se caracteriza por no haber una sobremordida vertical de los incisivos tanto superiores como inferiores, es decir presenta un overbite (< 0 mm). Su etiología es multifactorial, se ve mucho en niños con temprana edad, está relacionada con los hábitos bucales como la respiración bucal debido a la obstrucción de las vías respiratorias, deglución atípica y succión digital.²⁸

Mordida borde - borde

Se da por una sobremordida igual a 0, es decir presenta un overbite nulo ($= 0$ mm). Se caracteriza por el contacto entre ambos bordes incisales tanto superior como inferior. Se ve en casos de denticiones desgastadas y en mordida abierta que llegan a compensarse. Son de origen esquelético cuando hay presencia de hipoplasia maxilar o hipertrofia del maxilar inferior, en casos de origen dental por inclinación axial anormal de los incisivos.²⁷

Mordida profunda

Se da por tener una sobre oclusión vertical desproporcionada en la zona anterosuperior sobre la mandíbula. Además, presenta overbite > 4 mm y es considerada compleja por tener alteraciones en el crecimiento como en el desarrollo normal de los maxilares.²⁹

Plano transversal

Mordida Cruzada

Se da por las cúspides vestibulares de los dientes posteriores superiores en oclusión con las fosas de los dientes posteriores inferiores en ambas arcadas o una hemiarcada. Estas pueden ser de forma unilateral o bilateral, además son de origen dentario, esquelético o funcional. Existen factores como la deglución atípica, respiración bucal y succión digital.³⁰

Mordida en tijera

Cuando hay un cambio en la superficie palatina de los dientes posteriores del maxilar superior, estos entrarán en contacto con la superficie vestibular de los dientes

inferiores. Presentan 2 tipos, bilateral que es una mordida en tijera bilateral donde la arcada superior cubre totalmente a la inferior y unilateral la que es de origen dental, además causa problemas de fonética y masticación.³¹

En el plano anteroposterior

El señor Edward H. Angle, introdujo la clasificación de Angle I, II, III; además, dividió la Clase II en división 1 y división 2, reflejando la mala posición entre el maxilar y la mandíbula. Del mismo modo contribuyo con el concepto “oclusión ideal” que rara vez está presente en la naturaleza y por ello se menciona de un “ideal imaginario”. Esta clasificación actualmente sigue siendo usada por todos los investigadores e internacionalmente aceptada.

Maloclusión Clase I

Se da “cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior”. Generalmente en molares se manifiesta y se da en individuos con perfil recto y relación ortógnata, denominándose como normo-oclusión. No obstante, las alteraciones que presenta en el sector anterior son; sobremordida excesiva, diastemas, apiñamientos, mordida cruzada.³¹

El nivel incisal existente del overbite y overjet es de 1 a 3 mm lo cual se considera normal, asimismo el ángulo ANB es de 0° a 4°. Esta clase de relación molar nos permite la estabilidad del sector posterior.

Maloclusión Clase II

“Se da cuando la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye por delante del surco bucal del primer molar inferior”.²⁴ En esta clase el maxilar superior se encuentra protruida mientras que el maxilar inferior retruida respecto al superior.

Generalmente aparece en individuos con perfil convexo y relación retrógnata, denominándose así disto-oclusión. Existe 2 subdivisiones la cual se diferencia por la posición de los incisivos superiores.

División 1: Presenta maxilar en forma de quilla de barco resaltando los dientes anterosuperiores, hipotónico y corto en la zona del labio superior e inferior hipertónico, mandíbula pequeña. La alteración más marcada es la sobremordida horizontal.³⁰

División 2: Presenta un resalte de los incisivos centrales superiores palatinizados e incisivos laterales superiores labializados e incisivos inferiores retruídos. La alteración más marcada es la sobremordida vertical.³²

Maloclusión Clase III

“Se da cuando la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior se encuentra hacia distal del surco mesiovestibular del primer molar inferior”. En esta clase el maxilar inferior se encuentra protruida mientras que el maxilar superior en retrusión con respecto al antagonista.³³

Generalmente aparece en individuos con perfil cóncavo y relación prógnata además hay presencia de hábitos como la interposición lingual y es de factor hereditario, denominándose así mesio-oclusión. No obstante, las alteraciones que se presentan es la mordida abierta, exagerado crecimiento de la mandíbula, disminución del crecimiento del maxilar, una inclinación lingual exagerada del incisivo inferior, overbite y overjet negativo.³²

2.3. Definición de términos básicos

Maloclusión: Alteración del sistema estomatognático que puede ser funcional, esquelética, dentaria o mixta. Si es a nivel funcional se da por alteración del sistema neuromuscular, si es dentario las piezas dentarias de ambas arcadas superior e inferior no articulen en su posición normal y si es a nivel esquelético la causa será en las bases óseas.

Hábitos orales deletéreos: Es aquel comportamiento adquirido que realiza un individuo en repetir una acción establecida con habilidad en la cavidad oral que con el tiempo afecta al crecimiento normal del sistema estomatognático. Asimismo, en una primera instancia se hace de forma consciente y si llegara a persistir se vuelve de modo inconsciente.

Relación: Es la idea de correspondencia o conexión que hay entre elementos de dos o más grupos.

Oclusión dentaria: Se define como el contacto entre la relación de dos arcos dentarios maxilar superior e inferior con el objetivo de realizar la masticación lo cual es muy importante para la alimentación.

Succión digital: La acción que realiza un individuo en introducir uno o más dedos dentro de la cavidad bucal, generalmente implica al dedo pulgar.

Onicofagia: Es la acción que realiza un individuo al morderse las uñas o viene hacer el acto de sustitución como la succión digital o chupón. Así mismo, está asociado a graves componentes de disturbios emocionales.

Interposición: La acción o resultado de interponerse u obstaculizar el curso normal de algo.

Ceceo: es un fenómeno fonético de la lengua española que es pronunciar la letra S con un sonido parecido a las letras del alfabeto C y Z.

Funcional: es aquello perteneciente de algo o alguien que funciona o sirve.

Disfunción: es un problema que perjudica el normal funcionamiento de algo, es decir es lo opuesto a lo funcional.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis principal

Existe la relación con los hábitos orales deletéreos más frecuentes con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

3.1.2. Hipótesis nula

No existe la relación con los hábitos orales deletéreos más frecuentes con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

3.2. Variables, definición conceptual y operacional

3.2.1. Variables

V₁ Hábitos orales deletéreos.

V₂ Maloclusiones dentarias.

3.2.2. Definición conceptual

Hábitos orales deletéreos: Es aquel comportamiento adquirido que realiza un individuo en repetir una acción establecida con habilidad en la cavidad oral que con el tiempo afecta al crecimiento normal del sistema estomatognático.

Maloclusiones dentarias: Alteración del sistema estomatognático que puede ser funcional, esquelética, dentaria o mixta. Si es a nivel funcional se da por alteración del sistema neuromuscular, si es dentario las piezas dentarias de ambas arcadas superior e inferior no articulen en su posición normal y si es a nivel esquelético la causa será en las bases óseas.

3.2.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Hábitos orales deletéreos	Succión digital		callosidades, irritación, ampollas arrugados y enrojecidos en los dedos.	Cualitativa Nominal	Examen extraoral Ausente / Presenta
	Onicofagia		Microtraumatismos en el lecho ungueal, Uñas muy cortas, Lesiones en el borde de la uña, Forma en serrucho.	Cualitativa Nominal	Examen extraoral Ausente / Presenta
	Interposición Labial		Labio inferior y superior entre los incisivos.	Cualitativa Nominal	Examen extraoral Ausente / Presenta
	Interposición Lingual		Interposición de la lengua por medio de dientes frontales o en otro caso en dientes posteriores.	Cualitativa Nominal	Examen extraoral Ausente / Presenta
	Respiración bucal		Incompetencia labial, El aire pasa por el maxilar porque son estrechos, Los cornetes son estrechos, Labios hipertónicos o hipotónicos.	Cualitativa Nominal	Examen extraoral Ausente / Presenta
Maloclusiones dentarias	Vertical	Mordida Abierta	Presenta un Overbite (< 0 mm).	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO
		Mordida borde-borde	Presenta un Overbite (= 0 mm).	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO
		Mordida profunda	Presenta un Overbite > 4 mm.	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO
	Transversal	Mordida cruzada (bilateral/unilateral)	Las cúspides vestibulares de los dientes posteriores superiores ocluyen en las fosas de los dientes posteriores inferiores en ambas arcadas o una hemiarcada.	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO
		Mordida en tijera	Las caras palatinas de los dientes posteriores superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO
	Anteroposterior	Maloclusión Clase I	Es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO
		Maloclusión Clase II división 1	Presenta un Overjet > 3mm.	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO
		Maloclusión Clase II división 2	Presenta un Overjet < 1mm.	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO
Maloclusión Clase III		Es cuando la cúspide mesiovestibular de la 1 ^{er} molar superior se sitúa hacia distal del surco mesiovestibular del 1 ^{er} molar inferior.	Cualitativa Nominal	Examen intraoral SI / NO	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la investigación

El diseño investigativo será no experimental ya que no se somete a ningún grupo de individuos a un estímulo o tratamiento para observar alguna reacción.

A nivel es correlacional porque determina si dos variables de estudio presentan una correlación o no. Asimismo, es descriptivo porque se encarga en describir una situación, individuo, fenómeno o grupo que se esté estudiando.

A nivel intervención será Observacional y de acuerdo a la secuencia y periodo del estudio será transversal.

4.2. Diseño muestral

Población

La población estará conformada por 80 escolares entre 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

Criterios de inclusión:

Estudiantes entre 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en San Juan de Lurigancho.

Escolares de ambos sexos.

Asentimiento informado.

Aprobación del apoderado para realizar el estudio, mediante una firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Tratamiento ortodóntico previo en niños.

Niños que presente algún Síndrome (Síndrome de Down).

Niños que no aprueben por medio del asentimiento informado su participación en el estudio.

Muestra

La muestra será por conveniencia porque el universo será igual a la muestra.

La evaluación estará conformada por 80 escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

4.3.1. Técnicas

La ejecución del estudio fue correlacional, observacional, descriptivo y transversal. La evaluación e identificación fueron determinantes en la investigación, ya que me permitió obtener mayor información.

4.3.2. Instrumento

Se utilizó una ficha de encuesta que ya ha sido aprobado en otros estudios. La información se recolectó mediante la técnica de sondeo y observación clínica

Para la encuesta de los padres de familia se confeccionó un sondeo para la variable hábitos orales deletéreos donde se mencionó; apellidos y nombre del paciente, edad, sexo, fecha de la recolección de datos, cinco preguntas principales con sus diez subpreguntas sobre el tipo de hábito deletéreo que presentó. Cabe mencionar que se utilizó como referencia, la encuesta de Garrido.⁶ (Anexo 3)

Para evaluación clínica se confeccionó una ficha de Observación clínica, donde se observó los apellidos y nombres del paciente, edad, sexo, una primera parte que constó del examen de los hábitos orales donde se percibió y se diagnosticó. Una segunda parte que constó de un examen intraoral para determinar el tipo de maloclusión que se halló sea vertical, transversal o anteroposterior. Cabe mencionar que la ficha que se utilizó como referencia es de Farheen³⁴ y Gamboa.³⁵ (Anexo 4)

4.3.3. Rangos

Maloclusiones dentarias: plano vertical, plano transversal y plano anteroposterior.

Hábitos orales deletéreos: Succión digital, Onicofagia, Interposición Labial, Interposición Lingual, Respiración bucal.

4.3.4. Procedimientos

Se solicitó una carta de presentación de manera presencial a la directora de la Institución Educativa Privada Edmund Taylor Whittaker para la aplicación del estudio.

Se presentó al comité encargado de investigación la aprobación respectiva y así llevar a cabo con el procedimiento de recolectar la información; además, se solicitó la autorización de la Institución Educativa Privada Edmund Taylor Whittaker, donde se procedió a explicar en qué consiste el estudio, cuál es el objetivo. Luego de su aprobación se comenzó con la ejecución de la investigación.

Se comenzó con las evaluaciones primero entregando el consentimiento y asentimiento informado a los apoderados e hijos para la respectiva autorización, en el cual explico de manera clara y concisa sobre la colaboración en el estudio la cual sería de manera voluntaria, además se le informó sobre todos los procedimientos que se realizó al participar de la investigación, así como los objetivos, los riesgos, beneficios y que toda la información que se recopiló fue bajo confidencialidad. (Anexo N °1,2)

Luego de haber obtenido las autorizaciones y las encuestas, se programó una visita nuevamente a la institución educativa para que el operador pueda reunirse con los niños, asimismo se realizó dicha evaluación.

La institución asignó un ambiente iluminado, amplio y ventilado el cual se acondicionó mesas, sillas para que el niño sea evaluado. También se tomó en cuenta la asepsia y antisepsia, los materiales e instrumentales que se utilizaron; mascarillas, guantes Qx, espejos bucales, bajalenguas, retractores, campos de mesa, gorro descartable, campos descartables, mandil blanco, linterna, cámara fotográfica.

La programación de revisión clínica fue; día uno se evaluó a los estudiantes de 1^{er} y 2^{do} grado, día dos se evaluó 3^{er} y 4^{to} grado y finalmente 5^{to} y 6^{to} grado de nivel primario.

Para la evaluación clínica se utilizó una ficha observacional la cual permitió recopilar todos los datos durante el examen extraoral, intraoral y funcional de modo que las características que se encontraron puedan coincidir también con la información que se obtuvo mediante la encuesta y confirme la existencia entre variables.

Detección de hábitos orales deletéreos:

Succión digital: Se observó si el dedo o los dedos presentaron algún tipo de irregularidades como callosidades, irritación, ampollas en el índice o pulgar, enrojecimiento, arrugados o si se encuentran humedecidos.

Onicofagia: Se le solicitó el despliegue de las manos encima de la mesa con el objetivo de observar detalladamente las uñas de los dedos y verificar si presentó lesiones en el borde de la uña, microtraumatismo, uñas en forma de serrucho y desgaste.

Interposición Labial: Se solicitó al niño que relaje la boca por un minuto en estado de reposo con el objetivo de observar minuciosamente la interposición del labio inferior y superior entre en contacto con los incisivos es decir si hubo cierre postural de labios, también si hubo irritación de los labios inferiores, el tamaño del labio inferior, erosiones, sequedad y labios agrietados.

Interposición lingual: Se pidió que pase la saliva para que genere un gesto o disminución del músculo masetero y poder verificar la presencia de interposición entre lengua y dientes frontales o posteriores al momento de la deglución. En la evaluación se usó los retractores de carrillo.

Respiración bucal: Se observó al niño si presentó ala de la nariz ensanchada, labios hipertónicos o hipotónicos, incompetencia labial por medio de un espejo intrabucal cerca a la boca para verificar si presentó o no empañamiento.

Luego que obtuvo los resultados del examen clínico se procedió a comparar con las encuestas para disponer el tipo de hábito deletéreo presentó.

Detección de las maloclusiones dentarias

Para la evaluación fue mediante el examen intraoral y se utilizó una ficha donde se mencionó el tipo de oclusión.

En el plano vertical se evaluó el overbite y se realizó una proyección en el borde incisal de los dientes anteriores superiores sobre la cara frontal del inferior en oclusión, además consideró lo siguiente; mordida abierta, si presentó overbite > 0 mm, mordida borde – borde, si presentó un overbite = 0 mm o nulo y por último mordida profunda, excesivo overbite < 4 mm.

En el plano transversal, valoró la mordida cruzada y la mordida en tijera mediante los indicadores descritos en operacionalización de variables.

En el plano anteroposterior, se valoró con la clasificación de Angle la clase I, clase II con sus subdivisiones 1 y 2 donde la subdiv1 presenta una inclinación vestibular de los incisivos superiores con un overjet >3 mm mientras que la subdiv2 se encuentra vestibularizados o palatinizados con un overjet <1 mm y finalmente Clase III mediante los indicadores descritos en operacionalización de variables.

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

La información recolectada de todos los datos obtenidos con las herramientas requeridas, se envió en una hoja de cálculo Microsoft Excel 2019 enumerados y se tabuló mediante el software estadístico SPSS versión 22 con la finalidad en obtener un análisis estadístico.

Se elaboró también tablas, que se utilizaron para la prueba estadística descriptiva por medio del uso de tablas de frecuencia y gráficos para interpretar los resultados.

4.5. Aspectos éticos

La realización de este trabajo de investigación, primeramente, cumple con los Lineamientos fundados por el código de ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú, se realizó una solicitud de autorización a la directora de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker N° UGEL 05 del distrito de SJL, en donde se declaró al director como consistiría el estudio, el tipo de estudio y cómo se daría comienzo la recolección de

datos. Así mismo se distribuyó los consentimientos y asentimientos informados a los padres de familia e hijos. Finalmente, los datos que se recopilaron por el operador serían bajo confidencialidad, las cuales tendría acceso sólo dicha persona.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1

Valores asignados para la variable V1

Hábitos orales deletéreos (V1)				
Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Presente	24	30,0%	30,0%	30,0%
Ausente	56	70,0%	70,0%	100,0
Válido Total	80	100,0	100,0	

Según lo demostrado en la tabla 1, se puede observar que, del total de estudiantes, el 30% se encuentra presente hábitos orales deletéreos y 70% de ellos se encuentra ausente.

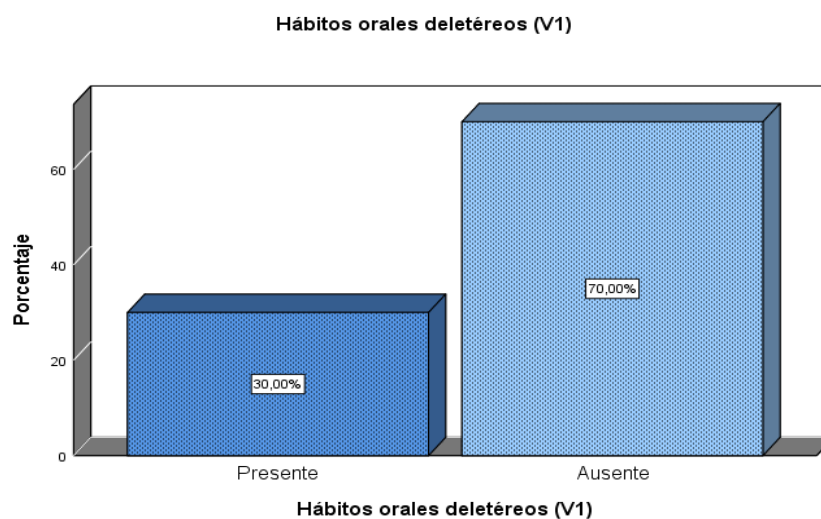


Figura 1. Resultados de Hábitos orales deletéreos.

Tabla 2

Valores establecidos para D1

Onicofagia (D1)					
	Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	47	58,8%	58,8%	58,8%
	Presente	33	41,3%	41,3%	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Como se evidencia en la tabla 2, los resultados obtenidos muestran que 58,8% del total de estudiantes se encuentran ausente de hábitos orales - onicofagia y el 41,3% de ellos se encuentran presente.

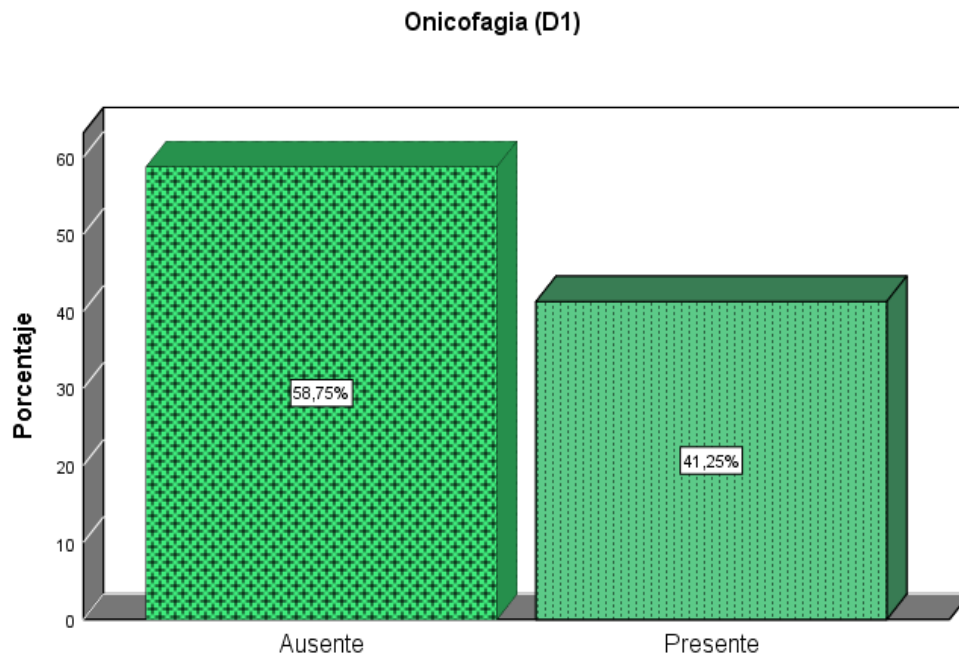


Figura 2: Resultados de onicofagia.

Tabla 3

Valores establecidos para D2

Succión digital (D2)				
Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumuladc
Ausente	52	65,0%	65,0%	65,0%
Válido Presente	28	35,0%	35,0%	100,0
Total	80	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla 3, según las evidencias encontradas en relación a los resultados obtenidos el 65,0% del total de escolares pertenecientes a la muestra de estudio se encuentran ausente de hábitos de succión digital y el 35,0% de ellos se muestran presente.

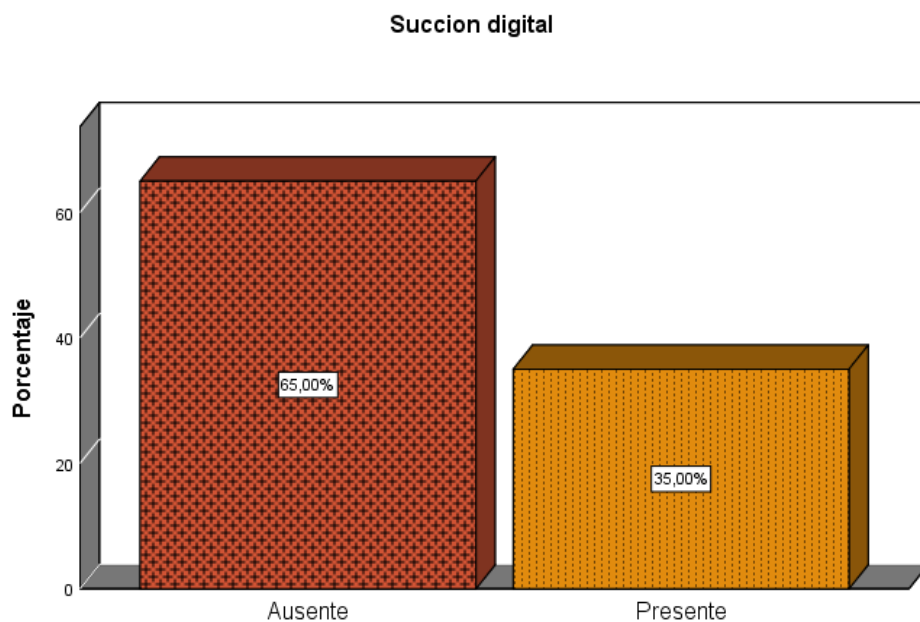


Figura 3. Resultados de la succión digital.

Tabla 4

Valores establecidos para D3

Interposición labial (D3)					
Valores		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente		63	78,8%	78,8%	78,8%
Presente		17	21,3%	21,3%	100,0
Válido	Total	80	100,0	100,0	

Según los resultados mostrados en la tabla 4, se puede evidenciar que el 78,8% del total de escolares se encuentran ausente de hábito de Interposición labial y el 21,3% de ellos se muestran presente.

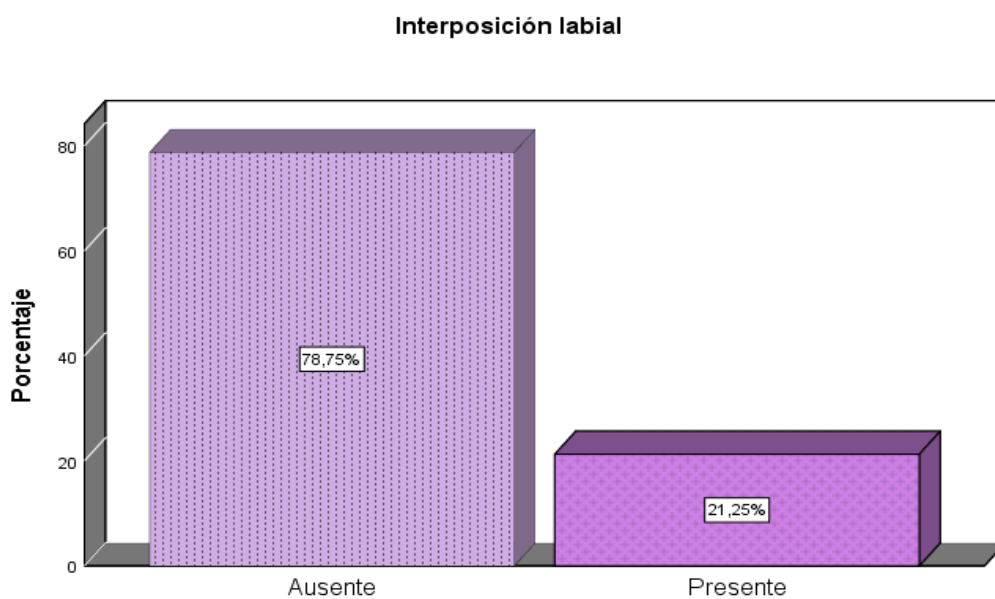


Figura 4. Resultados de la interposición labial.

Tabla 5

Valores asignados para D4

Interposición lingual (D4)				
Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	54	67,5%	67,5%	67,5%
Válido Presente	26	32,5%	32,5%	100,0
Total	80	100,0	100,0	

De acuerdo a la tabla 5, en la cual se presentan los resultados encontrados, el 67,5% del total de escolares pertenecientes a la muestra de estudio se encuentran ausente de hábitos orales de Interposición lingual y el 32,5% de ellos se muestran presente.

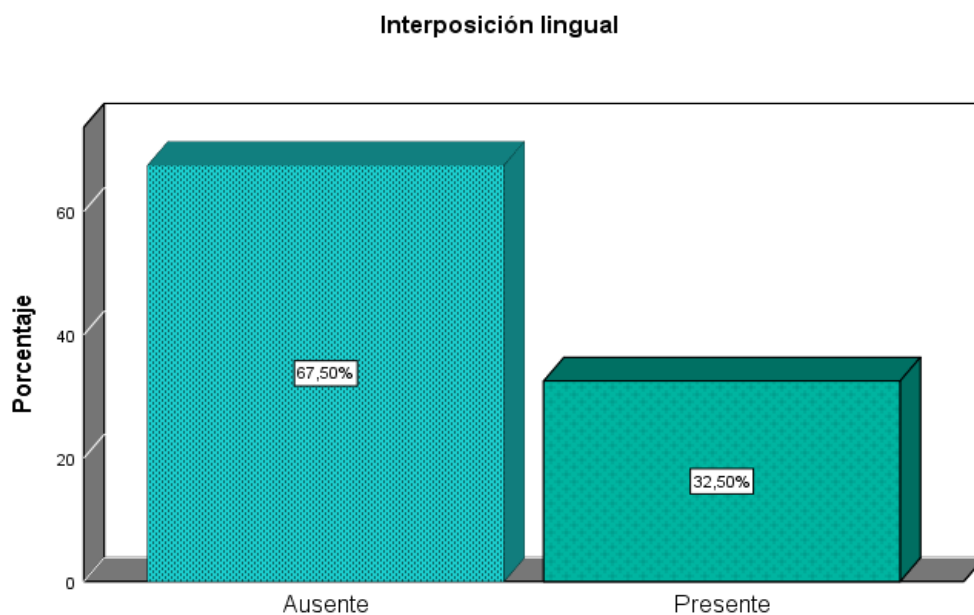


Figura 5. Resultados de la Interposición lingual.

Tabla 6

Valores asignados para D5

Respiración bucal (D5)				
Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	42	52,5%	52,5%
	Presente	38	47,5%	100,0
	Total	80	100,0	100,0

Como se puede apreciar en la tabla 6, según los resultados obtenidos al realizar el estudio, 52,5% del total de escolares se encuentran ausente de hábitos orales de Respiración bucal y 47,5% de ellos se muestran presente.

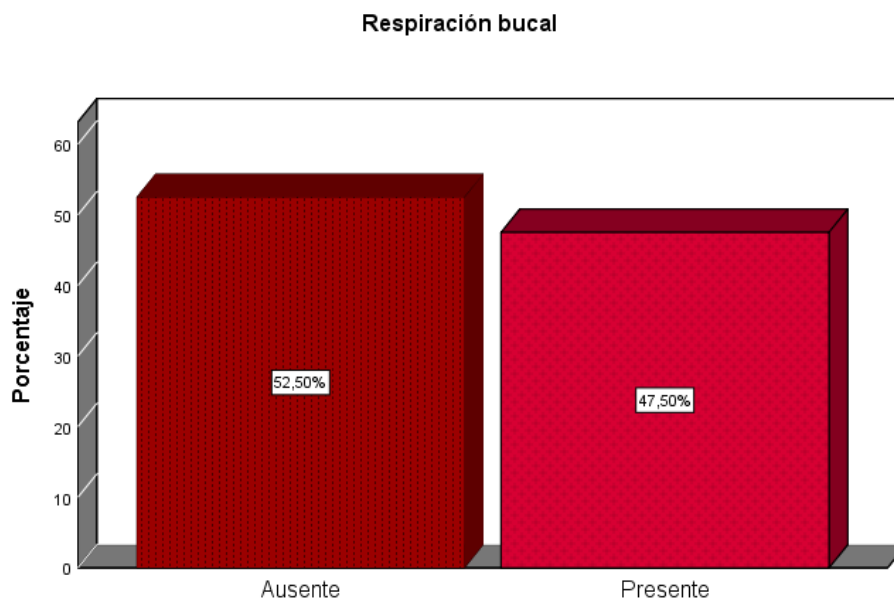


Figura 6. Resultados de la respiración bucal.

Tabla 7

Valores asignados la variable (V2)

Maloclusiones dentarias (V2)				
Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	20	25,0%	25,0%	25,0%
Válido Si	60	75,0%	75,0%	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Según se muestra la tabla 7, en donde se distingue según los resultados arribados, el 25,0% del total de escolares pertenecientes a la muestra estudiada no presenta Maloclusiones dentarias y el 75,0% de ellos se muestran presente.

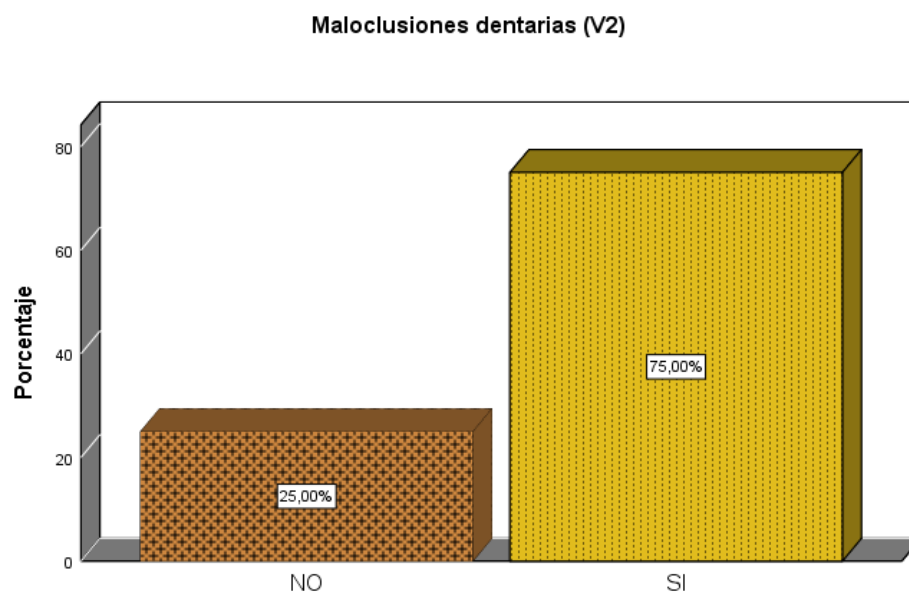


Figura 7. Resultados de maloclusiones dentarias.

Tabla 8

Valores incluidas para D1

Maloclusiones verticales (D1)					
Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
NO	52	65,0%	65,0%	65,0%	
SI	28	35,0%	35,0%	100,0	
Válido Total	80	100,0	100,0		

De acuerdo a la tabla 8, en donde se distingue según los resultados arribados, el 65,0% del total de escolares pertenecientes a la muestra de estudio no presenta Maloclusiones verticales y el 35,0% de ellos se muestran presente.

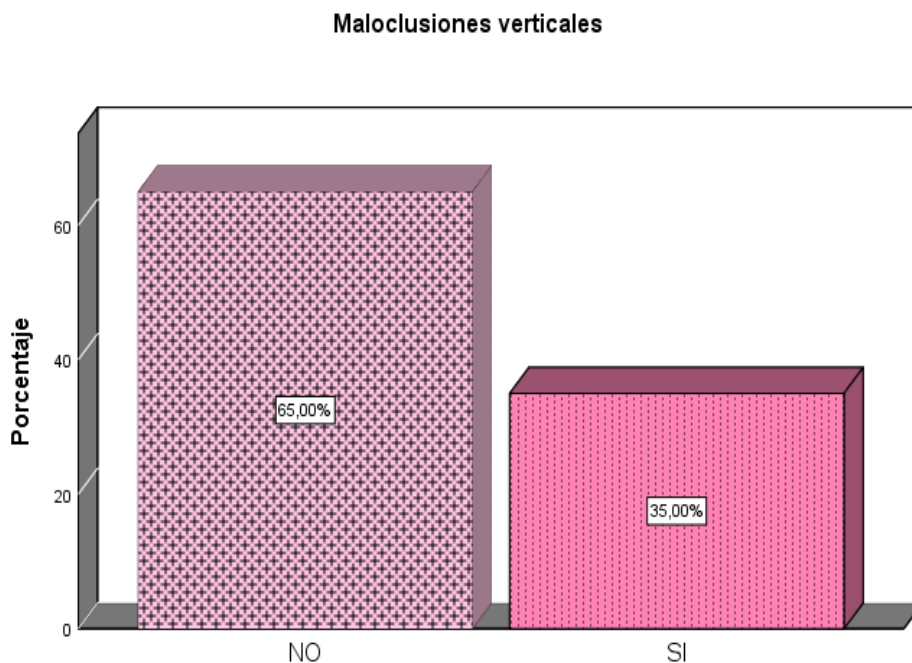


Figura 8. Resultados obtenidos de maloclusiones verticales.

Tabla 9

Valores incluidas para D2

Maloclusiones transversales (D2)					
Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
NO	67	83,8%	83,8%	83,8%	
SI	13	16,3%	16,3%	100,0	
Válido Total	80	100,0	100,0		

De acuerdo a la tabla 9, se puede evidenciar según los hallazgos encontrados, el 83,8% del total de escolares seleccionados para la muestra de estudio no presenta Maloclusiones transversales pero el 16,3% de ellos se muestran presente.

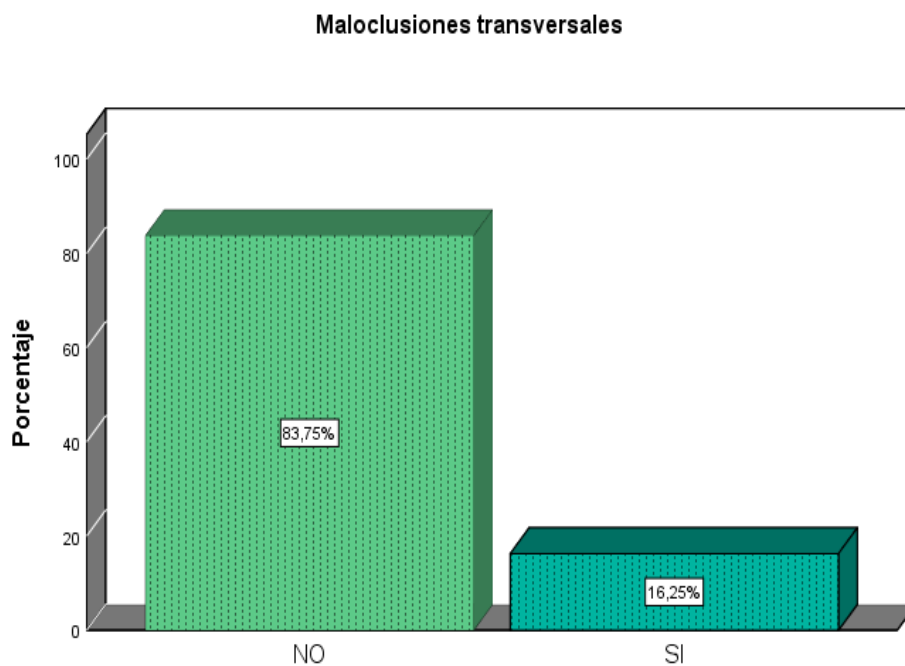


Figura 9. Resultados obtenidos de maloclusiones transversales.

Tabla 10

Valores incluidas para D3

Maloclusiones anteroposteriores (D3)					
	Valores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	39	48,8%	48,8%	48,8%
	SI	41	51,2%	51,2%	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Según de acuerdo a la tabla 10, se muestra los resultados encontrados en donde el 48,8% del total de escolares seleccionados para la muestra de estudio no presenta Maloclusiones anteroposteriores y el 51,2% de ellos se muestran presente.

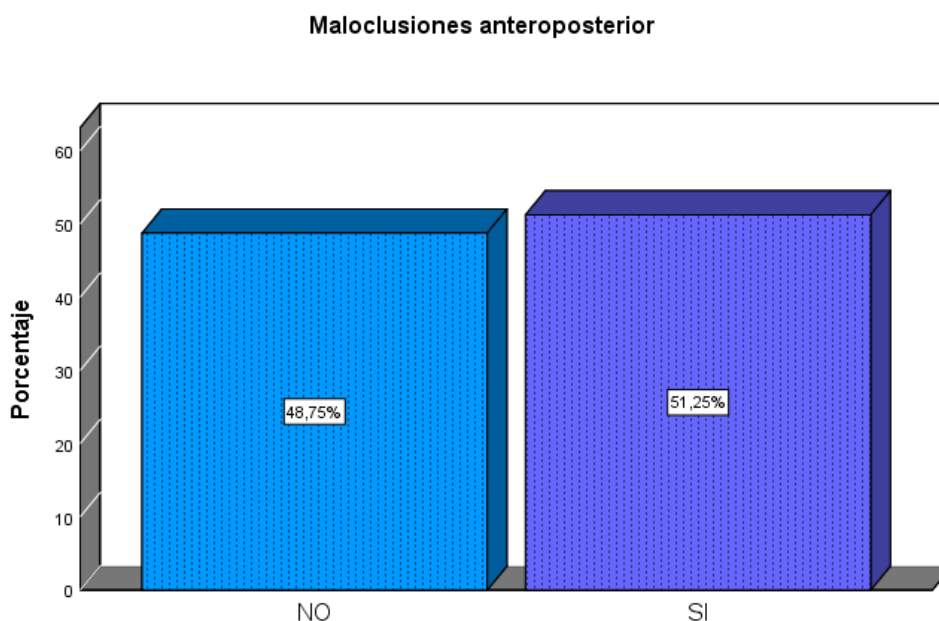


Figura 10. Resultados obtenidos de maloclusiones anteroposteriores.

5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Hipótesis General

(Hipótesis Alternativa) H1: Existe la relación con los hábitos orales deletéreos más frecuentes con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

(Hipótesis Nula) HO: No existe la relación con los hábitos orales deletéreos más frecuentes con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

Tabla 11

Existencia entre las variables (V1) y (V2)

Tabla cruzada Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones dentarias (V2)					
			Maloclusiones dentarias (V2)		Total
			SI	NO	
Hábitos orales deletéreos (V1)	Presente	Recuento	8	16	24
		% del total	10,0%	20,0%	30,0%
	Ausente	Recuento	52	4	56
		% del total	65,0%	5,0%	70,0%
Total		Recuento	60	20	80
		% del total	75,0%	25,0%	100,0%

Según la tabla 11, los resultados encontrados muestran que el 10,0% de la muestra presenta una relación entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias, así mismo el 65% de ellos, se encuentran ausentes en relación, pero no en presencia de maloclusiones dentarias por otros factores. Finalmente, el 5% del total de niños no muestran ambas situaciones descritas.

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 0.05$

Prueba estadística: Sig./ (p-valor) < 0.05, en tal sentido se rechaza Ho

Sig./ (p-valor) > 0.05, es aceptado la Ho

Tabla 12.

Dependencia de las variables (V1) y (V2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,746 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	28,651	1	,000		
Razón de verosimilitud	30,601	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	31,349	1	,000		
N de casos válidos	80				
a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.00.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Según la tabla 12, se aprecia que hábitos orales deletéreos y maloclusiones dentarias muestra una dependencia o asociación estadísticamente positiva según Chi-cuadrado de Pearson en donde el Sig./(p-valor) = 0,000 demostrándose que es menor a 0.05 ($\alpha < 0.05$), confirmando la relación de ambas variables.

Tabla 13

Relación de hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

Hábitos orales deletéreos						
Grado	Edades	SI		NO		Total
		<i>n</i>	Porcentaje	<i>n</i>	Porcentaje	
1°	6 años	11	13,75%	4	5%	15
2°	7 años	8	10%	1	1.25%	9
3°	8 años	6	7.5%	6	7.5%	12
4°	9 años	11	13.75%	5	6.25%	16
5°	10 -11años	8	10%	3	3.75%	11
6°	12 años	12	15%	5	3.25%	17
Totales		56	70%	24	30%	80

De acuerdo a la tabla 13, se puede evidenciar que del total de estudiantes quienes conforman la muestra de estudio, solo los niños de sexto grado con edad de 12 años tienen el mayor porcentaje de un 15% con presencia de hábitos orales deletéreos, luego 6 y 9 años con un 13.75% respectivamente y 8 años con 7.5% son quienes tienen el menor porcentaje de hábitos orales deletéreos. Se puede concluir que el 70% de total de estudiantes presenta por lo menos algún hábito oral y el 30% de ellos no presentan dichos hábitos, encontrándose una diferencia significativa en relación a las edades.

Tabla 14

Hábitos orales deletéreos y su relación con las maloclusiones verticales, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021

Tabla cruzada Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones verticales (D1)					
			Maloclusiones verticales (D1)		Total
			SI	NO	
Hábitos orales deletéreos (V1)	Presente	Recuento	22	2	24
		% del total	27,5%	2,5%	30,0%
	Ausente	Recuento	30	26	56
		% del total	37,5%	32,5%	70,0%
Total		Recuento	52	28	80
		% del total	65,0%	35,0%	100,0%

De acuerdo a la tabla 14, en cual se presentan los resultados encontrados en donde el 27,5% están presente los hábitos orales deletéreos como también maloclusiones verticales, el 32,5% del total se logró evidenciar que se encuentran ausente de ellos y no muestran maloclusiones dentarias.

Tabla 15

Relación entre variable y dimensión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,717 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	9,108	1	,003		
Razón de verosimilitud	12,477	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	10,583	1	,001		
N de casos válidos	80				
a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.40.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

De acuerdo a la tabla 15, se puede observar que los hábitos orales deletéreos y maloclusiones verticales muestra una dependencia o asociación estadísticamente positiva según Chi-cuadrado de Pearson en donde el Sig./(p-valor) =0,001 demostrándose que es menor a 0.05 ($\alpha < 0.05$), confirmando la relación de ambas variables.

Tabla 16

Hábitos orales deletéreos y su relación con las maloclusiones transversales, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

Tabla cruzada Hábitos orales deletéreos (V1) *Maloclusiones transversales (D2)					
			Maloclusiones transversales (D2)		Total
			SI	NO	
Hábitos orales deletéreos (V1)	Presente	Recuento	2	22	24
		% del total	2,5%	27,5%	30,0%
	Ausente	Recuento	11	45	56
		% del total	13,8%	56,3%	70,0%
Total		Recuento	13	67	80
		% del total	16,3%	83,8%	100,0%

En relación a la tabla 16, en donde se muestran los resultados hallados en donde el 2,5% están presente los hábitos orales deletéreos en los escolares como también Maloclusiones transversales, mientras que el 56,3% se encuentra ausente de ellos y no muestran maloclusiones dentarias.

Tabla 17

Relación de la variable y dimensión

Pruebas de chi-cuadrado						
		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	1,579a	1	,209		
Corrección de continuidad ^b	de	,857	1	,355		
Razón de verosimilitud		1,753	1	,186		
Prueba exacta de Fisher					,324	,179
Asociación lineal por lineal		1,559	1	,212		
N de casos válidos		80				
a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.90.						
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2						

En relación a la tabla 17, según los hallazgos obtenidos se evidencia notoriamente que los hábitos orales deletéreos y maloclusiones transversales NO muestra una dependencia o asociación estadísticamente según Chi-cuadrado de Pearson en donde el Sig./(p-valor) = 0,209 demostrándose que es mayor a 0.05 ($\alpha > 0.05$), demostrando que no presenta relación alguna entre variable y dimensión.

Tabla 18

Hábitos orales deletéreos y su relación con las maloclusiones anteroposteriores, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.

Tabla cruzada Hábitos orales deletéreos (V1) * Maloclusiones anteroposterior (D3)					
			Maloclusiones anteroposteriores (D3)		Total
			SI	NO	
Hábitos orales deletéreos (V1)	Presente	Recuento	6	18	24
		% del total	7,5%	22,5%	30,0%
	Ausente	Recuento	35	21	56
		% del total	43,8%	26,3%	70,0%
Total		Recuento	41	39	80
		% del total	51,2%	48,8%	100,0%

Según la tabla 18, se expone las evidencias encontradas, el 7,5% de la muestra presenta hábitos orales deletéreos relacionado a maloclusiones anteroposteriores, así mismo el 43,8% son ausentes, pero encontrando evidencia de maloclusiones anteroposteriores por otros factores, Finalmente, el 26,3% del total no muestran ambas situaciones.

Tabla 19

Relación de la variable y dimensión

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,456a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	8,015	1	,005		
Razón de verosimilitud	9,766	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	9,338	1	,002		
N de casos válidos	80				
a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.70.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

De acuerdo a la tabla 19, los resultados encontrados según el estudio realizado, muestran una relación o dependencia significativa entre los hábitos orales deletéreos y maloclusiones anteroposterior según Chi-cuadrado de Pearson en donde el Sig./ (p-valor) = 0,002 evidenciándose que dicho valor es menor a 0.05 ($\alpha < 0.05$), demostrando que si existe la presencia de dicha relación en la variable y la dimensión mencionada.

DISCUSIÓN

Se sabe que, a nivel bucodental, las maloclusiones según la OMS obtuvieron un tercer lugar, lo cual hace que sean de mayor importancia, ya que desencadenan alteraciones como discrepancias esqueléticas a nivel de las bases óseas y presencia de problemas dentoalveolares; siendo así, que dentro de ello se asocie el incremento de hábitos orales deletéreos como la onicofagia, succión digital, interposición labial, interposición lingual y respiración bucal. También motivos más frecuentes de consulta odontológica. Por tal razón se debe corregir de forma temprana mediante la implementación de medidas interceptivas y preventivas. Por ello que se realizó la siguiente investigación que tuvo como finalidad determinar si existe relación entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021, donde resultados en esta investigación muestran que, si existe relación entre ambas variables (V1) y (V2) puesto que el producto encontrado estadísticamente según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson tiene un nivel de significancia de 000 demostrándose que es menor a 0.05 , en la cual se evidencia una dependencia o relación estadísticamente en ambas variables Las conclusiones arribadas tienen relación con el trabajo efectuado por Zarate R. (Perú - 2019)⁷ quién ejecutó una investigación donde determinó la asociación de hábitos orales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños mayores de 6 y menores de 12 años ;concluyendo así que, hay una asociación significativa entre las maloclusiones y los hábitos deletéreos con un valor de 0.001.⁶ Así mismo se evidenció en los niños de sexto grado con edad de 12 años presentaron mayor número de hábitos orales deletéreos con un porcentaje de 15% siendo la respiración bucal el más frecuente mientras que, el 7,5% con edad de 8 años es el menor porcentaje en interposición lingual; por otro lado, Gamboa J (Lima - 2018)³⁵, quien realizó una investigación con la finalidad de obtener la relación de los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones en un colegio con edades que fluctúan entre 6 a 12 años , donde según su análisis marcado se dio en hábitos con un porcentaje de 28.9% de mayor preponderancia a onicofagia , seguido de la succión digital, siendo de menor porcentaje en interposición lingual con un 9% ,en este sentido se comprende que las

características son distintas en cada país y región así como en salud y enfermedad. En relación a dichos datos en edades y al estudio referente a hábitos, tenemos a Mendoza y cols (México - 2014)²⁷ quien niega en su investigación en donde determinó la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, en la población infantil, en donde expuso que los casos de hábitos orales se presentó en edades de 11, 6 y 4 años durante la dentición mixta, donde expuso que el hábito más predominante fue la interposición lingual, además mencionó que dichos hábitos traen consecuencias evidentes y efectos negativos en la fase de dentición mixta.²⁷ Por otro lado también, López E (Ecuador - 2018)⁵ en su análisis descriptivo mostró que las maloclusiones en dentición mixta en niños de 6 a 12 años, la succión labial fue de mayor preponderancia. Podemos concluir también que Mendoza (México - 2014)²⁷, Zapata (Lima - 2014), Arias (México - 2020)¹, obtuvieron una asociación significativa entre mordida abierta e interposición lingual. Podemos agregar también que los hábitos orales según los datos obtenidos del presente trabajo se evidenciaron que 30% presentó al menos un hábito oral deletéreo y el 70% no presentó ninguno de estos hábitos, esta información concuerda con Gamboa J (Lima - 2018)³⁵ quienes presentaron resultados parecidos 77.7% presentó al menos un hábito oral deletéreo y un 22.3% ausencia de ellos.

Con respecto a hábitos y al estudio en maloclusiones verticales, se obtuvo que tanto los hábitos orales deletéreos y maloclusiones verticales muestran una dependencia o asociación estadísticamente positiva según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson en donde el nivel de significancia fue de 001 demostrándose que es menor a 0.05, confirmando la relación entre variables y la dimensión. El resultado mostrado tiene relación con lo realizado por Zarate R. (Perú - 2019)⁷ en donde las maloclusiones con más frecuencia fueron verticales además se encontró una relación entre mordida abierta y hábito de interposición lingual.

No obstante, tenemos a López E. (Ecuador - 2018)⁵ quien menciona que no existe relación de dependencia entre la clase de hábito y la existencia de mordida abierta anterior correspondiente de maloclusiones verticales con un nivel de significancia =0,69. Sin embargo, esto si guardaría relación con el presente trabajo, donde los

hábitos orales deletéreos y maloclusiones transversales no muestra una dependencia o relación estadísticamente según Chi-cuadrado de Pearson en donde el nivel de significancia es 0,209 demostrándose que es mayor a 0.05, afirmando que no existe relación alguna. Con respecto a los hábitos y maloclusiones anteroposteriores se evidencio una relación siendo el nivel de significancia 0,002. Las conclusiones arribadas tienen relación con el trabajo efectuado por Garrido P. (Ecuador - 2016)⁶ quien ejecutó una investigación cuyo objetivo fue la relación de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años, en donde obtuvo los siguientes resultados; malos hábitos orales con relación a las maloclusiones presentaron un promedio mayor de; 50% en maloclusión Clase I con relación a los hábitos de Onicofagia, 75% Clase II en correlación a la succión digital y por último 40% en maloclusiones Clase III con alto número en niños con respiración oral. Concluyendo la existencia de correlación entre hábitos orales con las maloclusiones siendo a temprana edad se presente en niños.⁵También concuerda con Zarate R. (Perú - 2019)⁷ que evidenció un mayor porcentaje correspondiente a las maloclusiones anteroposteriores.

CONCLUSIONES

Existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en San Juan de Lurigancho Lima 2021.

Se evidenció que la mayor presencia de hábitos orales deletéreos fue en niños de sexto grado con edad de 12 años teniendo un porcentaje mayor, siendo la respiración oral mientras que, el menor porcentaje tuvo la interposición lingual con edad de 8 años.

Se evidenció que existe una relación estadísticamente significativa entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones verticales, siendo esta la de mayor preponderancia.

Según los hallazgos obtenidos se evidenció notoriamente que los hábitos orales deletéreos y maloclusiones transversales no muestra una existencia en relación alguna.

Se evidenció que los hábitos orales deletéreos y maloclusiones anteroposterior muestran una relación significativa demostrando que si existe presencia alguna.

.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar campañas en las instituciones educativas para el diagnóstico de los hábitos orales deletéreos con la intención de tomar medidas preventivas ante la presencia de las maloclusiones en los niños a temprana edad.

Se recomienda elaborar planes de trabajo que permitan incentivar las medidas preventivas y la promoción de la conservación de la salud las instituciones educativas, en las comunidades cercanas a ellas, clínicas privadas con la finalidad de buscar la disminución de riesgos en la relación a las maloclusiones de todo tipo en los estudiantes.

Se recomienda a los futuros cirujanos dentistas realizar un correcto diagnóstico durante la atención odontológica aplicando conocimiento científico para solucionar un problema de forma cercana; Y así dar un tratamiento ortodóntico interceptiva

Los futuros profesionales de odontología deben visitar las instituciones educativas para efectuar las coordinaciones con las autoridades y la comisión de escuelas de padres para planificar charlas, conversatorios en donde se brinde información y orientación sobre hábitos deletéreos y su repercusión en la oclusión como medida preventiva a la salud bucal de los estudiantes.

Se recomienda continuar profundizando los estudios en relación a los hábitos deletéreos en niños y niñas de educación inicial, con el objetivo de una intervención temprana que disminuirá prematuramente daños en el sistema estomatognático.

Se sugiere que los profesionales de la salud del área odontológica, proporcionen informaciones relevantes sobre hábitos orales y su incidencia en la oclusión a sus pacientes durante la atención odontológica con el objetivo de educarles y tomen las medidas preventivas.

Realizar investigaciones donde se estudie también maloclusiones de tipo esquelético empleando radiografías cefalométricas con la finalidad de un diagnóstico inmediato.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arias A, Espinal G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis Potosí-México y Medellín-Colombia, 2016. Revista Nacional Odontología. [Internet] 2018 Ene-Jun [citado 2021 Sep 03];13(26):1-16.
2. Mercado S., Mercado J., Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. KIRU. [Internet] 2018 Abr - Jun [citado 2021 Sep 03]; 15(2): 94 - 98.
3. Sánchez P. Etiología de las maloclusiones dentales en niños que asisten a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca durante el año lectivo 2015 – 2016 [citado 2021 Sep 03];1(1):1-47.
4. Mora NJ, Torres K, Aragón N, Soto L. Presencia de hábitos orales en pacientes con maloclusiones de 4 a 14 años, Cali, Colombia. Revista Nacional de Odontología. [Internet] Dic 2020 [citado 2021 Sep 03]; 16(2), 1-12.
5. López E, Armas A, López A, Tatés K. Prevalencia de hábitos deletéreos y maloclusiones en dentición mixta en niños de la ciudad de Quito, Ecuador. KIRU. 2018 [citado 2021 Sep 03]; 15(3): 120 - 126.
6. Garrido P. C. Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años. Universidad de las Américas, Quito [Internet] 2016 [citado 2021 Sep 03].
7. Zarate R G. Hábitos bucales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N° 70621, “20 de enero”. Juliaca 2019. Universidad Nacional del Altiplano de Puno. Perú [Internet] 2019 [citado 2021 Sep 03].
8. Rodríguez L. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima [Internet] 2018. [citado 2021 Sep 03].
9. Pacheco PM, Hernández AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. Oral. [Internet] 2019 [citado 2021 Sep 03];20(62):1698–704.
10. Solís M. Succión digital: repercusiones y tratamiento. Odontología Pediátrica. [Internet] 2018 [citado 2021 Sep 03];17(1):42–51.

11. Díaz J, Duarte L, Plata C. Descripción de hábitos orales parafuncionales en niños atendidos en las clínicas del niño de la Universidad Santo Tomás. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga. [Internet] 2016 [citado 2021 Sep 10];1(1):1-42.
12. Chamorro A, García C, Mejía E. Hábitos frecuentes em pacientes del área de Odontología. Universidad del Valle. Revista, CES Odontología Colombia. [Internet]Nov 2016 [citado 2021 Sep 03]; 29(2): 1 - 11.
13. Shetty RM, Shetty M, Shetty NS, Deoghare A. Three-alarm system: revisited to treat thumb sucking habit. Int J Clin Pediatr Dent. [Internet] 2015 [citado 2021 Sep 03];8(1):82–6.
14. Ocampo A, Johnson García N, Lema Álvarez C. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Revista Nacional Odontología. [Internet] 2014 [citado 2021 Sep 03];9(edición especial):83–90.
15. Córdova AI. Ansiedad y onicofagia en adolescentes Universidad Rafael Landívar [Internet] 2015 [citado 2021 Sep 03].
16. Cano L, Candela M, Bazo AV. Onicofagia. FMC. [Internet] 2018 [citado 2021 Sep 03];25(2):130–1.
17. Benítez J, Gasca G. Modificación conductual en un caso de onicofagia. Revista ADM. [Internet] 2013 [citado 2021 Sep 03];70(3):151–3.
18. Ojeda C, Espinoza A, Biotti J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet] 2014 Abr [citado 2021 Sep 11]; 7(1): 37-42.
19. Reni K, Piñeiro S. Malos hábitos orales: Rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Revista Médica Clin Condes. [Internet] 2014 Abr [citado 2021 Sep 14] ;25(2):380–8.
20. Gacitúa, Mora D, Veloso D, Espinoza A. Prevalence of Dentomaxillar Anomalies Caused by Oral Habits in Children of 6 to 9 years Old. [Internet] 2018 Abr [citado 2021 Sep 14].
21. Contreras G. El lip bumper como tratamiento interceptivo del hábito de interposición labial. Universidad de Guayaquil [Internet] 2017 Abr [citado 2021 Sep 14];1(1).

22. Tongo M. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas –2017. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.; [Internet] 2017[citado 2021 Sep 14];1(1).
23. Medina A, Laboren M, Vilorio C, Quirós O. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet] 2011 [citado 2021 Sep 15]; 1(1):1–30
24. Gil J, Moreno L, Vargas K. Hábitos orales y maloclusiones en un grupo de niños de 7^a 12 años del colegio Alberto Lleras Camargo – Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia [Internet]. 2018 [citado 2021 Sep 15]; 1(1)
25. Lima M, Rodríguez A, García B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Revisión Cubana Estomatológica. [Internet] 2019 Jun [citado 2021 Sep 15]; 56(2): 13-95.
26. Trocones A. Asociación entre hábitos orales y la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7-12 años. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; [Internet] 2018 Jun [citado 2021 Sep 15]; 1(1).
27. Mendoza L, Meléndez A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. [Internet] 2014 Oct-Nov [citado 2021 Sep 15]; 2(4): 220-227.
28. Ugalde FJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Rev Asoc Dent Mex. [Internet] 2014Jun [citado 2021 Sep 17];97(5):1386–8.
29. Cruz B, Muñoz C. Tratamiento ortodóncico de mordidas profundas. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. [Internet] 2011 Jun [citado 2021 Sep 18];23(1):158–73.
30. Araujo K, Coelho PM, Tavares M, Morais L. Relación entre mordida cruzada posterior unilateral y hábitos bucales deletéreos en preescolares de un municipio del sudoeste del Bahía. Rev. Odontopediatría Latinoam. [Internet] 2019 [citado 2021 Sep 18];9(1):39–47.
31. Martínez B. Manual de Ortodoncia. Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. [Internet] 2013 Jun [citado 2021 Sep 17].

32. Lazo Y, Borroto M, Batista NM. Relación entre el síndrome de clase II división 2 y la disfunción temporomandibular. Artículo de revisión. Rev Habanera Ciencias Médicas. [Internet] 2018 Jun [citado 2021 Sep 18];18(2):270–80.
33. Chul S, Hernández A, Jimenez J, Hernández H, Calderón A. Relación entre tipos 70 de maloclusión en plano horizontal y hábitos orales en niños de 8 a 14 años de Montemorelos. Rev Estud e Investig. 2018;11(21):44–50.
34. Farheen F, Shaikh A. Reliability of overbite depth indicator (ODI) and anteroposterior dysplasia indicator (APDI) in the assessment of different vertical and sagittal dental malocclusions: a receiver operating characteristic (ROC) analysis. Dent Press J Orthod. [Internet] 2017 Jun [citado 2021 Sep 17];21(5):75–81.
35. Gamboa L. Hábitos orales deletéreos asociado con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de diciembre, Lima. Universidad Nacional Federico Villareal [Internet] 2018 Jun [citado 2021 Sep 17].

Anexo

Anexo n°1: Consentimiento Informado



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

Mediante el presente documento, Yo
con DNI N°..... declaro que, habiendo sido informado por el bachiller
Montes Espinoza Caroline Fiorella, autorizo que mi menor hijo(a)
..... participe en el objetivo
del estudio " HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y MALOCCLUSIONES DENTARIAS
EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P EDMUND TAYLOR WHITTAKER EN
SJL – LIMA 2021 "

La investigación se realizará en dos fases. La primera fase se iniciará realizando un cuestionario a usted padre de familia y/o apoderado del menor niño(a), En la segunda fase se le realizará un examen clínico al niño(a) para determinar si existe relación entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL- Lima 2021, donde se encuentra estudiando. Así mismo este estudio no conlleva a ningún efecto adversos, ni riesgo para el niño(a), además no lo compromete hacer ningún tipo de gasto y los datos recopilados se mantendrán en confidencialidad.

.....
Firma del padre o apoderado

Anexo n°2:

Asentimiento Informado

Mediante el presente documento yo Caroline Fiorella Montes Espinoza, estudie estomatología en la Universidad Alas Peruanas.

Se está ejecutando una investigación para evaluar cuales son los problemas que tiene tus dientes, que se llaman maloclusiones y los hábitos que puedas presentar, para ello solicito de tu colaboración y apoyo en el estudio.

La investigación se basará en mostrarme y observar tus manos, tus uñas, tus dientes, el cual la información solo lo sabré yo. El procedimiento del examen clínico es sencillo.

Tu participación es netamente voluntaria, es decir, si aceptas participar, pon tu huella digital en el recuadro que tiene la figura "SI", caso contrario si no quieres participar pon tu huella digital en el recuadro de la figura " NO".

SI

NO

Anexo n°3: Instrumento de Recolección de datos

HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ESCOLARES DE
6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P EDMUND TAYLOR WHITTAKER EN SJL LIMA 2021



ENCUESTA DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS PARA LOS PADRES DE FAMILIA

Nombres del alumno: _____ Edad _____ Sexo _____

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

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

Fuente: Garrido, P. (2016)

HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P EDMUND TAYLOR WHITTAKER EN SJL LIMA 2021



FICHA DE OBSERVACION CLÍNICA PARA LA EVALUAR LA PRESENCIA DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS Y LOS TIPOS DE MALOCLUSIONES.

Ficha N°

Nombres del alumno: _____ Edad _____ Sexo _____

I. EXAMEN DE HÁBITOS BUCALES

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

II. OCLUSIÓN

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

a.- Sentido Anteroposterior

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

b.- Sentido Vertical

OVERBITE: _____ mm

Mordida abierta (< 0 mm) Normal (1 – 3 mm)

Mordida borde a borde (0 mm) Profundo (> 4 mm)

c.- Sentido Transversal

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

Fuente: Gamboa L. 2018 y Farheen F. 2016

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

Anexo n°4: Carta de presentación



Pueblo Libre, 18 de octubre del 2021

CARTA DE PRESENTACION

SEÑORA MARTA MONTES HUAMÁN

DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR
EDMUND TAYLOR WHITTAKER-UGEL 05

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada Caroline Fiorella, Montes Espinoza con DNI N° 76122765 y código de estudiante 2015118131 Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y MALOCLUSIONES DENTARIAS
EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P EDMUND TAYLOR
WHITTAKER EN SJL LIMA 2021

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,



Anexo n°5: Constancia de la investigación realizada



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA
EDMUND TAYLOR WHITTAKER
RD.N° 005959 – 2009 –RD. N° 06212-2010
AV.EL SOL.MZ.BJ LT 17 – EL VALLE – JICAMARCA – SAN JUAN DE LURIGANCHO
CÓDIGO MODULAR N° 1470772
TELEFONOS: 965731049 - 993404447



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

San Juan de Lurigancho, 22 de Noviembre del 2021

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR SU APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE PROYECTO DE TESIS

Señor:

Dr. PEDRO MARTIN JESUS APARCANA QUIJANDRIA

Director de la Escuela profesional de Estomatología -UAP

Yo Lic. **MARTA MONTES HUAMAN** directora de la Institución Educativa Privada **Edmund Taylor Whittaker**- UGEL 05 SJL. Me dirijo a usted en respuesta al oficio con fecha 18 de octubre del 2021, en el cual se me solicita brindar facilidades a la Bachiller **CAROLINE FIORELLA MONTES ESPINOZA** de la Escuela Profesional de Estomatología – Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, para recabar información y concluir la investigación titulado: “ **HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y MALOCCLUSIONES DENTARIAS EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P EDMUND TAYLOR WHITTAKER EN SJL LIMA 2021**” La cual se realizó sin ningún inconveniente en las instalaciones, ubicado en Av. El sol Mz .BO Lt 15-C El valle – San Antonio de Jicamarca - San Juan de Lurigancho; informo que la Bachiller atendió a estudiantes de 1ro a 6to grado de primaria en las fechas 27,29 de octubre y del 02 al 05 de noviembre, donde se realizó y recogió muestras de datos necesarios para su investigación.

Aprovecho la ocasión para reiterarle mi afecto y estima personal.

Atentamente,



Marta Montes Huaman
Lic. Marta Montes Huaman
DIRECTORA
GPPE 052573

Anexo n°6: Imágenes durante el desarrollo de la investigación

Hábitos orales deletéreos

Exploración de las manos



Onicofagia



Succión digital



Interposición Labial



Interposición Lingual



Respiración bucal



Maloclusión dentaria vertical

Mordida abierta



Mordida borde - borde



Mordida profunda



Maloclusión dentaria transversal - Mordida cruzada



Maloclusión dentaria anteroposterior

Clase I



Clase II



Clase III



Anexo n°7: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Principal	Principal	General		
<p>¿Cuál es la relación que existe entre los hábitos orales deletéreos más frecuentes con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?</p> <p>Específicos</p> <p>¿Cuáles son los hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares de 6 a 12 años de la I. E. P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?</p> <p>¿Cuáles son los hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones verticales, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?</p> <p>¿Cuáles son los hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones transversales, en escolares de 6 a 12 años de la I. E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?</p> <p>¿Cuáles son los hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones anteroposteriores, en escolares de 6 a 12 años de la I. E. P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021?</p>	<p>Determinar si existe relación entre los hábitos orales deletéreos con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p> <p>Específicos</p> <p>Identificar los hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p> <p>Determinar hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones verticales, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p> <p>Determinar hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones transversales, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p> <p>Determinar hábitos orales deletéreos y su relación con maloclusiones anteroposteriores, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p>	<p>Existe la relación con los hábitos orales deletéreos más frecuentes con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p> <p>H.O</p> <p>No existe la relación con los hábitos orales deletéreos más frecuentes con las maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p>	<p>Hábitos orales deletéreos</p> <p>Maloclusiones dentarias</p>	<p>Nivel de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo - Observacional - prospectivo – Transversal. <p>Diseño de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> • No experimental. <p>Población</p> <p>La población está constituida por escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra estará conformada por 80 escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima 2021.</p> <p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación. • Valoración Clínica. <p>Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta para los padres de familia sobre hábitos bucales deletéreos. • Ficha de observación clínica para la variable maloclusiones dentarias.