



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ORALES PARAFUNCIONALES
EN LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ADOLESCENTES
DE 12 A 14 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA FE Y
ALEGRÍA N° 30, CHINCHA, JUNIO - AGOSTO DEL 2015.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

ESTEFANY DEL CARMEN LAURENTE BENAVIDES

CHINCHA - PERÚ

2015

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada principalmente a Dios, por protegerme y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi formación profesional. Gracias él eh llegado a concluir mi carrera.

De igual forma dedico esta tesis a mis padres, Luis Laurente Mejía y Susana Benavides Magallanes. Por haberme dado la vida y enseñado con mucho amor y dedicación el valor de la perseverancia, responsabilidad y de la honestidad.

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater:

Universidad Alas Peruanas– Facultad de Estomatología sede-Chincha por incentivar a sus alumnos a realizar trabajos investigación en diversos temas de interés.

A mis profesores:

Al Dr.; Marco Antonio Amoretti Ramírez por el apoyo en mis primeros pasos de mi carrera profesional.

Al Dr.; Bladimir Becerra Canales, por compartir sus conocimientos sobre Metodología de la Investigación Científica y habernos acompañado durante el proceso de la planificación, ejecución y evaluación de plan de tesis.

Al Dr.; Daniel Lévano Alzamora por brindarme su apoyo y transmitir sus conocimientos para desarrollar y culminar mi tesis.

A mis amigos y futuros colegas:

Carmen Zapata, Trilce Oblitas, Guadalupe Amoretti, Luis Huarote, Fatima Martínez, Rina Calderón, Shirilly Sarmiento, Fernando Ríos, Rómulo Alfaro, Leydi Boada y Astrid Quispe, por haber compartido aulas universitarias donde vivimos gratos momentos.

RECONOCIMIENTO

La realización de esta investigación de tesis fue posible, en primer lugar, a la cooperación brindada por la Hermana Delcy Cabanillas Bazán. Directora de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30 en el Distrito de Pueblo Nuevo – Chincha. De igual modo se agradece a los estudiantes y padre de familia por su disposición y confianza, que sin ellos no se hubiera podido recoger los datos necesarios en esta investigación titulado: "Influencia de los hábitos orales Parafuncionales en las maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa, Fe y Alegría N° 30. Chincha. Junio - Agosto del 2015".

Un reconocimiento especial a la Universidad Alas Peruanas, mi alma mater que hace 6 años apostó por la educación en Chincha y me siento orgullosa de ser la primera promoción de Estomatología en mi provincia y ser ejemplo de nuevas generaciones.

RESUMEN

La investigación sobre hábitos orales parafuncionales y su relación con la maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años, radica en que todos los hábitos orales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal. Es así que estos causan maloclusiones dentarias; la cual es una afección del desarrollo bucofacial que ocupa el tercer lugar en las alteraciones odontológicas. **Objetivo:** Relacionar la influencia de los hábitos orales parafuncionales con maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la I.E Fe y Alegría N° 30. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo- correlacional. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 adolescentes de 12 a 14 años con criterios de inclusión y exclusión. En coordinación con la autoridad del colegio, se informó a los padres de familia el fin de la investigación y se les pidió su consentimiento para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada. La detección de los diferentes hábitos orales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del adolescente. Se consideró como hábito oral parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 15. **Resultado:** La maloclusión que predomina es la clase I con un 68%, seguida por la clase II con un 24%, seguida después por la clase II división 1 con un 5%, luego la clase II división 2 con un 2% y la clase III con un 1%. La mordida abierta anterior es más frecuente estadísticamente en la succión digital ($p < 0.01$) **Conclusión:** Si existe relación entre los hábitos orales y la presencia de maloclusiones dentarias en la I.E Fe y Alegría N°30 - Chincha, 2015.

Palabras clave: Hábitos orales parafuncionales, maloclusión dentaria, oclusión dentaria.

ABSTRACT

Research on parafunctional oral habits and their relationship with the dental malocclusion in adolescents 12 to 14 years, is that all parafunctional oral habits change the position of the teeth and how they relate these to each other, because they interfere with the normal growth. So they cause dental malocclusions; which it is a condition of orofacial development which ranks third in dental disorders. **Objective:** To relate the influence of oral parafunctional habits with dental malocclusion in adolescents 12 to 14 years of Faith and Joy IE No. 30. **Material and Methods:** A descriptive-correlational study was conducted. He was selected by systematic random sampling of 154 adolescents aged 12 to 14 with the inclusion and exclusion criteria. In coordination with the authority of the school to parents to research reported and asked for their consent to allow their children to be enrolled in the study, considering the ethical and legal aspects of the investigation. Data were recorded in a previously validated clinical record. The detection of different parafunctional oral habits in schools was conducted in two stages: the first stage, a survey was applied to the parent; in the second stage of adolescent clinical evaluation it was performed. It was considered present when parafunctional oral habit parent information and clinical diagnosis coincided positively. Processing and statistical analysis of data was performed using the SPSS version 15. **Result:** The malocclusion predominates class I with 68%, followed by the class II with 24%, then followed by class II Division 1 with 5%, then the class II division 2 with 2% and class III with 1%. Anterior open bite is more prevalent in the digital suction statistically ($p < 0.01$) **Conclusion:** If there is a relationship between oral habits and the presence of dental malocclusions in IE Fe y Alegria No. 30 - Chinchá, 2015.

Keywords: parafunctional oral habits, dental malocclusion, dental occlusion.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2.	Delimitación de la Investigación	11
1.3.	Problema de Investigación (Formulación del Problema)	12
	1.3.1.1. Problema Principal	
	1.3.1.2. Problema Secundario	
1.4.	Objetivo de la Investigación	13
	1.4.1.1. Objetivo General	
	1.4.1.2. Objetivo Especifico	
1.5.	Hipótesis de la Investigación	14
	1.5.1 Hipótesis General	
	1.5.2 Hipótesis Secundaria	
	1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	
1.6	Diseño de Investigación	16
	1.6.1 Tipo de Investigación	
	1.6.2 Nivel de Investigación	
	1.6.3 Método	

1.7 Población y Muestra de la Investigación	17
1.7.1 Población	
1.7.2 Muestra	
1.8 Técnicas e Instrumentos de la Recolección de datos	18
1.8.1 Técnicas	
1.8.2 Instrumentos	
1.9 Justificación e importancia de la Investigación.	20

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación	21
2.2. Bases Teóricas	27
2.3. Definición de Términos Básicos	40

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
FUENTES DE INFORMACIÓN	76
ANEXO:	79
- Matriz de Consistencia	
- Encuesta o entrevista	

INTRODUCCIÓN

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular y automáticamente. Los hábitos pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos orales se clasifican como fisiológicos, tales como la respiración nasal, habla, masticación y deglución, o bien, parafuncionales, tales como la succión digital o labial, respiración bucal, onicofagia y bruxismo. Los niños, en particular, practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar.

La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos orales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Es así que estos causan maloclusión dentaria; la cual es una afección del desarrollo bucofacial que ocupa el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal. El presente trabajo tuvo como propósito relacionar la influencia de los hábitos orales parafuncionales con las maloclusiones dentarias según Angle en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa, Fe y Alegría N° 30, Chincha.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La investigación abordará como problema la influencia de los hábitos orales parafuncionales en las maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años en la I.E Fe y Alegría N° 30 en el Distrito de Pueblo Nuevo, Chincha. Mediante esta investigación se desea determinar los hábitos orales parafuncionales específicos que influyen en las diversas maloclusiones dentarias, enfocándonos en la edad escolar para contribuir a su detección prematura y posterior corrección. Los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales lo que con lleva al final a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse; pudiendo modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla. Diversas investigaciones han abordado este tema, sin embargo no existen antecedentes claros en nuestro medio que especifiquen la influencia de los hábitos orales parafuncionales con las maloclusiones dentarias en adolescentes peruanos.

1.2. Delimitación de la Investigación:

1. Delimitación social:

La población objeto de estudio son los adolescentes de 12 a 14 años de la I.E Fe y Alegría N° 30.

2. Delimitación espacial:

El estudio se realizara en la I.E Fe y Alegría N° 30 en el Distrito de Pueblo Nuevo, Chincha.

3. Delimitación Temporal:

El trabajo de investigación se llevó a cabo durante el periodo de Junio - Agosto del 2015.

4. Delimitación contextual:

Área general: Ciencias de la salud

Área específica: Estomatología.

Especialidad: Ortodoncia.

Línea de la investigación: Hábitos orales parafuncionales y maloclusiones dentarias.

1.3 Problema de Investigación:

1.3.1.1. Problema Principal

- ¿Existe Influencia de los hábitos orales parafuncionales en las maloclusiones dentarias en los adolescentes de la Institución Educativa, Fe y Alegría N° 30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015?

1.3.1.2. Problema Secundario

- ¿Cuáles son los hábitos orales parafuncionales en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015?
- ¿Cuáles son las maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015?

1.4 Objetivo de la Investigación:

1.4.1.1 Objetivo General

- Establecer la influencia de los hábitos orales parafuncionales en las maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.

1.4.1.2 Objetivo Especifico

- Determinar los hábitos orales parafuncionales en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.
- Identificar las maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.

1.5 Hipótesis de la Investigación:

1.5.1 Hipótesis General

- Existe una correlación directa entre hábitos orales parafuncionales y maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.

1.5.2 Hipótesis Secundaria

- La prevalencia de hábitos orales parafuncionales es mayor en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.
- La frecuencia de maloclusiones dentarias es mayor en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Identificación de variables

Las variables de esta investigación son:

Variable Independiente: Hábitos Orales

Variable Dependiente: Maloclusiones dentarias

Variable Interviniente: Género

Para el objeto de estudio se han clasificado de la siguiente manera:

Por su naturaleza:

- ✓ Influencia de hábitos orales parafuncionales es una variable cualitativa.
- ✓ Frecuencia de maloclusiones dentarias es una variable cualitativa.
- ✓ Género es una variable cualitativa.
- ✓ Edad de los estudiantes es una variable cuantitativa.

Según su escala de medición de las variables:

- ✓ Influencia de hábitos orales parafuncionales es una variable ordinal.
- ✓ Frecuencia de maloclusiones dentarias es una variable ordinal.
- ✓ Género es una variable nominal.
- ✓ Edad de los estudiantes es una variable razón.

1.6 Diseño de Investigación

1.6.1 Tipo de Investigación

- **Según la manipulación de la variable:** Tipo observacional.
- **Según la fuente de toma de datos:** Es de tipo prospectivo.
- **Según el número de medición:** Es de tipo Transversal.
- **Según el número de variables a analizar:** Descriptivo.

1.6.2 Nivel de Investigación

De acuerdo al nivel se trata de una investigación Descriptivo-Relacional.

1.6.3 Método

Investigación de tipo Descriptivo- Correlacional.

1.7 Población y Muestra de la Investigación:

1.7.1 Población

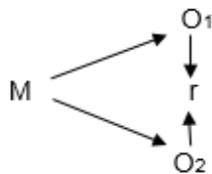
La población de esta investigación lo constituye la totalidad de 154 adolescentes estudiantes de secundaria.

1.7.2 Muestra

El tamaño de la muestra se obtuvo con un 95% de confianza y un nivel de significancia de 0.05, mediante la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (n-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

El tamaño de la muestra se obtuvo con un 95% de confianza y un nivel de significancia de 0.05, mediante la siguiente fórmula para poblaciones finitas:



Dónde:

M= Muestra

O₁= Observación de la V.1.

O₂= Observación de la V.2.

R= Correlación entre dichas variables.

Tamaño de la población	N	154
Error Alfa	α	0.01
Nivel de Confianza	1-α	0.99
Z de (1-α)	Z (1-α)	2.58
Proporción	p	0.05
Complemento de p	q	0.95
Precisión	d	0.01

1.8 Técnicas e Instrumentos de la Recolección de datos

1.8.1 Técnicas

Teniendo en cuenta la naturaleza de nuestra investigación la técnica de recolección de datos que utilizaremos es la siguiente:

Técnicas de recolección de datos

Se solicitó autorización a la directora de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30. Para llevar a cabo el proyecto de tesis en los estudiantes de 12 a 14 años; asimismo, a los padres de familia se les pidió su consentimiento para que permitieran que sus hijos fueran incluidos en el estudio, cubriendo de esta manera con los aspectos éticos y legales de la investigación.

Para la exploración bucal se utilizaron sillas, una mesa, espejos dentales, regla milimetrada, hilo dental para medir la línea media y luz del día. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada. De igual manera, se cuidaron los aspectos relacionados con la asepsia y antisepsia, para lo cual se utilizaron guantes desechables, gorro, mascarilla y lentes protectores. La detección de los diferentes hábitos orales parafuncionales en los estudiantes se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del adolescente.

Se consideró como hábito oral parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente.

1.8.2 Instrumentos

Para recoger la información se utilizó el siguiente instrumento:

Ficha Clínica de recolección de datos consta de 3 apartados.

- Sección I: Datos Generales.
- Sección II: Indicadores de Hábitos Orales Parafuncionales.
- Sección III: Indicadores de Maloclusión Dentaria.

Técnicas para el procesamiento de la información

El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 15. Se presentó la distribución de frecuencias de las maloclusiones dentarias en sus tres dimensiones, se comparó según el sexo por medio de las pruebas acompañado de sus respectivos gráficos de sectores, barras simples y agrupadas. Se presentó también una tabla de distribución de frecuencias de los hábitos orales.

1.9 Justificación e importancia de la Investigación:

El motivo por el cual me decidí realizar el siguiente trabajo de investigación fue para conocer más ampliamente si existe una correlación directa entre hábitos orales parafuncionales y maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años, ya que es de suma importancia dar a conocer a los padres sobre esta situación y crear conciencia sobre la prevención odontológica temprana para que en un futuro tengan una baja incidencia estas enfermedades. Tiene relevancia profesional y social porque de acuerdo a diversos trabajos realizados en diferentes partes del mundo se conoce la alta prevalencia de maloclusiones dentarias. Por lo tanto debemos tener en cuenta que los resultados de este tipo de investigación, en el cual se observaron las diferentes maloclusiones dentarias, proporcionaron información útil a diversos investigadores y profesionales de odontología, y así realizar una odontología preventiva, identificando los hábitos orales parafuncionales precozmente. Permitirá contribuir como antecedente para diversas investigaciones nacionales.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Ponce M, y Cols. En el año 2010, se llevó a cabo este estudio en la cual tuvieron como objetivo conocer la situación oral de los niños de nivel socioeconómico bajo, desde el punto de vista de alteraciones de oclusión de la primera dentición. Observaron frecuentemente los hábitos musculares buco faciales nocivos, como succión prolongada, dieta pastosa, enfermedades nasofaríngeas, problemas respiratorios, postura anormal de la lengua. Aplicaron el programa de Atención Odontológica Preventiva Precoz para Niños de escasos recursos. Se atendieron 1489 niños de 0 a 6 años de edad de ambos sexos de los Centros Educativos del DIF Municipal, en San Luis Potosí México. Obtuvieron como resultados que el 62% de la población de corta edad, tienen desviaciones que rompen el patrón de normalidad para la dentición temporal, en la mayoría de los casos, hubo presencia de hábitos alrededor de las maloclusiones diagnosticadas, entre los hábitos de mayor presencia fue el de succión del dedo, deglución atípica, bruxismo y onicofagia, en menor medida, respiración bucal, succión labial, biberón, hábito de chupón, morder objetos. Los planos terminales que predominaron fueron, el mesial ligero 61% y recto

33%. Los arcos de Baume tipo I y II en 50%. El alcance de la prevención es alto, ya que las relaciones intermaxilares definidas por los planos terminales, son óptimas en la mayoría de los niños, el 48% podría sostenerse en salud y el 62% podría modificarse el curso de las alteraciones diagnosticadas, ejercitando las funciones orales correctas, evitando y eliminando hábitos perniciosos, y desde luego, vigilando el curso normal del crecimiento y desarrollo.

En cuanto a la discusión se observa que la maloclusión de la dentición temporal de la población de estudio es elevada en un 62 %, más aun en edad temprana, así como la presencia de hábitos. Se concluye que las alteraciones de mayor prevalencia son: en sentido transversal, arcos tipo II de Baume; y en sentido sagital, relación incisiva u over jet; siendo estas producidas por factores ambientales, hábitos y funciones masticatorias deficientes.⁴

Murrieta-Pruneda J. y Cols. En el año 2010, se llevó a cabo este estudio en la cual se evaluaron la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en un grupo de escolares. El estudio fue epidemiológico de carácter descriptivo, observacional, transversal y prolectivo, en el que se incluyeron 211 escolares. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales se realizó en dos etapas: 1) aplicación de un cuestionario al padre de familia y 2) valoración clínica del niño. Como resultados obtuvieron que el 68.2% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal parafuncional, siendo la onicofagia el hábito de mayor prevalencia. La relación entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales resultó ser significativa, mientras que la relación entre el género y los hábitos bucales parafuncionales no estuvieron asociados. Llegaron a la conclusión que la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue alta y estuvo asociada con la edad.⁵

Aguilar M. y Cols. En el año 2011, se llevó a cabo este estudio en la cual tuvo como objetivo comprobar la influencia de ciertos hábitos orales nocivos en el desarrollo de las maloclusiones. Para comprobar la influencia de las unas sobre las otras y la relación entre distintas maloclusiones, realizaron un estudio descriptivo transversal de 525 historias clínicas escogidas al azar de pacientes que acudieron al servicio de Ortodoncia del Hospital San Rafael de Madrid. Se cruzaron las variables de maloclusión en los tres planos del espacio: clase I, II

ó III; mordida abierta y/o sobremordida; y mordida cruzada y/o en tijera con los hábitos orales considerados nocivos: succión digital, deglución atípica, respiración oral, onicofagia. Tras el estudio estadístico de correlación de Pearson/ de Student se concluyó que: la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta. Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que pacientes de clase I ósea⁶

Solarte J. y Cols. En el año 2011, se llevó a cabo este estudio se determinaron la prevalencia de alteraciones de la oclusión en población escolar de 5 a 16 años del corregimiento de Genoy (Pasto), durante el año 2010. Utilizaron un método de estudio transversal en 439 escolares en la Institución Educativa Municipal Francisco de La Villota correspondiente al sector público del Corregimiento de Genoy, municipio de Pasto (Colombia). Realizaron un examen clínico y se recogieron variables sociodemográficas, presencia de caries, características de los arcos, relación molar derecha e izquierda en dientes deciduos y permanentes y alteraciones de la oclusión. Hicieron un estudio descriptivo de frecuencias totales y por sexo. Cálculo de razones de prevalencia (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) para determinar asociación entre el sexo y las principales alteraciones de la oclusión. Obtuvieron que la prevalencia de caries fue del 88%. Las alteraciones de la oclusión que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mordida abierta anterior con un 10%; con mayor frecuencia en mujeres sin diferencias significativas y mordida cruzada anterior en un 9,6% con mayor prevalencia en mujeres y diferencias significativas $p < 0,05$. Los hábitos que presentaron mayor frecuencia fueron: deglución atípica (38%), dificultad en la pronunciación (19%) y onicofagia (15%). Las mujeres presentaron mayor frecuencia de relación molar clase I y los hombres mayor frecuencia de clase II y clase III. Concluyeron que se presentaron algunas variaciones en el diagnóstico de alteraciones de la oclusión por sexo, siendo mayor frecuencia de clase I, mordida cruzada y abierta anterior en mujeres. Sugieren estrategias específicas que permitan establecer los principales factores de riesgo para estas alteraciones.⁷

Bhaya D., y Cols. En el año 2009, se llevó a cabo este estudio en la cual evaluaron la prevalencia de hábitos orales en niños 11-13 años de edad en la ciudad Gulbarga, India. Recopilaron datos de 1000 niños del grupo de edad 11-13 años, asistiendo a diferentes escuelas primarias de la ciudad de Gulbarga. La información relativa del estudio fue obtenida de los padres en forma de cuestionario, seguido de la exploración. Se obtuvieron resultados, en los cuales de los 1.000 niños examinados, el 38% tenían hábitos orales, de los cuales el 18% tenían hábito de empuje lingual, el 17% tenía el hábito de respiración bucal y sólo el 3% tienen hábito de onicofagia. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de hábitos entre hombre y mujer, excepto para el hábito de morderse las uñas. Prevalencia del hábito oral disminuye con el aumento de edad. Se llega a la conclusión que la mayoría de los niños tenían hábitos orales. Esto pone de relieve la importancia de identificar a los niños que están en necesidad de tratamiento ortodóncico preventivo para evitar la aparición futura de maloclusión. Además, se sugiere que el mismo patrón de investigación tiene que ser hecho en amplios estratos para identificar las maloclusiones.⁸

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

adecuado que debe ser multidisciplinar, con colaboración de pediatras, odontólogos, psicólogos, ortodoncistas y otorrinolaringólogos.⁹

Cambior A. y Cols. En el año 2008, se llevó a cabo este estudio en la cual realizó un estudio en el Centro Odontopediátrico de Carapa con una muestra de 10.343 pacientes con edades comprendidas entre 2 y 16 años de edad, que asistían al Centro desde hace 7 años, con finalidad de demostrar la cantidad de pacientes con maloclusión, a su vez informar a la población acerca de este tema, la etiología, prevención y tratamiento a una edad temprana. Debemos tener presente que la apariencia dental y facial, ya sea de un niño o de un adolescente, determina en gran medida su grado de autoestima personal, que suele aumentar a medida que el tratamiento armoniza los dientes, los labios y cara del paciente. Los datos arrojados fueron los siguientes: el 28,1% de los pacientes presentaron maloclusiones y el 71,9% de los pacientes no presentaron maloclusiones. El género donde prevalece la mayor cantidad de maloclusiones es el femenino con un 52,3% (1.163 pacientes femeninas), mientras que el género masculino se obtuvo solo un 47,7% (1.058 pacientes masculinos). Encontraron prevalencia de maloclusiones en el grupo de 8 a 11 años de edad con un 40,43%, lo que equivale a 898 pacientes, seguido por el rango de 2 a 7 años con un 31,83%, y entre 12 a 16 años con un 27,28%. Observaron que la maloclusión que predomina es la clase I tipo 1 con un 36,10%; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% y por último la clase II tipo 1 con un 17,55%. Siendo el hábito más frecuente la deglución atípica con un 12,08%, seguido por los respiradores bucales con un 6,78% y por último la succión digital con 4,71%. Concluyeron que solo 2.221 pacientes presentan maloclusiones. Siendo la maloclusión tipo I la de mayor predominio y el hábito más frecuente la deglución atípica.¹⁰

Acevedo O. y Cols. En el año 2008, se llevó a cabo este estudio en la cual tuvieron como objetivo identificar los portadores de hábitos bucales deformantes. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, en 341 niños de 5 a 11 años, del municipio Cienfuegos, en el período de diciembre 2004 a septiembre 2005. Además del examen clínico, se realizó entrevista a

padres/tutores y maestros de cada niño. La información fue almacenada en un formulario de datos y se analizaron variables como: edad, sexo, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

Observaron que la frecuencia de hábitos bucales deformantes fue de 73,9 %, siendo los más frecuentes la protracción lingual (47,2%), la succión de biberón (32,6%) y la onicofagia (23,5%), con predominio de todos ellos en el sexo femenino. De los niños portadores de hábitos, el 72,2 % desarrolló anomalías, siendo la vestibuloversión (21,1 %), el resalte aumentado (20,2 %) y la incompetencia bilabial (17,9 %) las más frecuentes. Llegaron a la conclusión que los hábitos bucales deformantes constituyen un problema de salud que afecta el sistema estomatognático, lo que debe ser tratado por el Estomatólogo General Integral de forma directa y sistemática.¹²

2.2. Bases Teóricas

Hábitos Orales:

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

Clasificación:

Se clasifican en 2 tipos:

- ✓ **Hábitos Fisiológicos:** son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución.¹⁴
- ✓ **Hábitos No Fisiológicos:** son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que con lleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Dentro de estos hábitos tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica.¹

Factores que modifican la acción de un hábito

1. Duración: Por su duración pueden subclasificarse:

- Infantil: (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
- Pre-escolar: (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el

contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios. Si el hábito cesa ante de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos.

- Escolar: (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueletales.

2. Frecuencia: Pueden ser intermitente (diurno) o continuos (nocturno)

3. Intensidad: Se clasifican en:

- Poca intensa: presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.
- Intensa: Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable.¹⁵

Etiología:

Los hábitos bucales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional.¹

Bruxismo:

El bruxismo es un trastorno parafuncional que consiste en rechinar o apretar los dientes. El desgaste de los dientes, molestias o sensación de cansancio en la cara, cabeza y cervicales son algunos de los síntomas más comunes del bruxismo.

El bruxismo es un término médico que describe la acción involuntaria de apretar, rechinar y desgastar los dientes produciendo daño en sus piezas dentarias. El estrés es uno de los principales agentes que afecta de forma directa a la salud dental, siendo causante, de entre otras cosas, del bruxismo. La cafeína, el alcohol, el tabaquismo y los factores del sueño también influyen en la práctica de este mal hábito. El bruxismo es un término

médico que describe la acción involuntaria de apretar, rechinar y desgastar los dientes produciendo daño en sus piezas dentarias. El estrés es uno de los principales agentes que afecta de forma directa a la salud dental, siendo causante, de entre otras cosas, del bruxismo. La cafeína, el alcohol, el tabaquismo y los factores del sueño también influyen en la práctica de este mal hábito.

El bruxismo o bricomania que afecta a adultos o niños y a ambos sexos por igual aunque la edad más frecuente de inicio se encuentra entre los 17 y los 20 años, y la remisión espontánea se suele producir después de los 40 años de edad en los casos de bruxismo crónico, aunque puede desaparecer por si solo en cualquier momento de la vida.

El dolor en personas con bruxismo es el síntoma por el que los pacientes suelen acudir a consulta. Este suele ser agudo y afectar a la articulación o los músculos de la masticación y puede irradiarse hacia la cara y el cuello.

También, en personas con bruxismos, es frecuente el trauma oclusal que se produce por un contacto anómalo sobre la superficie de un diente. Este puede producir un dolor muy agudo y acentuarse con la masticación o la percusión. El desgaste dental acentuado en el bruxismo produce la pérdida de esmalte y la exposición de dentina al medio exterior. Esta dentina es en ocasiones extremadamente sensible. Estímulos mecánicos como el cepillado dental o térmicos (frio o caliente) desencadenan en estas situaciones la respuesta de dolor.

Succión Digital:

1. Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.
2. Succión de otros dedos. Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a

considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan.

Consecuencias

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

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

Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

- Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.
- Succión de varios dedos producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.
- También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores; aumento de la distancia horizontal entre los dientes superiores e inferiores cuando estos están en contacto.

Succión Labial:

Este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. En la mayoría el labio inferior es el que está implicado, aunque se ha observado hábitos de mordisqueo del labio superior. La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, una lingualización del frente incisivo mandibular, con el consiguiente incremento del resalte y una mordida abierta anterior.

Respiración:

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

Respiración oral:

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua y de la propia cabeza en menor medida, parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado , como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. Todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros.¹⁸

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

- Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.
- Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.

Etiología de Respiración oral

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

Características faciales y dentarias de la respiración oral

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

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

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

Onicofagia:

La etimología de la palabra viene del griego onyx y phagein que significan uña y comer respectivamente. Se trata de un hábito compulsivo por comerse o morderse las uñas cuyo origen se presenta generalmente en edades tempranas como la infancia y la adolescencia, aunque este mismo hábito puede encontrarse en individuos de edad adulta pero en menor porcentaje, tomando en cuenta que la mayor incidencia la encontramos en jóvenes sobre todo en la edad de la pubertad. La onicofagia, se define como una costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones.

Características Clínicas: Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen maloclusiones localizada, altera la estética de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento, malposición dentaria; puede combinarse con otros hábitos en la misma persona. Características psicológicas: Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad, y no guarda relación con el nivel mental de la persona.

Maloclusiones dentarias

Clasificación de Maloclusión de E. Angle

Angle, basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión que fueron adoptados, inicialmente por protesistas. Observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. En 1899, basándose en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial¹. Este autor dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III.

Clasificación:

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

Maloclusión anteroposterior:

Clasificación de Angle:

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

✓ **Clase I:**

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar (la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior). Estos pacientes presentan un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

✓ **Clase II:**

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

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

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

✓ **Clase III:**

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

Maloclusiones Verticales:

Las maloclusiones como la sobre mordida, la mordida abierta y profunda es producida por una alteración en la dimensión vertical.

Sobremordida:

Es un problema de maloclusión en el que los dientes superiores están muy por delante de los dientes inferiores. En algunos casos, esta mala mordida es del prognatismo mandibular, que prácticamente no se ve, mientras que en situaciones más extremas la mandíbula superior puede parecer mucho más grande que la inferior, o la inferior verse como mucho más pequeña que la superior. Se trata de un problema que suele solucionarse mediante tratamiento ortodóntico.

A difieren en que la mandíbula inferior está más avanzada que la superior, la estética de la sobremordida no suele preocupar tanto a quien la padece. Pero más allá de comprometer o no la apariencia, debes saber que puede causar problemas dentales importantes. La sobremordida puede afectar tu forma de hablar e incluso cambiar la estructura de tu cara por

culpa de los conocidos “dientes de conejo”. Los pacientes que se tratan este problema mediante ortodoncia o cirugía están muy satisfechos con los resultados, que mejoran su capacidad masticatoria, el habla y la apariencia.

Por desgracia, la mayoría de sobremordidas son un problema hereditario. Pero también hay hábitos que pueden provocar esta discrepancia mandibular como la succión del pulgar o el uso del chupete durante demasiado tiempo.

Si estás preocupado porque crees que algún hábito de tu hijo puede contribuir a este problema, pide una cita con el odontopediatra. Aunque sea muy pequeño, el dentista puede tomarle radiografías para determinar la necesidad de corregir la sobremordida más adelante. Además, puede sugerir algunos consejos para frenar los malos hábitos que complican la situación.

Mordida profunda:

Es un estado de sobremordida vertical aumentada, donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. También se conoce como resalte dental o sobremordida vertical y la norma es de 2mm. La mordida profunda influye en que el paciente padezca enfermedad periodontal debido a varios factores: sobrecarga de las fuerzas oclusales, tensión excesiva, trauma, problemas funcionales y bruxismo. También suelen presentarse problemas de articulación temporomandibular debido a la afectación de los músculos de la masticación: maseteros, temporales y pterigoideos laterales.

Las características dentales que presenta el paciente son las siguientes:

1. En la arcada inferior hay apiñamiento y lingualización de los incisivos.
2. Normalmente hay retroclinación de los incisivos superiores e inferiores.
3. Clase II de Angle: los dientes mandibulares están en una posición más distal con respecto a los maxilares.

Mordida abierta:

Es la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. Se clasifica en mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta las bases óseas, la mordida abierta es dental. Se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Las características faciales son: hipodivergente, cara amplia y cuadrada, competencia labial, tercio inferior disminuido, retrusión de ambos labios.¹⁶

Maloclusiones Transversales:

Son aquellas alteraciones de la oclusión que se presentan en el plano horizontal o transversal, en la cual las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares superiores e inferiores.

Mordida cruzada posterior:

Se habla de mordida cruzada posterior cuando son las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores. Este tipo de mordida cruzada la podemos encontrar en: ambas hemiarquadas, cuando uno o más dientes de la arcada superior ocluyen por dentro de la arcada inferior.

Mordida en Tijera:

Es una maloclusión de ortodoncia mucho menos frecuentes que las mordidas cruzadas. Las más comunes son las de un diente aislado, que tienen el mismo origen que las mordidas cruzadas monodentarias.

Es rara la mordida en tijera de una hemiarcada, cuyo origen suele ser mandibular por inclinación de los dientes posteriores inferiores hacia lingual o por asimetría de la mandíbula. En las mordidas en tijera bilaterales, que se conocen también como síndrome de Brodie, el maxilar superior cubre completamente al inferior, como si fuera un zapato al pie, ya que debido a la falta de contactos oclusales hay una supraerupción de todos los dientes posteriores.¹⁹

2.3. Definición de Términos Básicos

Apiñamiento dental: Cuando los dientes no caben en la arcada dentaria, en general por falta de espacio.

Apiñamiento primario: Éste se debe a la influencia del factor genético. Así, cuando los padres han tenido los dientes apiñados, es frecuente que los hijos también los tengan.

Apiñamiento secundario: Es el que se produce por alteraciones que se dan en la boca que actúan sobre los dientes y consiguen recortar el espacio del que se dispone para que queden normalmente alineados.

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

Hábito bucal no fisiológico: es la práctica repetida en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo.

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

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

Maloclusión vertical: este término se utiliza para describir mordida abierta y mordida profunda.

Maloclusión transversal: El término tipo se utiliza para describir diversos tipos de mordidas cruzadas y de mordida en tijera.

Mordida abierta: Presente en los pacientes que poseen hábitos inadecuados, ya sea debido a la interposición de la lengua, a la succión sagital o al chupón. Los caninos elevados no son más que un apiñamiento debido a la falta de espacio y por ser los últimos en erupcionar en la arcada superior.

Mordida de borde a borde: Se va dar cuando los bordes incisales de los incisivos superiores van a contactar con los bordes incisales de los incisivos inferiores.

Mordida cruzada: Cuando los incisivos superiores se encuentran en PIM ocluyendo al revés, los bordes incisales superiores se apoyan en las caras linguales de los incisivos inferiores. Esto también lo vamos a ver en las maloclusiones de clase III.

Maloclusión dentaria: Cuando es la propia dentición la que su forma, tamaño o posición provoca la alteración oclusal.

Maloclusión ósea: Cuando están afectados uno o ambos huesos maxilar es en la zona alveolar, o a nivel de las bases óseas, repercutiendo en el anclaje dentario oclusal.

Maloclusión muscular: Donde el equilibrio muscular es el principalmente alterado y la que causa la anomalía oclusal.

Oberjet: La medida de la distancia horizontal entre el borde incisal más sobresaliente de los dientes superiores y la superficie labial de los inferiores y se expresa en milímetros.

Oclusión ideal: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior debe ocluir en el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.

Overbite: Es la medida vertical entre los niveles de los bordes incisales de los dientes anteriores superiores a cualquier tercio de la cara labial de inferiores.

Relación céntrica: Es una posición de la mandíbula relativa al cráneo que se establece momentáneamente en condiciones de salud cuando el sujeto deglute, ocluye voluntariamente y es manipulado por el operado.¹¹

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Presentación.

El análisis de la información se realizó mediante la aplicación estadística descriptiva (tabla de frecuencia y porcentajes, gráficos de barras) y la estadística diferencial para la aprobación de las hipótesis y el cumplimiento de los objetivos.

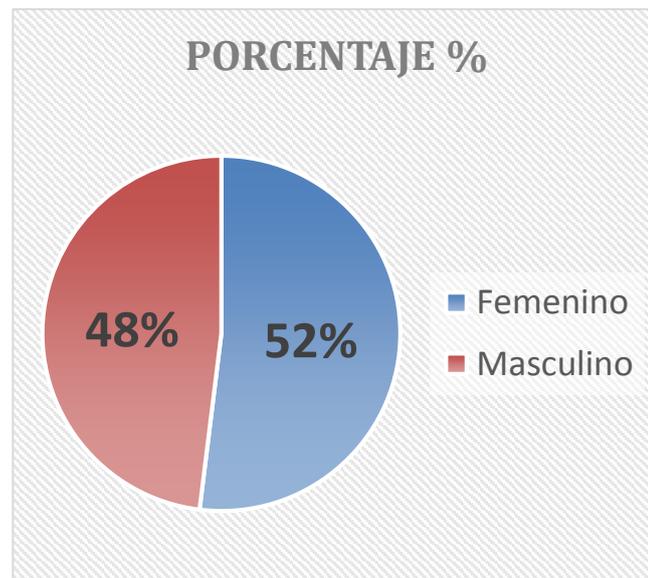
2. Trabajo de campo y estadística descriptiva.

Tabla N° 1:

Estudiantes clasificados en género de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

FRECUENCIA	
Genero	Total
Femenino	80
Masculino	74
Total general	154

Gráfico N° 1:



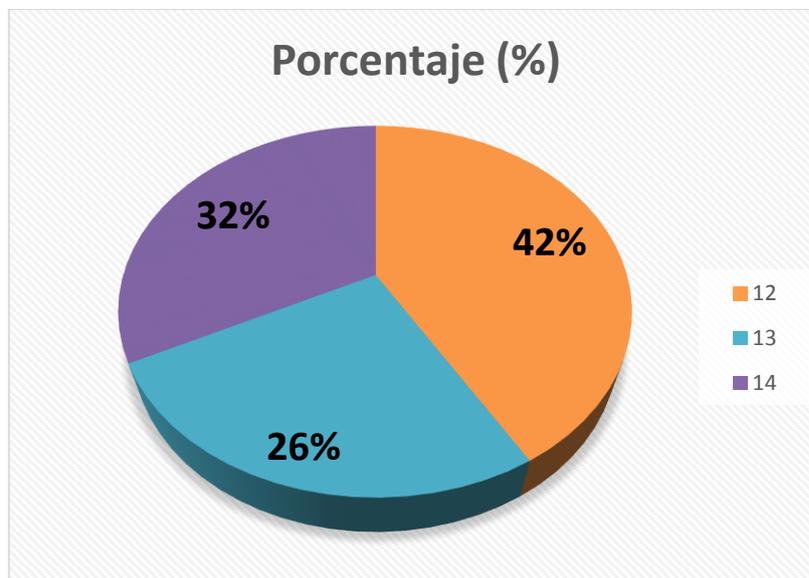
En el gráfico N°1 se observa de los 154 estudiantes, donde un (52%) de adolescentes femenino y un (48%) de adolescentes masculino de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°2:

Estudiantes clasificados en rango de edades en adolescentes de 12, 13 y 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia	
Edad (Años)	Total
12	64
13	40
14	50
Total general	154

Gráfico N° 2:



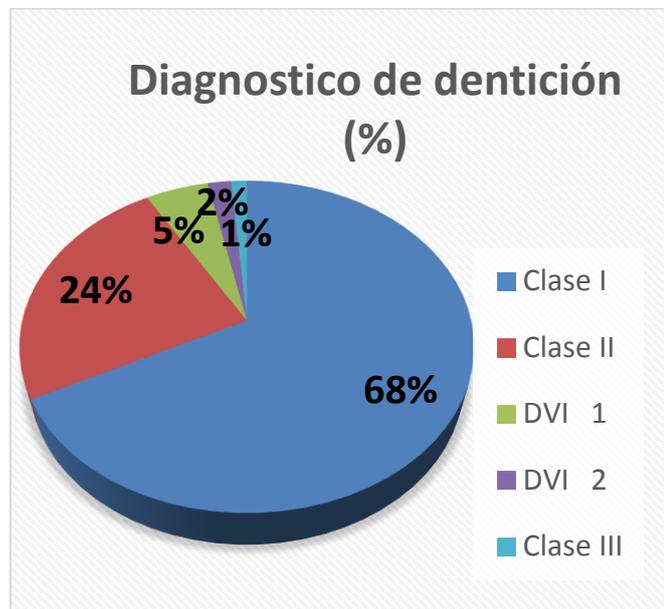
En el gráfico N°2 se observa de los 154 estudiantes, donde un (42%) de adolescentes de 12 años, un (32%) de adolescentes de 14 años y un (26%) de adolescentes de 13 años de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°3:

Maloclusiones anteroposteriores en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

FRECUENCIA	
Diagnóstico de Dentición	Total
Clase I	104
Clase II	37
DVI 1	8
DVI 2	3
Clase III	2
Total general	154

Gráfico N° 3:



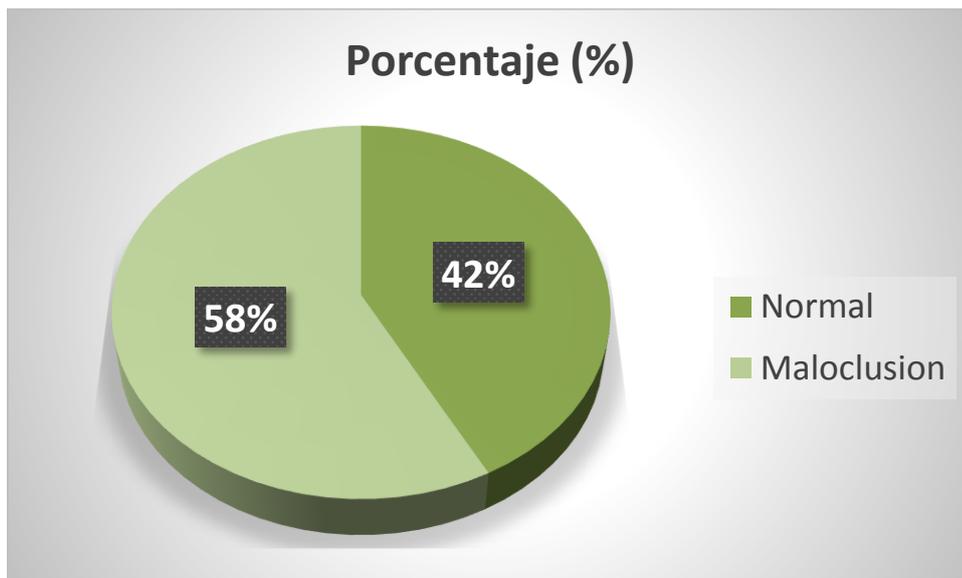
En el gráfico N°3 se observa una población analizada de 154 estudiantes, en donde se puede observar que la maloclusión que predomina es la clase I con un 68%, seguida por la clase II con un 24%, seguida después por la clase II división 1 con un 5%, luego la clase II división 2 con un 2% y la clase III con un 1%.

Tabla N°4:

Oclusión y maloclusion dental en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia	
Oclusión Dental	Total
Normal	65
Maloclusion	89
Total general	154

Gráfico N° 4:



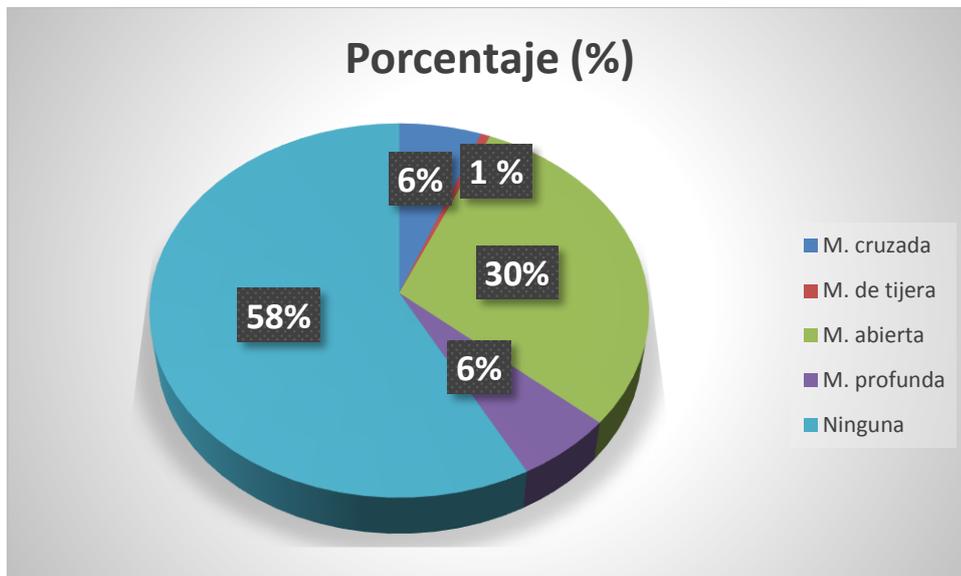
En el gráfico N°4 se observa de los 154 estudiantes, donde un (58%) que presenta oclusión dental normal un (42%) no presenta maloclusion dental de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°5:

Maloclusiones transversales y verticales en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia	
Tipo de maloclusión	Total
M. cruzada	9
M. de tijera	1
M. abierta	46
M. profunda	9
Ninguna	89
Total general	154

Gráfico N°5:



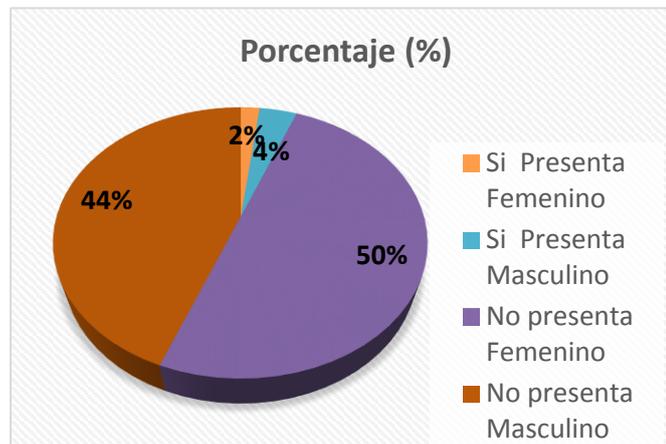
En el gráfico N°5 se observa de los 154 estudiantes, donde un (58%) no presenta ninguna maloclusión transversal o vertical un (30 %) presenta mordida abierta un (6%) presenta mordida cruzada un (6%) presenta mordida profunda y un (1%) presenta mordida de tijera de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°6:

Habito oral parafuncional; Bruxismo en estudiantes clasificados en género de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Bruxismo	Genero	Total
Si Presenta	Femenino	3
	Masculino	6
Total Si Presenta		9
No presenta	Femenino	77
	Masculino	68
Total No presenta		145
Total general		154

Gráfico N°6:



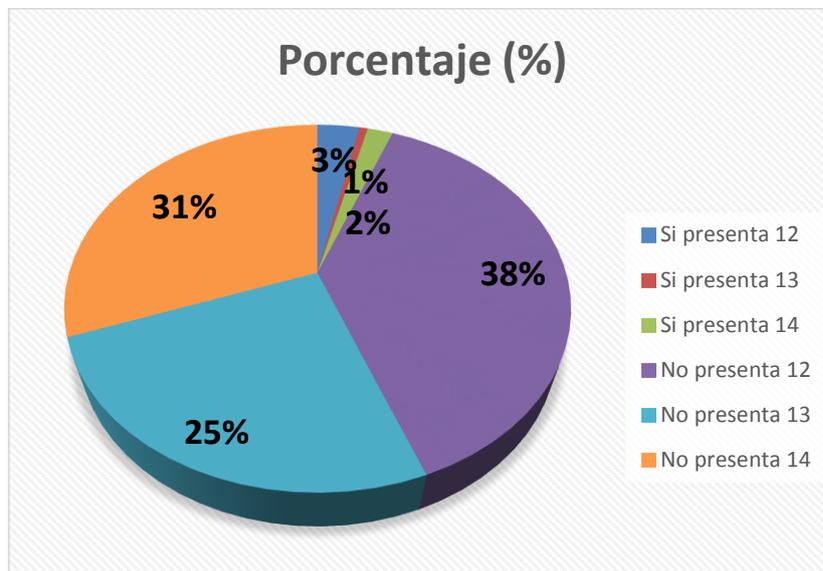
En el gráfico N°6 se observa de los 9 estudiantes con Bruxismo, un (2%) de estudiantes femenino y un (4%) de adolescentes masculino de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°7:

Habito oral parafuncional; Bruxismo, clasificados en rango de edades en estudiantes de 12, 13 y 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

FRECUENCIA		
H. Bruxismo	Edad (Años)	Total
Si presenta	12	5
	13	1
	14	3
Total Si presenta		9
No presenta	12	59
	13	39
	14	47
Total No presenta		145
Total general		154

Gráfico N° 7:



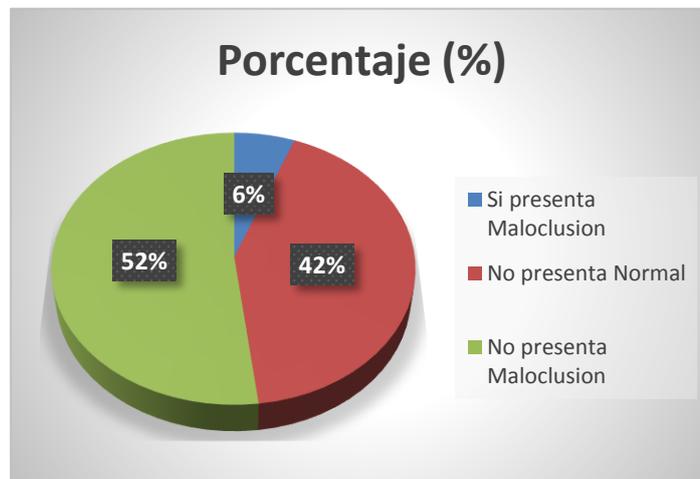
En el gráfico N°7 se observa de los 9 estudiantes con Bruxismo, un (3%) de adolescentes de 12 años, un (1%) de adolescentes de 13 años y un (2%) de adolescentes de 14 años de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°8:

Habito oral parafuncional; Bruxismo, clasificado en oclusión y maloclusion dental en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Bruxismo	Oclusiòn Dental	Total
Si presenta	Maloclusion	9
Total Si presenta		9
No presenta	Normal	65
	Maloclusion	80
Total No presenta		145
Total general		154

Gráfico N° 8:



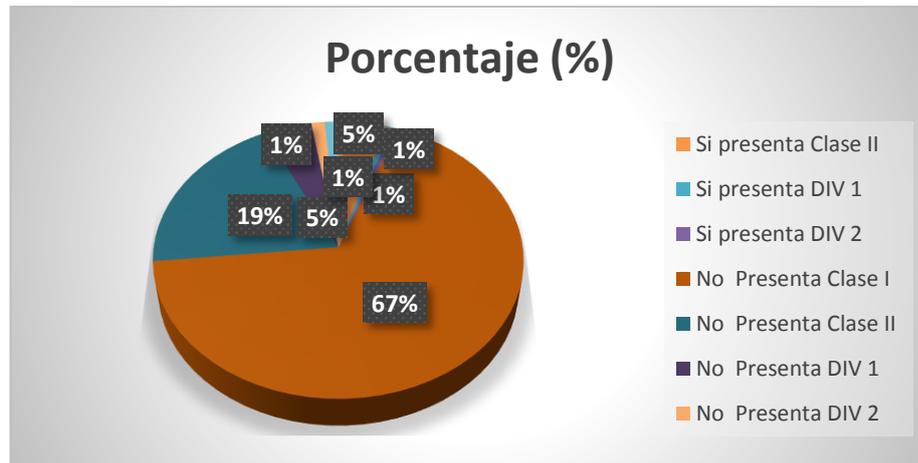
En el gráfico N°8 se observa de los 9 estudiantes con Bruxismo, un (6%) que presenta maloclusión dental un (42%) presenta oclusión normal y un (52%) presentan otras maloclusiones de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°9:

Habito oral parafuncional; Bruxismo, clasificados en maloclusiones anteroposteriores en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Bruxismo	Diagnóstico de Dentición	Total
Si presenta	Clase II	7
	DIV 1	1
	DIV 2	1
Total Si presenta		9
No Presenta	Clase I	104
	Clase II	30
	DIV 1	7
	DIV 2	2
	Clase III	2
Total No Presenta		145
Total general		154

Gráfico N°9:



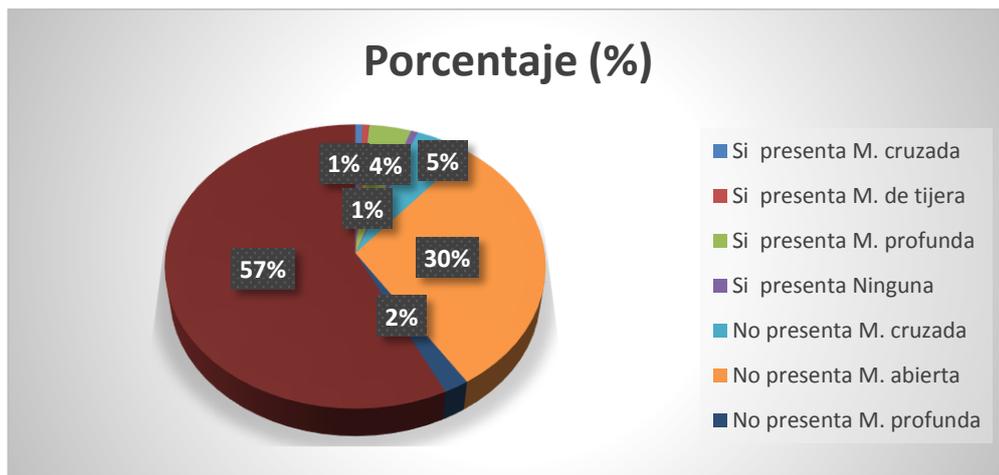
En el gráfico N°9 se observa de los 9 estudiantes con Bruxismo, un (5%) de estudiantes clase II, un (1%) de estudiante clase II DIV 1 y un (1%) de estudiantes clase II DVI 2.

Tabla N°10:

Habito oral parafuncional; Bruxismo, clasificados en maloclusiones transversales y verticales en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Bruxismo	Tipo de maloclusión	Total
Si presenta	M. cruzada	1
	M. de tijera	1
	M. profunda	6
	Ninguna	1
Total Si presenta		9
No presenta	M. cruzada	8
	M. abierta	46
	M. profunda	3
	Ninguna	88
Total No presenta		145
Total general		154

Gráfico N°10:



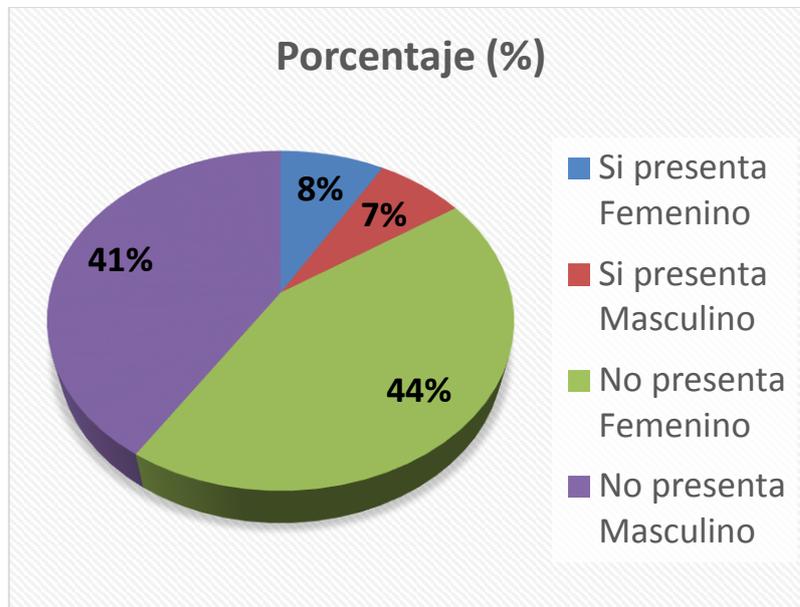
En el gráfico N°4 se observa de los 9 estudiantes con Bruxismo, donde un (1%) no presenta ninguna maloclusión transversal o vertical un (4%) presenta mordida profunda un (1%) presenta mordida cruzada y un (1%) presenta mordida cruzada de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°11:

Habito oral parafuncional; Succión digital, en estudiantes clasificados en género de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. succión digital	Genero	Total
Si presenta	Femenino	13
	Masculino	11
Total Si presenta		24
No presenta	Femenino	67
	Masculino	63
Total No presenta		130
Total general		154

Gráfico N°11:



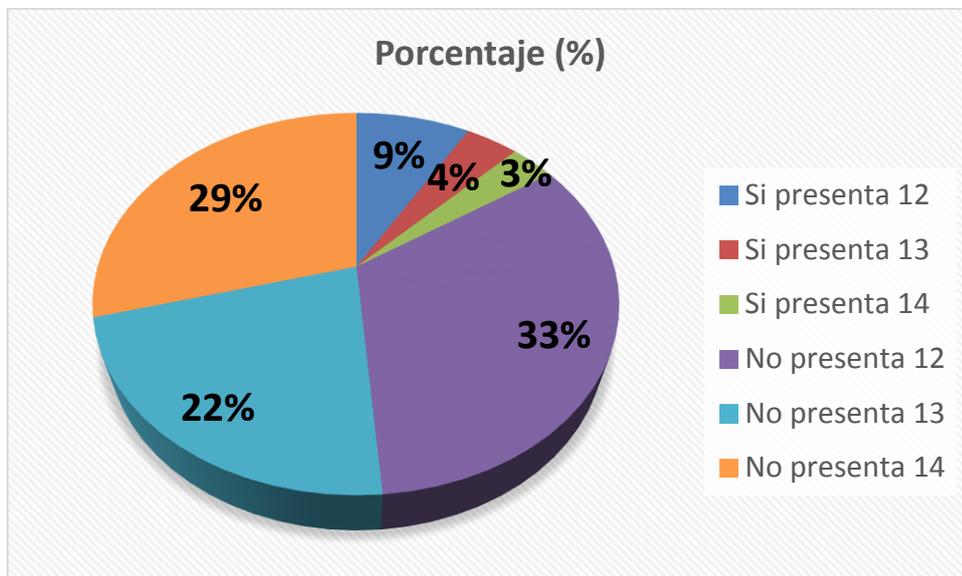
En el gráfico N°11 se observa de los 24 estudiantes con Succión digital, un (7%) de estudiantes femenino y un (8%) de adolescentes masculino de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°12:

Habito oral parafuncional; Succión digital, clasificados en rango de edades en estudiantes de 12, 13 y 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. succión digital	Edad (Años)	Total
Si presenta	12	13
	13	6
	14	5
Total Si presenta		24
No presenta	12	51
	13	34
	14	45
Total No presenta		130
Total general		154

Gráfico N°12:



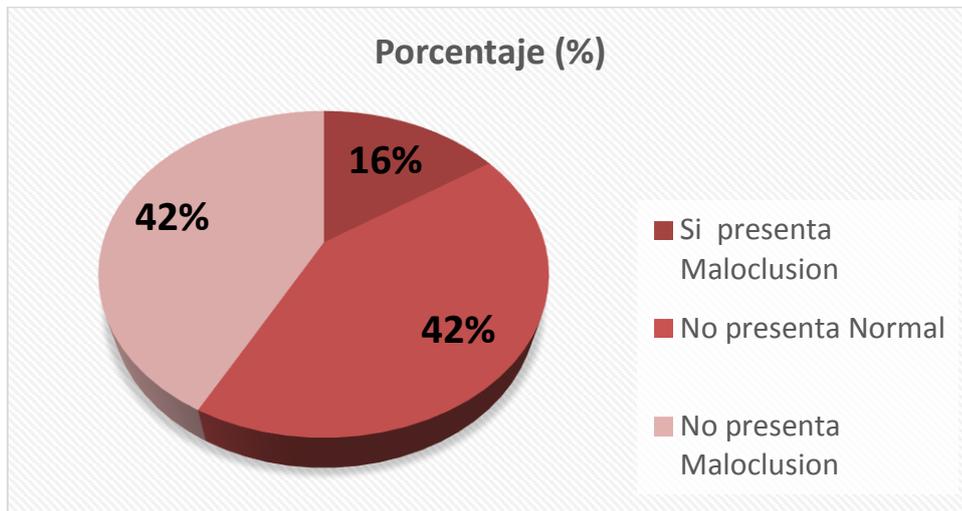
En el gráfico N°12 se observa de los 24 estudiantes con Succión digital, un (9%) de adolescentes de 12 años, un (4%) de adolescentes de 13 años y un (3%) de adolescentes de 14 años de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°13:

Habito oral parafuncional; Succión digital, clasificado en oclusión y maloclusión dental en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. succión digital	Oclusión Dental	Total
Si presenta	Maloclusion	24
Total Si presenta		24
No presenta	Normal	65
	Maloclusion	65
Total No presenta		130
Total general		154

Gráfico N°13:



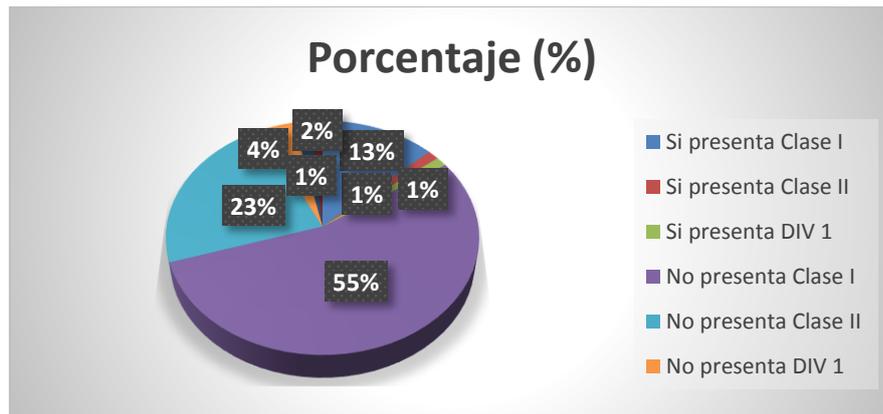
En el gráfico N°13 se observa de los 24 estudiantes con Succión digital, un (16%) que presenta maloclusión dental un (42%) presenta oclusión normal y un (42%) presentan otras maloclusiones de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°14:

Habito oral parafuncional; Succión digital, clasificados en maloclusiones anteroposteriores en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia H. succión digital	Diagnóstico de Dentición	Total
Si presenta	Clase I	20
	Clase II	2
	DIV 1	2
Total Si presenta		24
No presenta	Clase I	84
	Clase II	35
	DIV 1	6
	DIV 2	3
	Clase III	2
Total No presenta		130
Total general		154

Gráfico N°14:



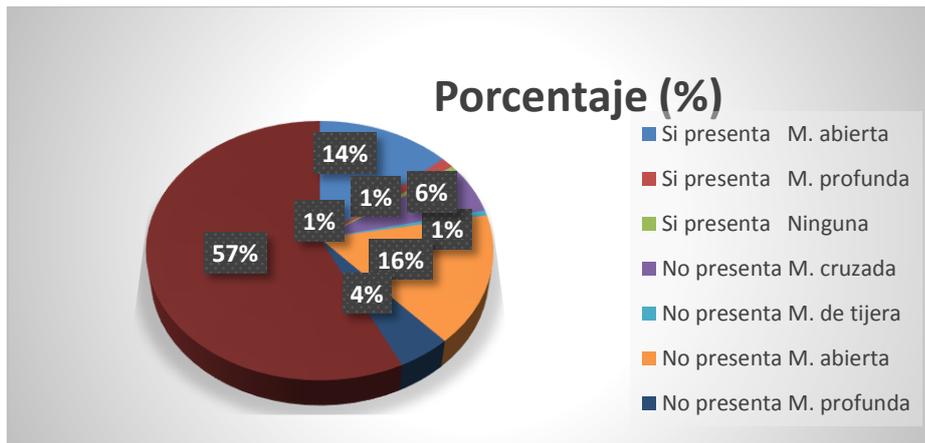
En el gráfico N°14 se observa de 24 estudiantes con Succión digital, un (13%) de estudiantes clase I, un (1%) de estudiante clase II y un (1%) de estudiantes clase II DVI 1.

Tabla N°15:

Habito oral parafuncional; Succión digital, clasificados en maloclusiones transversales y verticales en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. succión digital	Tipo de maloclusión	Total
Si presenta	M. abierta	21
	M. profunda	2
	Ninguna	1
Total Si presenta		24
No presenta	M. cruzada	9
	M. de tijera	1
	M. abierta	25
	M. profunda	7
	Ninguna	88
Total No presenta		130
Total general		154

Gráfico N°15:



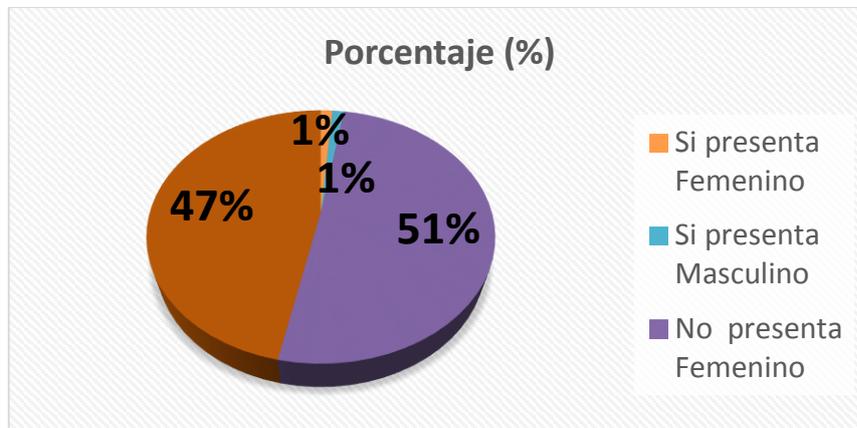
En el gráfico N°15 se observa de los 24 estudiantes Succión digital, donde un (1%) no presenta ninguna maloclusión transversal o vertical un (14%) presenta mordida abierta un (1%) presenta mordida profunda de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°16:

Habito oral parafuncional; Succión labial, en estudiantes clasificados en género de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Succión Labial	Genero	Total
Si presenta	Femenino	2
	Masculino	2
Total Si presenta		4
No presenta	Femenino	78
	Masculino	72
Total No presenta		150
Total general		154

Gráfico N°16:



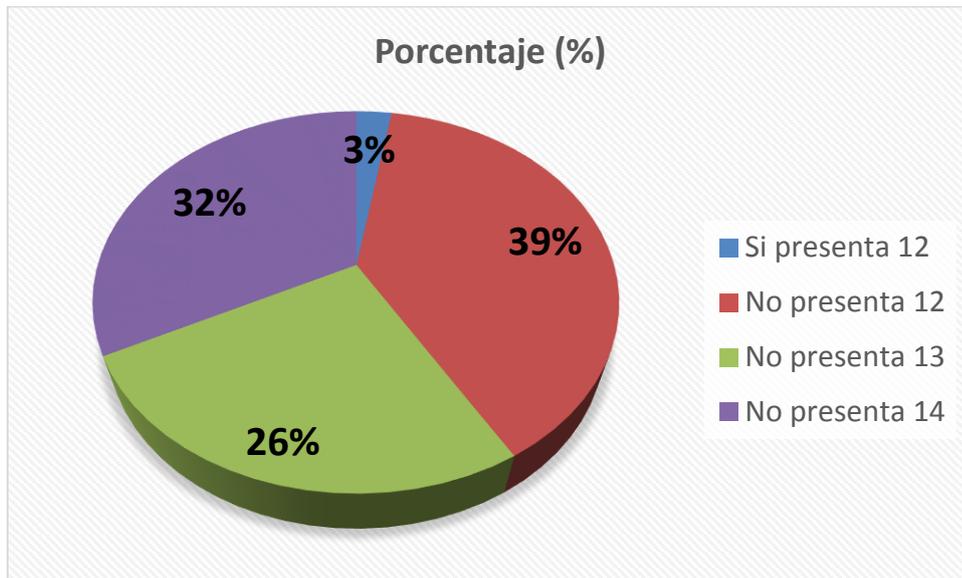
En el gráfico N°16 se observa de los 4 estudiantes con Succión labial, un (1%) de estudiantes femenino y un (1%) de adolescentes masculino de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°17:

Habito oral parafuncional; Succión labial, clasificados en rango de edades en estudiantes de 12, 13 y 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Succión Labial	Edad (Años)	Total
Si presenta	12	4
Total Si presenta		4
No presenta	12	60
	13	40
	14	50
Total No presenta		150
Total general		154

Gráfico N°17:



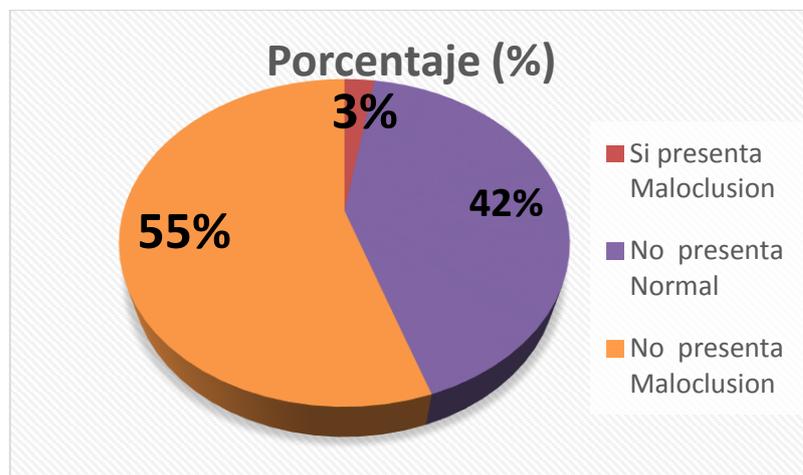
En el gráfico N°17 se observa de los 4 estudiantes con Succión labial, un (3%) de adolescentes de 12 años que lo presenta.

Tabla N°18:

Habito oral parafuncional; Succión labial, clasificado en oclusión y maloclusión dental en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Succión Labial	Oclusión Dental	Total
Si presenta	Maloclusion	4
Total Si presenta		4
No presenta	Normal	65
	Maloclusion	85
Total No presenta		150
Total general		154

Gráfico N°18:



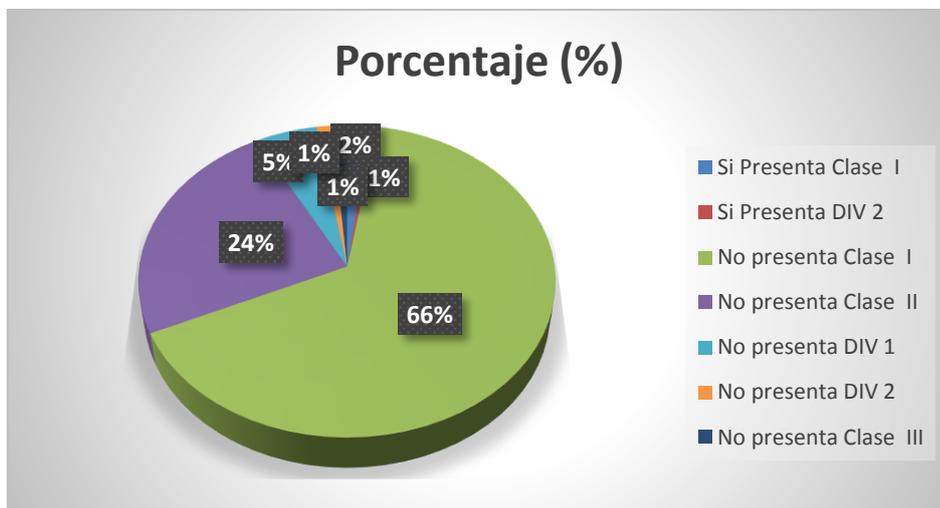
En el gráfico N°18 se observa de los 4 estudiantes con Succión labial, un (3%) que presenta maloclusión dental un (42%) presenta oclusión normal y un (55%) presentan otras maloclusiones de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°19:

Habito oral parafuncional; Succión labial, clasificados en maloclusiones anteroposteriores en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Succión Labial	Diagnóstico de Dentición	Total
Si Presenta	Clase I	3
	DIV 2	1
Total Si Presenta		4
No presenta	Clase I	101
	Clase II	37
	DIV 1	8
	DIV 2	2
	Clase III	2
Total No presenta		150
Total general		154

Gráfico N°19:



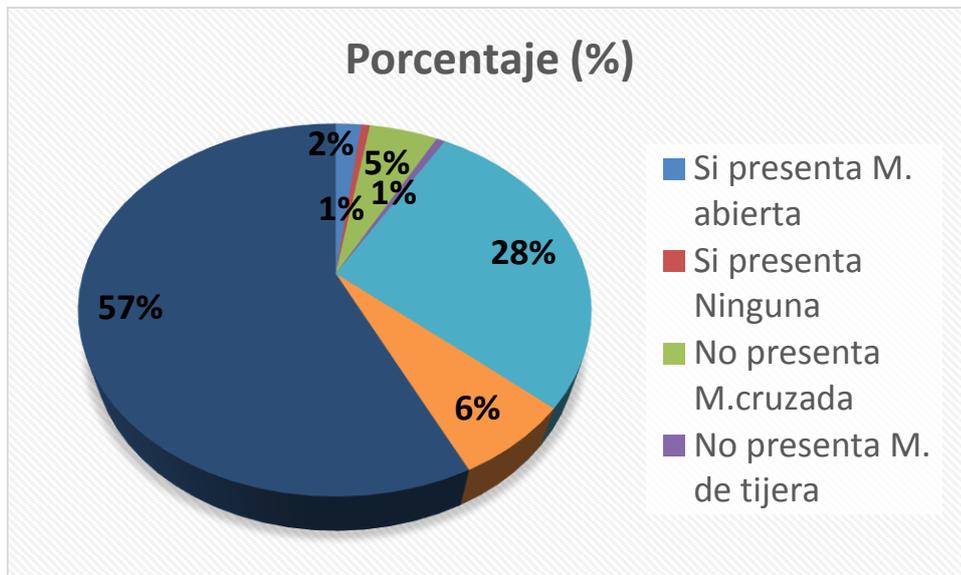
En el gráfico N°19 se observa de 4 estudiantes con Succión labial, un (2%) de estudiantes clase I, un (1%) de estudiante clase II DIV 2 de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°20:

Habito oral parafuncional; Succión labial, clasificados en maloclusiones transversales y verticales en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia H. Succión Labial	Tipo de maloclusión	Total
Si presenta	M. abierta	3
	Ninguna	1
Total Si presenta		4
No presenta	M. cruzada	8
	M. de tijera	3
	M. abierta	38
	M. profunda	13
	Ninguna	88
Total No presenta		150
Total general		154

Gráfico N°20:



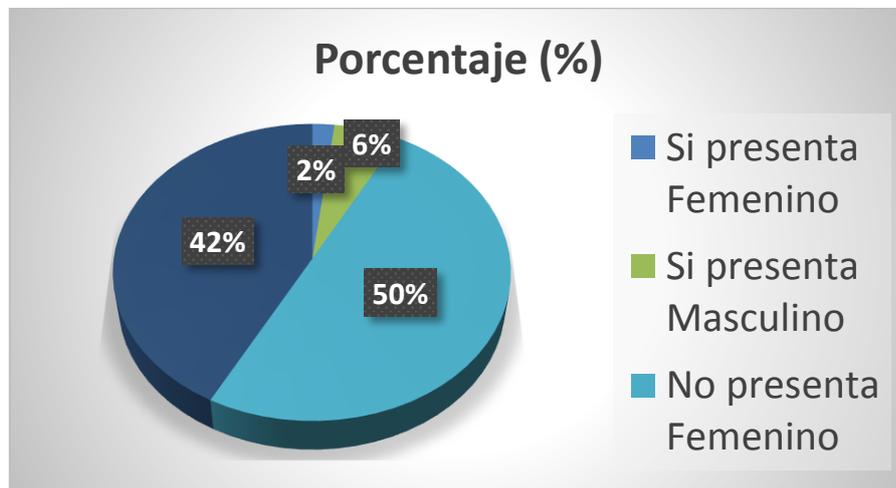
En el gráfico N°20 se observa de los 4 estudiantes Succión labial, donde un (1%) no presenta ninguna maloclusión transversal o vertical un (2%) presenta mordida abierta un de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°21:

Habito oral parafuncional; Respirador bucal, en estudiantes clasificados en género de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Respirador bucal	Genero	Total
Si presenta	Femenino	3
	Masculino	9
Total Si presenta		12
No presenta	Femenino	77
	Masculino	65
Total No presenta		142
Total general		154

Gráfico N°21:



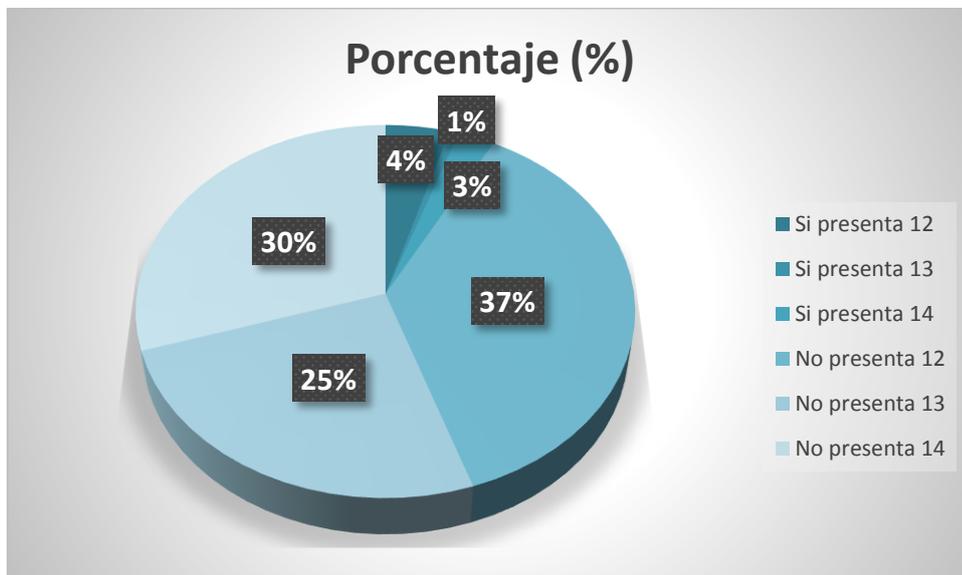
En el gráfico N°21 se observa de los 12 estudiantes Respiradores bucales, un (2%) de estudiantes femenino y un (6%) de adolescentes masculino de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°22:

Habito oral parafuncional; Respirador bucal, clasificados en rango de estudiante de 12, 13 y 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Respirador bucal	Edad (Años)	Total
Si presenta	12	7
	13	1
	14	4
Total Si presenta		12
No presenta	12	57
	13	39
	14	46
Total No presenta		142
Total general		154

Gráfico N°22:



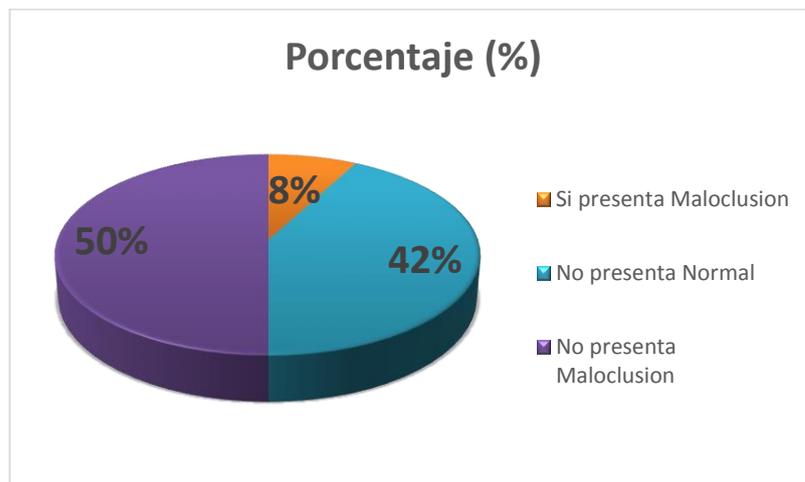
En el gráfico N°22 se observa de los 12 estudiantes Respiradores bucales, un (4%) de adolescentes de 12 años, un (1%) de adolescentes de 13 años y un (3%) de adolescentes de 14 años de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°23:

Habito oral parafuncional; Respirador bucal, clasificado en oclusión y maloclusión dental en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Respirador bucal	Oclusión Dental	Total
Si presenta	Maloclusion	12
Total Si presenta		12
No presenta	Normal	65
	Maloclusion	77
Total No presenta		142
Total general		154

Gráfico N°23:



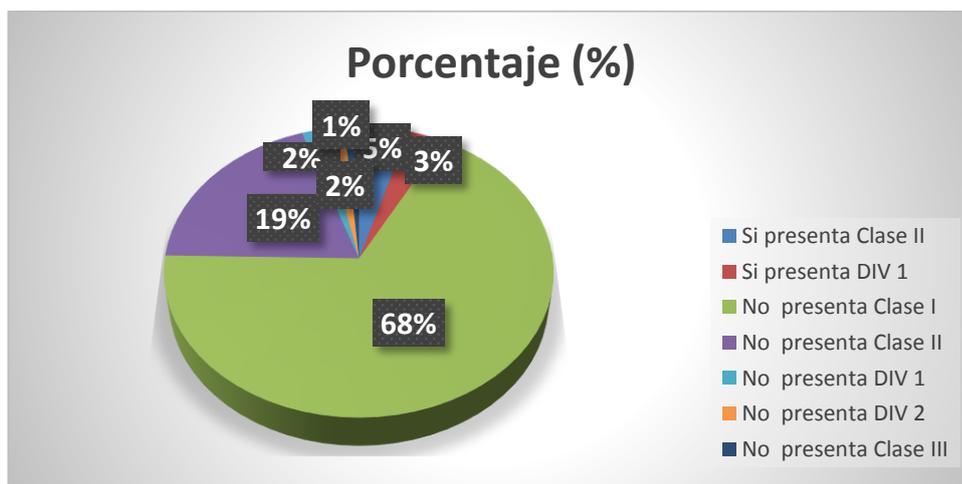
En el gráfico N°23 se observa de los 12 estudiantes Respiradores bucales, un (8%) que presenta maloclusión dental un (42%) presenta oclusión normal y un (50%) presentan otras maloclusiones de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°24:

Habito oral parafuncional; Respirador bucal, clasificados en maloclusiones anteroposteriores en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Respirador bucal	Diagnóstico de Dentición	Total
Si presenta	Clase II	7
	DIV 1	5
Total Si presenta		12
No presenta	Clase I	104
	Clase II	30
	DIV 1	3
	DIV 2	3
	Clase III	2
Total No presenta		142
Total general		154

Gráfico N°24:



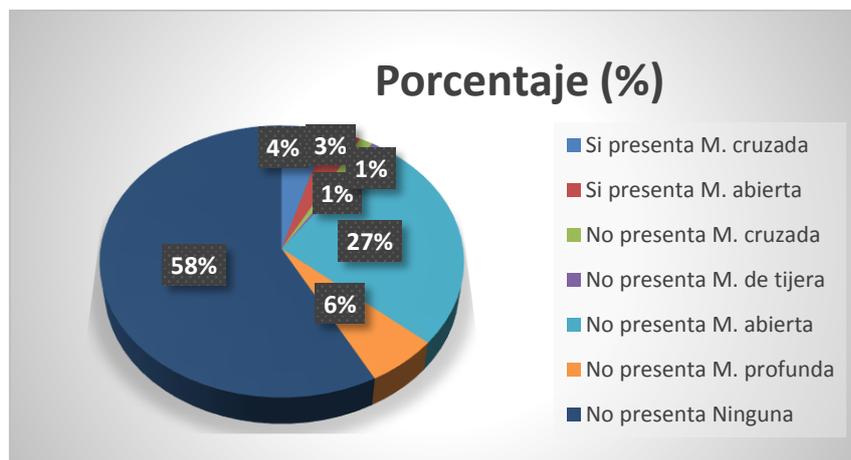
En el gráfico N°24 se observa de 12 estudiantes Respiradores bucales, un (7%) de estudiantes clase II, un (3%) de estudiante clase II DIV 1 de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°25:

Habito oral parafuncional; Respirador bucal, clasificados en maloclusiones transversales y verticales en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia	H. Respirador bucal	Tipo de maloclusión	Total
Si presenta		M. cruzada	7
		M. abierta	5
Total Si presenta			12
No presenta		M. cruzada	2
		M. de tijera	1
		M. abierta	41
		M. profunda	9
		Ninguna	89
Total No presenta			142
Total general			154

Gráfico N°25:



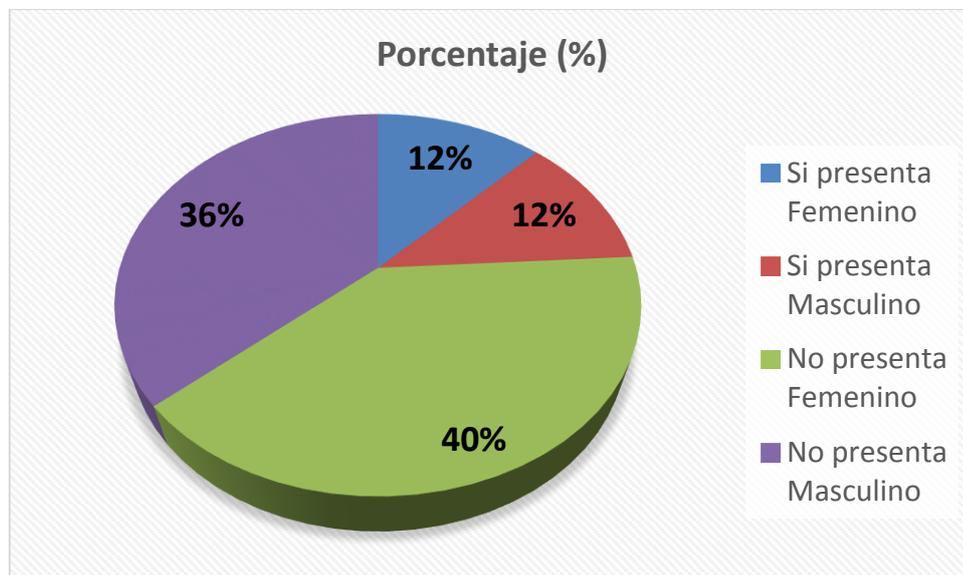
En el gráfico N°25 se observa de los 12 estudiantes Respiradores bucales, donde un (4%) presenta mordida cruzada un (3%) presenta mordida abierta de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°26:

Habito oral parafuncional; Onicofagia, en estudiantes clasificados en género de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Onicofagia	Genero	Total
Si presenta	Femenino	19
	Masculino	18
Total Si presenta		37
No presenta	Femenino	61
	Masculino	56
Total No presenta		117
Total general		154

Gráfico N°26:



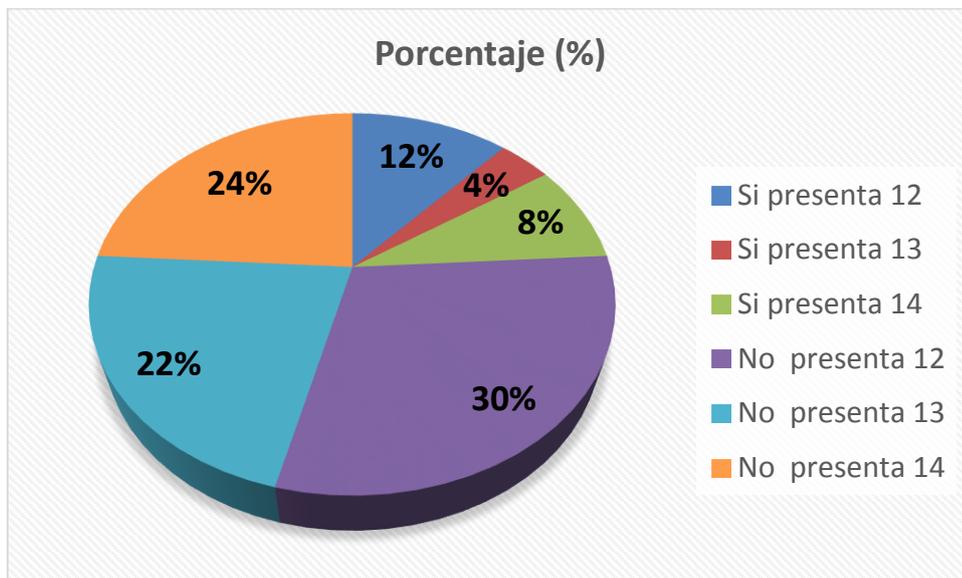
En el gráfico N°26 se observa de los 37 estudiantes con Onicofagia, un (2%) de estudiantes femenino y un (6%) de adolescentes masculino de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°27:

Habito oral parafuncional; Onicofagia, clasificados en rango de edades en estudiantes de 12, 13 y 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Onicofagia	Edad (Años)	Total
Si presenta	12	18
	13	6
	14	13
Total Si presenta		37
No presenta	12	46
	13	34
	14	37
Total No presenta		117
Total general		154

Gráfico N°27:



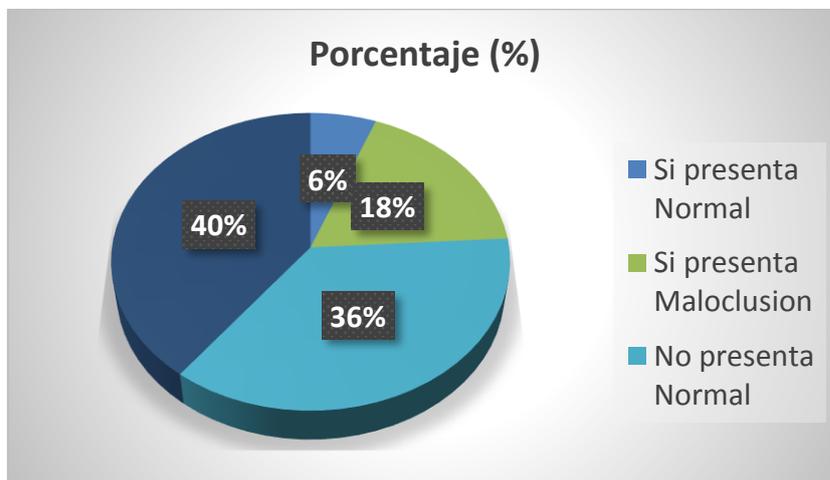
En el gráfico N°27 se observa de los 37 estudiantes con Onicofagia, un (12%) de adolescentes de 12 años, un (4%) de adolescentes de 13 años y un (8%) de adolescentes de 14 años de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°28:

Habito oral parafuncional Onicofagia, clasificado en oclusión y maloclusión dental en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Onicofagia	Oclusión Dental	Total
Si presenta	Normal	9
	Maloclusion	28
Total Si presenta		37
No presenta	Normal	56
	Maloclusion	61
Total No presenta		117
Total general		154

Gráfico N°28:



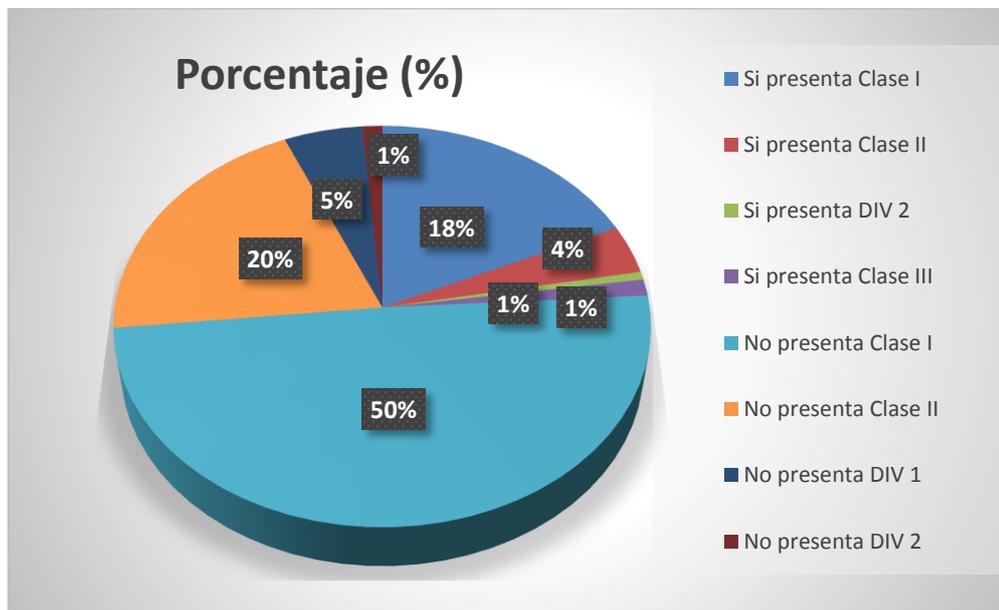
En el gráfico N°28 se observa de los 37 estudiantes con Onicofagia, un (18%) que presenta maloclusión dental normal un (6%) presenta oclusión normal y un (40%) presentan otras maloclusiones de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°29:

Habito oral parafuncional; Onicofagia, clasificados en maloclusiones anteroposteriores en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

Frecuencia		
H. Onicofagia	Diagnóstico de Dentición	Total
Si presenta	Clase I	28
	Clase II	6
	DIV 2	1
	Clase III	2
Total Si presenta		37
No presenta	Clase I	76
	Clase II	31
	DIV 1	8
	DIV 2	2
Total No presenta		117
Total general		154

Gráfico N°29:



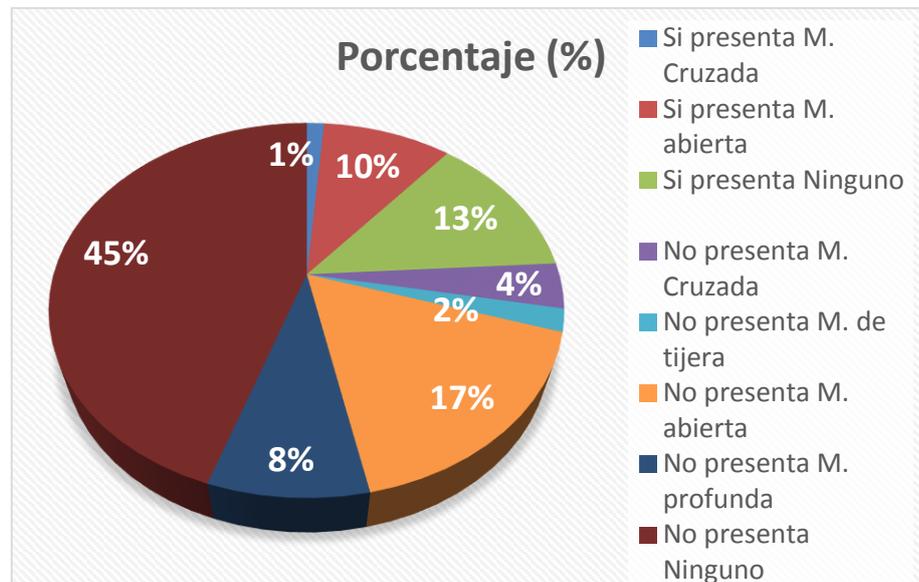
En el gráfico N°29 se observa de 37 estudiantes con Onicofagia, un (18%) de estudiantes clase I, un (3%) de estudiante clase II un (1%) clase II DIV 2 y un (1) clase III de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

Tabla N°30:

Habito oral parafuncional; Onicofagia, clasificados en maloclusiones transversales y verticales en estudiantes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 30.

H. Onicofagia	Tipo de maloclusión	Total
Si presenta	M. Cruzada	2
	M. abierta	15
	Ninguno	20
Total Si presenta		37
No presenta	M. Cruzada	6
	M. de tijera	3
	M. abierta	26
	M. profunda	13
	Ninguno	69
Total No presenta		117
Total general		154

Gráfico N°30:



En el gráfico N°30 se observa de los 37 estudiantes con Onicofagia, donde un (13%) no presenta ninguna maloclusión transversal y vertical un (10%) mordida abierta y un (1%) presenta mordida cruzada de la Institución educativa Fe y Alegría N° 30.

3.3 Contrastación de hipótesis

Teniendo en cuenta que la finalidad del estudio fue describir la influencia de los hábitos orales parafuncionales y su relación con la maloclusiones dentarias en adolescentes según el test de Zung la constatación de la hipótesis está reflejada en la descripción de los resultados, en consecuencia:

Hipótesis estadística

H₀= En una proporción No mayor al 50% los estudiantes adolescentes presentan maloclusiones dentarias debido a la relación con hábitos orales parafuncionales en la I.E Fe y Alegría N°30 de Chincha.

H₁= En una proporción mayor al 50% los estudiantes adolescentes presentan maloclusiones dentarias debido a la relación con hábitos orales parafuncionales en la I.E Fe y Alegría N°30 de Chincha.

Interpretación

Según la descripción de los resultados se encontró que el 40% de estudiantes adolescentes presento hábitos orales parafuncionales. En una proporción no mayor al 50% los estudiantes adolescentes presentan maloclusiones dentarias debido a la relación con hábitos orales parafuncionales en la I.E Fe y Alegría N°30 de Chincha.

CONCLUSIONES

- Si existe relación entre hábitos orales y maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe Y Alegría N°30.
- La tasa de prevalencia de todos los hábitos orales en el presente grupo de adolescentes fue baja.
- No se observa diferencia estadísticamente significativa entre el sexo masculino y el sexo femenino en la maloclusión dentaria anteroposterior, maloclusión dentaria vertical y maloclusión dentaria transversal ($p>0.05$).
- De 154 adolescentes evaluados se pudo observar que la maloclusión dentaria que predomina es la clase I un 68% ; seguida por la clase II un 24% , clase II división 2 un 5% clase II división 1 con un 2%, y la clase III 1% .
- De los 154 adolescentes evaluados el 30% presentó mordida abierta anterior, también el 9 % presenta mordida profunda y cruzada.
- De los 154 adolescentes evaluados se encontró un porcentaje bajo de 1% de mordida tijera.
- Se observa en mayor porcentaje el hábito de onicofagia, en segundo la succión digital y en tercer lugar se encuentra el reparador bucal, y en porcentajes muy bajos se encuentra, succión de labial y bruxismo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar investigación en una población más amplia como en comunidades o diferentes instituciones educativas, debido a que no existe suficientes estudios sobre hábitos orales y las maloclusiones dentarias.
- Realizar una investigación donde se incluya un cuestionario, en el cual se pueda evaluar la duración, frecuencia e intensidad del hábito.
- Se recomienda realizar tratamientos en los diferentes tipos de maloclusiones encontradas y realizar un seguimientos de ellos y al final evaluar los resultados.
- Se recomienda hacer un estudio para investigar si estas maloclusiones encontradas influyen en el desempeño escolar de estos adolescentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D'Jurisic A., Alcedo C. et al. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010: 1-30. URL disponible en: www.ortodoncia.ws.
2. Ghafournia Maryam, Hajenourozali Tehrani M. Relationship between Bruxism and Malocclusion among preschool children in Isfaham. J Dent Res Dent Clin Dent Prospect. 2012; 6(4):138-142.
3. Versiani Gonçalves LP, Ayrton de Toledo O, Moraes Otero SA. The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. Dental Press J. Orthod. Abril 2010; 15 (2): 97-104.
4. Ponce Palomares M, Hernandez Molinar Y. Frecuencia y distribución de Malocclusion en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí Mexico. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2006: 1-8.
5. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, Juárez-López LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo AF et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(1): 26-33
6. Aguilar Roldán M, Nieto Sánchez I, De la Cruz Pérez J. Relacion entre Hábitos Nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2011: 1-13
7. Solarte Solarte J, Rocha Buelvas A, Andrés A, Agudelo Suárez. Perfil Epidemiológico de las Alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2011; 23(1):111-125.
8. D.P. Bhayya, T.R. Shyagali. Prevalence of Oral Habits in 11–13 year-old School Children in Gulbarga city, India. Virtual Journal of Orthodontics[serial online] 2009; 8 (3):1-4

- 9.** Aguilar Roldán M.; Villaizá, Perez C.; Nieto Sanchez I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2009: 1-13
- 10.** Adilén Camblor, Valentina Cogorno, Hilda Gutierrez, Jesymar Veitia. Estudio retrospectivo de Maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antímano - CARacas en el período 2000 – 2007. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2008: 1-14
- 11.** Leite Cavalcanti A, Medeiros Bezerra PK, Cristiano Moura, Medeiros Bezerra P, Granville-Gracia AF. Relationship between Malocclusion and Deleterious Oral Habits in Preschool Children in Campina Grande, PB, Brazil. Serbian Dental J, 2008; 55: 154-162.
- 12.** Acevedo Sierra O, Rosell Silva CR, Mora Pérez C, Padilla Gómez EM. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2005. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2008; 6(2): 33-38
- 13.** Urrieta E., López I, Quirós O, Farias M,. Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. Rev, Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2006: 1-20.
- 14.** Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011: 1 – 17. URL disponible en: www.ortodoncia.ws.
- 15.** Fieramosca F, Lezama E, Manrique R, Quirós O, Farias M, Rondón S et al. La función respiratoria y su repercusión a nivel del sistema estomatognático. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria: 1-13. URL disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/funcion_respiratoria_sistema_estomatognatico.asp.

- 16.** Vellini Ferreira F. Hábitos Bucales en Ortodoncia. En: Milton Hecht. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. 2º edición. Sao Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 253-279.
- 17.** Alves Cardoso RJ. Hábitos y sus influencias en la oclusión. En: Hetcht M, Virginia S. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pulo-Brasil: Artes Médicas; 2002.p. 69-79.
- 18.** Proffit W R. Etiología de los problemas Ortodónticos. En: Tello Rodriguez AI. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2008.P.150-160.
- 19.** Boj.J.R. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. En: Catalá M. Odontopediatría. Primera Edición. Barcelona: MASSON, S.A; 2004.p.379-409.
- 20.** Canut Brusola J.A. Etiopatogenia: Factores locales. En: Bravo Gonzales L.A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Segunda edición. Barcelona: Travessera de Gracia; 2000 .p. 221-242.

ANEXOS

Matriz de Consistencia

TITULO: " INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, FE Y ALEGRÍA N° 30, CHINCHA , EN EL PERIODO DE JUNIO - AGOSTO DEL 2015".

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	TECNICA E INSTRUMENTO
<p style="text-align: center;">GENERAL</p> <p>PE:</p> <p>¿Existe Influencia de los hábitos orales parafuncionales en las maloclusiones dentarias en los adolescentes de la Institución Educativa, Fe y Alegría N° 30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015?</p>	<p style="text-align: center;">GENERAL</p> <p>OE:</p> <p>Establecer la influencia de los hábitos orales parafuncionales en las maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.</p>	<p style="text-align: center;">GENERAL</p> <p>HG:</p> <p>Existe una correlación directa entre hábitos orales parafuncionales y maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.</p>	<p>Hábitos Orales Parafuncionales</p>	<p>Cuestionario</p>

<p>ESPECIFICOS</p> <p>PE 01:</p> <p>¿Cuáles son los hábitos orales parafuncionales en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015?</p> <p>PE 02:</p> <p>¿Cuáles son las maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015?</p>	<p>ESPECIFICOS</p> <p>OE 01:</p> <p>Determinar los hábitos orales parafuncionales en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.</p> <p>OE 02:</p> <p>Identificar las maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.</p>	<p>ESPECIFICOS</p> <p>HE 01:</p> <p>La prevalencia de hábitos orales parafuncionales es mayor en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.</p> <p>HE 02:</p> <p>La frecuencia de maloclusiones dentarias es mayor en adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa Fe y Alegría N°30, Chincha, en el periodo de Junio - Agosto del 2015.</p>	<p>Maloclusiones dentarias</p>	<p>Cuestionario</p>
--	---	---	--------------------------------	---------------------



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TÍTULO: " INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, FE Y ALEGRÍA N° 30, CHINCHA , EN EL PERIODO DE JUNIO - AGOSTO DEL 2015".

FICHA CLÍNICA

N° DE FICHA

Grado:

Sección:

Fecha:

Nombre del alumno:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo: F M

- 1) ¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé? SI__ NO__
- 2) ¿Actualmente se sigue chupando el dedo? SI__ NO__
- 3) ¿Qué dedo se chupa?
Pulgar__ Índice__ Medio__ Anular__ Meñique__ Varios dedos__
- 4) ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día o durante la noche? _____
- 5) ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo? SI__ NO__
- 6) ¿Su hijo respira por la boca? SI__ NO__
- 7) ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo? SI__ NO__
- 8) ¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches? SI__ NO__
- 9) ¿Se resfría constantemente? SI__ NO__
- 10) ¿Tiene rinitis alérgica? SI__ NO__
- 11) ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado? SI__ NO__
- 12) ¿Tiene asma? SI__ NO__
- 13) ¿Le han diagnosticado amígdalas grandes? SI__ NO__
- 14) ¿Su hijo aprieta o frota los dientes? SI__ NO__
- 15) ¿Lo hace durante el día o la noche? SI__ NO__
- 16) ¿Se queja de dolor al despertar? SI__ NO__
- 17) ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior? _____
- 18) ¿Lo hace de día o de noche? _____
- 19) ¿En qué momento lo hace? _____
- 20) ¿Su hijo se muerde las uñas? SI__ NO__
- 21) ¿Lo hace siempre o a veces? _____
- 22) ¿Su hijo muerde algún objeto? SI__ NO__ ¿Cuál? _____

	MOLAR DER.	CANINO DER.	MOLAR IZQ.	CONINO IZQ.
CLASE I				
CLASE II				
DIV 1				
DIV 2				
CLASE III				

Sobremordida horizontal: Normal__ Borde a borde__ Cruzada__ Excesiva__
mm__

Sobremordida vertical: Normal__ Abierta__ Moderadamente cerrada__
Severamente cerrada__ mm__

Mordida Abierta: Anterior__ mm Posterior__ mm Derecha__ Izquierda__

Mordida Cruzada: Anterior__ Posterior__ Unilateral__ Bilateral__

Mordida en Tijera: Posterior__ Unilateral__ Bilateral__

Espaciamiento: Anterior__ Posterior__

Apiñamiento: Ligero__ Moderado__ Severo__

Desviación Línea Media:

Superior: Der.__ mm Izq.__ mm Inferior: Der.__ mm Izq.__ mm

Biotipo Facial: Mesofacial__ Braquifacial__ Dolicofacial__

Labios: Competencia__ Incompetencia__ Evertido: S__ I__ Superior: Normal__

Corto__ Humectados__ Secos__ Inferior: Normal__ Corto__ humectados__

Secos__

Tono de la musculatura: Normal__ Hipotónica__ Hipertónica__

Forma del arco: Paladar: Oval__ Cuadrado__ Triangular: __

Paladar: __ Normal__ Profundo__ Muy profundo__ simétrico__ asimétrico__

Lengua: Normal__ Microglosia__ Macroglosia__ Interposición anterior__

Interposición lateral__ No presenta__

Amígdalas: Normal__ Inflamadas__

Salud General: Buena__ Regular__ Mala__

Tejido gingival: Normal__ Gingivitis__ Hipertrofiado__

Dedo: Normal__ Arrugado__ Enrojecido__ Callo__ Deformado__

Uñas: Normales__ Cortas__ Muy cortas__

Facetas de desgaste: SI__ NO __ Pzas._____



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI
N°..... manifiesta que al firmar este documento doy mi
consentimiento que acepto que mi menor
hijo(a)..... Participe en la investigación
de la bachiller **Estefany Del Carmen Laurente Benavides**, para que proceda a la
ejecución de su investigación, titulada: : “ **INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS
PARAFUNCIONALES EN LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN
ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, FE Y
ALEGRÍA N° 30, CHINCHA , EN EL PERIODO DE JUNIO - AGOSTO DEL
2015**”.

Habiendo ser informado sobre los objetivos de la investigación y que ninguno de
los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo la salud y
bienestar del menor, además de haberme aclarado que no hare ningún gasto, ni
recibiré una contribución económica por mi participación, es que firmo el
documento como prueba de mi aceptación

.....

Firma