



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

**TESIS**

**HÁBITOS BUCALES NOCIVOS Y MALOCLUSIÓN DENTARIA EN  
ESCOLARES.**

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

**PRESENTADO POR:**

**Bach. BALOISA MICAELA HARO BARRIOS**

**ASESORA:**

**Mg.CD. TAMMY MARGARITA HONORES SOLANO**

**TRUJILLO – ENERO**

**2019**

# HOJA DE APROBACIÓN

Haro Barrios Balloisa Micaela

## HÁBITOS BUCALES NOCIVOS Y MALOCLUSIÓN EN ESCOLARES.

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

.....  
  
.....  
  
.....

Trujillo – Enero

2019

## **DEDICATORIA**

Se dedica este trabajo a Dios, por darme valentía para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi formación profesional, por estar conmigo en cada etapa de mi vida guiándome y fortaleciéndome, siendo mi consuelo.

A mis padres Royer y Toribia por haberme dado la vida y enseñado con mucho amor y dedicación el valor de la perseverancia, responsabilidad y de la honestidad.

A mis hermanos por estar presente en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a Dios, por darme la sabiduría e iluminar mi camino, por permitirme conocer personas maravillosas que me han brindado su apoyo en transcurso de mi carrera.

A mi asesora Dra. Tammy Honores Solano quien ha sido mi guía y mi apoyo durante la realización de mi tesis. Gracias a su ayuda que logro culminar con esta parte de mi formación universitaria.

A mis familiares y amigos quienes me apoyaron en el transcurso de mi formación académica.

Por último, a mis docentes, aquellos que marcaron una etapa importante en mi formación académica, compartiendo sus conocimientos, preparándonos para afrontar los retos que se presenten y resolverlos de forma adecuada y satisfactoria.

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar si existe asociación entre hábitos bucales nocivos con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa “Nuevo Fiscal”.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio simple a 202 escolares de 6 a 12 años de la Institución Educativa “Nuevo Fiscal”, ubicado en el distrito Laredo, Trujillo. Se pidió el consentimiento a los padres para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. Para la detección de los diferentes hábitos bucales nocivos en los escolares se aplicó una encuesta al padre de familia y luego se realizó la valoración clínica del niño. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS y se utilizó la prueba Chi cuadrado para el análisis estadístico.

**Resultados.** Se determina que no existe asociación altamente significativa ( $p$ -valor  $> 0.05$ ) entre la maloclusión y los hábitos bucales nocivos, Respecto a la tipología de maloclusiones; el 50.5 % presentaron clase I, el 27.2% clase II, el 11.4% clase III. Concluyéndose que no existe relación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dental en escolares del nivel secundario de la Institución educativa Nuevo Fiscal 2018.

## SUMMARY

Objective. To determine if there is an association between harmful oral habits and dental malocclusions in children from 6 to 12 years of age in the Educational Institution "Nuevo Fiscal".

Materials and methods. Descriptive, prospective, cross-sectional and clinical study. A simple random sample was selected to 202 schoolchildren from 6 to 12 years old from the Educational Institution "Nuevo Fiscal", located in the Laredo district, Trujillo. Parental consent was requested to allow their children to be included in the study, considering the ethical and legal aspects of the investigation. For the detection of different harmful oral habits in schoolchildren, a survey was applied to the father of the family and then the clinical assessment of the child was made. The data were processed in the SPSS statistical program and the Chi square test was used for the statistical analysis.

Results It is determined that there is no highly significant association ( $p\text{-value} > 0.05$ ) between malocclusion and harmful oral habits. Regarding the type of malocclusions; 50.5% presented class I, 27.2% class II, 11.4% class III. Concluding that there is no relationship between harmful oral habits and dental malocclusion in secondary school students of the New Fiscal Education Institution 2018.

# ÍNDICE GENERAL

HOJA DE APROBACIÓN .....	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN .....	5
SUMMARY .....	6
ÍNDICE GENERAL .....	7
ÍNDICE DE TABLAS .....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	10
INTRODUCCIÓN .....	11
<b>CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
1.1 Descripción de la Situación Problemática .....	13
1.2 Formulación del Problema .....	14
1.3 Objetivos de la Investigación.....	14
1.3.1 Objetivo General .....	14
1.3.2 Objetivos Específicos.....	14
1.4 Justificación de la Investigación .....	15
1.4.1 Importancia de la Investigación.....	15
1.4.2 Viabilidad de la Investigación .....	15
1.5 Limitaciones del estudio:.....	15
<b>CAPITULO II. MARCO TEORICO .....</b>	<b>16</b>
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	16
2.1.1 Antecedentes Internacionales .....	16
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	18
2.2 Bases Teóricas: .....	20
2.2.1 Hábitos Bucales .....	20
2.2.2 Tipos de Hábitos bucales.....	20
2.2.2.1 Fisiológicos o funcionales.....	20
2.2.2.2 No Fisiológicos o Perjudiciales:.....	20
2.2.3 Clasificación de Hábitos bucales no Fisiológicos .....	21
2.2.3.1 Deglución Atípica: .....	21
2.2.3.2 Succión Digital .....	23

2.2.3.3 Respiración Bucal.....	24
2.2.4 Maloclusión Dental:.....	26
2.2.4.1 Etiología: <sup>31</sup> .....	27
2.2.4.2 Clasificación según Angle: .....	27
2.5 Definición de Términos .....	30
<b>CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....</b>	<b>32</b>
3.1 Formulación de Hipótesis.....	32
3.2 Variables .....	32
3.2.1 Co variables: .....	32
3.3 Operacionalización de variables .....	33
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA .....</b>	<b>36</b>
4.1 Diseño Metodológico.....	36
4.2 Diseño Muestral .....	36
4.2.1 Población y Muestra.....	36
4.2.1.1 Área de Estudio.....	36
4.2.1.2 Definición de la Población Muestral .....	36
4.2.1.3 Criterios de Inclusión.....	36
4.2.1.4 Criterios de exclusión .....	36
4.2.1.5 Criterios de Eliminación.....	37
4.2.2 Tamaño Muestral .....	37
4.2.3 Método de Selección.....	38
4.3 Técnicas de recolección de datos .....	38
4.3.1 Métodos de investigación.....	38
4.3.2 Técnica de Recolección de Datos.....	38
4.4 Técnicas Estadísticas para el procesamiento de la información .....	41
4.5 Criterios éticos .....	41
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>42</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>54</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares .....	42
Tabla N° 02: Asociación entre hábitos bucales nocivos y tipo de maloclusión dentaria en escolares .....	44
Tabla N° 03: Maloclusiones en escolares según clasificación de Angle .....	46
Tabla N° 04: Prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según sexo.....	.47
Tabla N° 05: Prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según edad .....	.49

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N° 01: Asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares .....	43
Grafico N° 02: Asociación entre hábitos bucales nocivos y tipo de maloclusión dentaria en escolares .....	45
Grafico N° 03: Maloclusiones en escolares según clasificación de Angle .....	46
Grafico N° 04: Prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según sexo.....	48
Grafico N° 05: Prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según edad .....	50

## INTRODUCCIÓN

La maloclusión es la desviación de los dientes de su oclusión ideal y el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial. En la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose unos sobre otros. <sup>1,2</sup>

Sin embargo, se pueden definir dos componentes principales en su etiología, que son la predisposición genética y los factores exógenos o ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial. <sup>1,2</sup>

Dentro de los factores de riesgo ambientales se encuentra la presencia de hábitos bucales nocivos, mismos que pueden influir en el desarrollo de una maloclusión dependiendo de su frecuencia, duración e intensidad durante el crecimiento y desarrollo, lo que crea cambios específicos en la oclusión y en los tejidos óseos y faciales. <sup>3</sup>

Los hábitos orales son definidos como patrones aprendidos de contracción muscular, que con la práctica se convierten inconscientes y frecuentemente se incorporan a la personalidad. Se incluyen los hábitos de succión (de pulgar, succión de chupete o biberón), onicofagia, deglución atípica, respirador bucal, entre otros. Los hábitos orales pueden interferir en las funciones del sistema estomatognático y por lo general están relacionados como un factor etiológico de las maloclusiones. <sup>3</sup>

Es así que el presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar la asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares.

# CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Descripción de la Situación Problemática

En la actualidad, las maloclusiones son un problema con el que los odontólogos se enfrentan diariamente en la práctica clínica, causante de alteraciones funcionales, estéticas y psicológicas, siendo reconocida por la OMS como un problema de salud pública a nivel mundial, afectando a países industrializados y con mayor frecuencia a países en desarrollo; ocupando el tercer lugar, después de las caries y enfermedad periodontal, por su prevalencia e incidencia en la población. <sup>1</sup>

En el Perú, tienen una prevalencia del 70%, según los últimos estudios epidemiológicos, en regiones de la costa, sierra y selva con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente, lo que ha ido cambiando con el paso del tiempo<sup>2</sup>.

Son considerados como factor causal, debido a que generan problemas periodontales como gingivitis y periodontitis, caries y trastornos temporomandibulares a nivel de la articulación, dolores musculares, rechinar de dientes debido a contactos prematuros e interferencias oclusales <sup>3</sup>.

Su origen se asocia a múltiples factores de riesgo como hereditarios, genéticos, estructurales, etc. Dentro de ellos, se encuentran los hábitos bucales nocivos, que pueden perturbar el desarrollo adecuado del sistema estomatognático ocasionando un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales, lo que crea cambios específicos en la oclusión,

tejidos óseo y facial. Todo ello depende de su frecuencia, duración e intensidad durante el crecimiento y desarrollo <sup>4</sup>.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Existe asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar si existe asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- a) Determinar la asociación entre hábitos bucales nocivos y tipo de maloclusión
- b) Determinar las maloclusiones en escolares según clasificación de Angle.
- c) Identificar la prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según sexo.
- d) Identificar la prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según edad.

## **1.4 Justificación de la Investigación**

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

Siendo la maloclusión según la OMS uno de los principales problemas de salud bucal que aquejan al mundo, es de gran importancia determinar los factores asociados a este problema.

Asimismo, algunos autores indican que los hábitos bucales nocivos es una de las posibles causas de maloclusión, sin embargo, no precisan el tipo de asociación entre ambas.

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

Para la investigación, si cuenta con recursos humanos, materiales y tiempo suficiente para su elaboración.

## **1.5 Limitaciones del estudio:**

Una de las limitaciones principales durante el proceso del trabajo es la disponibilidad de tiempo de los padres de familia consideradas en este estudio para atender las necesidades del investigador.

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO**

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

#### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

Arias, A. et al (2017)<sup>5</sup> realizaron una investigación con el objetivo de comparar la frecuencia de hábitos orales y su relación con maloclusión en niños de 4 a 12 años de edad en San Luis Potosí – México y Medellín – Colombia. Con una muestra constituida por 299 niños comprendidos en esas edades por ciudad, siendo un total de 598 niños. Obteniéndose que, en San Luis Potosí, el hábito oral de mayor frecuencia fue introducción de objetos a la boca con el 60.7%, seguido de onicofagia con el 49% y finalmente succión labial con el 46.7%; se reportó que la mayoría de niños con hábitos orales tenían relación molar clase I, excepto en la deglución atípica quienes presentaron una relación molar clase III (47,4%) dando una diferencia estadísticamente significativa. Por otro lado, en Medellín, se obtuvo que el hábito de mayor frecuencia fue el uso de biberón con 85.7%, seguido de respiración bucal con 49.2% y finalmente la onicofagia con 44.6%; se reportó que la mayoría de niños con hábitos orales presentaron relación molar clase I, excepto en el hábito de biberón que presento relación clase III, dicha diferencia no fue estadísticamente significativa. También se halló una relación directa entre la presencia de mordida cruzada posterior y la succión digital en San Luis Potosí. Se concluyó que la deglución atípica y la mordida abierta están directamente relacionadas, manifestando un posible factor causal de maloclusión.



Mendoza et al. (2014)<sup>6</sup>. determinaron la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población infantil de ambos sexos entre 2 a 15 años que requirieron atención dental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. La muestra estuvo constituida por 147 niños y sus padres. Se obtuvo como resultados que la prevalencia de hábitos nocivos con 96.6%, el mayor número de casos se registró entre las edades de 4,6 y 11 años en etapas de dentición mixta. Dentro de los hábitos más prevalentes se describió la interposición lingual con 66.2%, succión labial con 49.3%, onicofagia con 41.9% y finalmente la respiración bucal con 31.8%. En referencia a las maloclusiones, la mordida abierta se presentó en el 35.1%; apiñamiento anteroinferior en el 26.4%; apiñamiento anterosuperior el 19.6%, y mordida cruzada posterior el 12.8%. Se encontró asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta, respiración bucal con mordida cruzada posterior. y la clase II de Angle. Concluyeron que la población infantil presenta mayor susceptibilidad a desarrollar maloclusiones durante el crecimiento, por lo que se deben tomar medidas preventivas durante esta etapa.

Zamora O et al. (2013)<sup>7</sup> Establecieron las maloclusiones dentales y hábitos orales más concurridas en pacientes infantiles de una escuela pública, en niños entre los 6 y 7 años. Se obtuvo que la Clase I de la clasificación de Angle fue la más prevalente con un 49%, seguida por la Clase II con un 33.9% y por último la Clase III con 16.9%. Se vio reflejado que las maloclusiones se presentan más en el género masculino con un 62.2% y en el femenino con un 37.7%. Concerniente a los hábitos orales, el más

prevalente es la succión digital con un 39.6%, seguida del IRN con un 24.5% y la deglución atípica con 24.5%, repartiendo el porcentaje restante en otros tipos de hábitos con un 11.3%. Además, se observó que el índice de higiene bucal e dichos pacientes es muy bajo. Concluyeron que las maloclusiones son más prevalentes en niños que niñas.

Catarí et al. (2013)<sup>8</sup>. Determinaron los hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños con dentición mixta que acuden a la consulta de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el periodo 2012-2013. Se obtuvo que el total de pacientes sanos fue de 29, los pacientes con maloclusión dieron un valor de 81; el hábito bucal de mayor frecuencia fue la onicofagia con 40 pacientes, con respecto a las maloclusiones se analizó mayor frecuencia en los pacientes con apiñamiento dentario 22 pacientes, clase II subdivisión 2 con 21 pacientes, mordida abierta con 14 pacientes, finalmente, los pacientes que exhibieron ambas variables de hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión fue de 51. Concluyeron que se encontró evidencia significativa con respecto a la influencia de los hábitos bucales no fisiológicos sobre la maloclusión, es por esto que, es necesaria la identificación oportuna de estos hábitos.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Zapata et al. (2014)<sup>9</sup> Realizaron un estudio, con la finalidad de determinar la relación entre hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la IE. “Los Educadores” el distrito de San Luis, Lima. Se obtuvo como resultados que el hábito pernicioso más frecuente fue la onicofagia con 25,3 %. Por otro lado, la maloclusión más frecuente fue la

clase I con 71,4%, seguida de la clase II división 1 con 20,1%, luego la clase III con 7,8% y por último la clase II división 2 con 0,6%. Concluyeron que no se encontró relación entre hábito pernicioso y sexo, sin embargo, sí se encontró relación entre la mal oclusión, mordida abierta anterior y los hábitos, deglución atípica y succión digital.

Paiva, B. (2016)<sup>14</sup> determinaron la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica Uladech Católica - provincia de Trujillo. Para la recolección de datos se realizó la tomografía de impresiones y la obtención de modelos de yeso de 66 niños con dentición mixta. Se obtuvo como resultados que el hábito bucal pernicioso más frecuente fue la respiración bucal con 47.0%, seguido de la onicofagia con 24.2% y la succión digital con 19.7%. Las maloclusiones más frecuentes son la clase I con 65.1% seguido de la clase II con 25% y finalmente con 9.1% la clase III. Finalmente, las maloclusiones clase I, II y III no se alteran significativamente en relación con alguno de los hábitos bucales perniciosos ni en hombres ni en mujeres. Concluyeron que no existe relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones según sexo, en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech católica - provincia de Trujillo, región La Libertad.

## **2.2 Bases Teóricas:**

### **2.2.1 Hábitos Bucales**

Los hábitos orales son definidos como patrones aprendidos de contracción muscular, que con la práctica se convierten inconscientes y frecuentemente se incorporan a la personalidad

Principales causantes de las alteraciones que aquejan a las estructuras del sistema estomatognático comprometiendo a varios procesos significativos del ser humano en distintos niveles como: la respiración, masticación, succión, deglución, articulación y fonación. Pueden exteriorizarse en niños, adolescentes y en los adultos, dependiendo de la edad en la que se desarrolle, el tiempo y la frecuencia; pueden producir un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas lo que trae como consecuencia alteraciones dentales, musculares, óseas y maxilo-faciales.<sup>10</sup>

### **2.2.2 Tipos de Hábitos bucales**

#### **2.2.2.1 Fisiológicos o funcionales**

Se caracterizan porque nacen con el individuo, surgen por la existencia de estímulos cuya práctica es realizada correctamente, beneficiando al desarrollo. Entre ellos tenemos: Mecanismo de succión, la respiración nasal, el habla, la masticación y la deglución<sup>11,12</sup>

#### **2.2.2.2 No Fisiológicos o Perjudiciales:**

Se obtienen por prácticas repetitivas de un acto que no es funcional ni necesario, ejerciéndose fuerzas perjudiciales contra los arcos dentarios. Son considerados como causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilares.<sup>12, 13</sup>

Pueden presentarse automáticamente como reacción ante el estrés, cansancio, aburrimiento, etc., así también puede aparecer en los niños por falta de atención de los padres, problemas familiares o como parte del desarrollo psicomotor del niño.<sup>14, 15</sup>

### **2.2.3 Clasificación de Hábitos bucales no Fisiológicos**

#### **2.2.3.1 Deglución Atípica:**

El período de dentición mixta es una etapa del desarrollo donde se originan diversas alteraciones en el sistema estomatognático. Los estudios han señalado que en esta etapa debe ocurrir una evolución del patrón de deglución de un bebé hacia uno de adulto; sin embargo, debido a varias razones aún no explicadas, la deglución infantil puede persistir más allá de la sustitución de los dientes de leche, siendo clasificada deglución atípica.<sup>16</sup>

La proyección de la lengua hacia la cara palatina de los dientes anterosuperiores impide que se genere el espacio necesario para que los alimentos pasen hacia la faringe, ya que no existe sellado anterior.<sup>17</sup> Como el labio superior no interactúa en la deglución, se vuelve cada vez más hipotónico y consigue una característica de labio corto; por otro lado, el labio inferior se vuelve más hipertónico por su mayor interacción, favoreciendo a la extrusión dentaria, el aumento del resalte anterior y la sobremordida. Este mal hábito puede traer problemas fonéticos, en la pronunciación de: d, t, l, n, r. <sup>17</sup>

**a) Tipos de Deglución Atípica:**

**Deglución con Presión Atípica de Lengua:**

Caracterizada por la interposición de la lengua entre los incisivos, a veces entre premolares y molares. También, se observa supresión de los labios y las comisuras, lo que ocasiona un estrechamiento del arco a la altura del músculo mentoniano y de los caninos. Los músculos elevadores de la mandíbula no manifiestan ninguna contracción. Puede ser de dos tipos: con empuje lingual simple o con empuje lingual complejo.

**Deglución con contracción comisural:**

Se caracteriza por la contracción de los risorios, originando la producción de hoyuelos cerca de las comisuras de la boca. Se puede observar, una endognatia (maxilar hacia adentro) de los maxilares a nivel de los caninos, añadiendo la endognatia total como resultado de la ausencia de la lengua en el paladar al momento de deglutir, no estimulándolo correctamente.<sup>18</sup>

**b) Etiología:**

Uno de los factores más importantes que trae como consecuencia directa a este hábito no fisiológico, es el uso constante del biberón, además se adiciona una alimentación blanda en una edad no adecuada, por lo que exige poca acción de la musculatura perioral, y nos lleva a una deglución infantil teniendo como consecuencia la inmadurez del aparato estomatognático.<sup>19</sup>

**c) Características clínicas:**

- i. Mordida abierta anterior y/o posterior
- ii. Incompetencia Labial
- iii. Protrusión de incisivos superiores
- iv. Labio superior hipotónico e inferior hipertónico
- v. Hiperactividad de los músculos de la masticación
- vi. Tendencia a la respiración bucal
- vii. Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar
- viii. Problemas fonéticos

**2.2.3.2 Succión Digital**

Hábito oral más frecuente, capaz de ocasionar grandes anomalías dentomaxilofaciales, alteraciones en la función masticatoria, en la psiquis y en el estado de salud general. Consiste en la introducción de uno o más dedos dentro de la cavidad oral (comúnmente el dedo pulgar) apoyando el pulpejo del dedo sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara palatina de los incisivos superiores.<sup>20, 21</sup>

El 50% de los infantes lo presenta, por lo es considerado un hábito común en estas edades, aparece desde el primer año hasta los 4 años de edad o más. Es significativo el tiempo de duración de este hábito, si se logra eliminar antes de que el niño cumpla los 3 años los efectos serán mínimos y se podrán corregir, de lo contrario, repercutirá en la oclusión dental. La frecuencia con la que se practica predispone el resultado final, evidentemente, el efecto será mínimos en un niño que lo realice

esporádicamente en comparación con otro que mantenga el dedo en la boca de manera continua. <sup>19,22</sup>

**a. Etiología:**

Está relacionado con frustraciones psicológicas en la infancia, angustia o ansiedad por motivos familiares o académicas. Encuentra en la succión una necesidad psicoemocional de practicarla, una manera de escapar de sus temores.<sup>19</sup>

**b. Características Clínicas:** <sup>12,19</sup>

- i. Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- ii. Retroinclinación de los incisivos inferiores
- iii. Mordida abierta anterior
- iv. Prognatismo Alveolar Superior
- v. Estrechamiento de la arcada superior
- vi. Mordida cruzada posterior
- vii. Dimensión vertical aumentada.
- viii. Distalización mandibular con tendencia a clase II.

**2.2.3.3 Respiración Bucal**

Se caracteriza porque tanto la inspiración como expiración se produce en la cavidad oral, por donde ingresa el aire frío, seco y repleto de polvo, en la boca y la faringe, trayendo como consecuencia que se pierdan funciones de calentamiento, humidificación y filtrado del aire produciendo una extensión de la irritación de la mucosa faríngea. <sup>23</sup>



Además, el no ingreso de aire por la cavidad nasal desencadena que los senos maxilares se tornen atrésicos, a esto se le añade que el paladar se vuelva más profundo, lo que da como resultado que la persona tenga un biotipo facial característico de cara alargada. <sup>24</sup>

#### **a) Etiología**

Por Obstrucción: Presentan desviación del tabique nasal, cornetes agrandados, inflamación crónica y congestión de la mucosa faríngea, alergias e hipertrofia amigdalina.<sup>25</sup>

Por Hábito: Conservan esta forma de respiración por más que se les haya suprimido el obstáculo que los exigía a hacerlo, siendo considerados respiradores bucales funcionales. Encontramos: Succión digital, deglución atípica, interposición lingual, etc. <sup>26</sup>

Por Anatomía: Aquellos donde el labio superior corto no les posibilita un cierre bilabial completo.<sup>26</sup>

#### **b) Características Clínicas: <sup>27</sup>**

- i. Mordida cruzada posterior, moderada mordida abierta anterior.
- ii. Labio superior hipotónico y corto, labio inferior hipertónico
- iii. Paladar alto u ojival
- iv. Retrognatismo del maxilar inferior
- v. Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- vi. Vestibuloversión de incisivos superiores
- vii. Gingivitis crónica.
- viii. Incompetencia Labial.
- ix. Incisivos inferiores lingualizados y apiñados

- x. Perfil convexo.
- xi. Aumento del tercio facial anterior

#### **2.2.4 Maloclusión Dental:**

La oclusión hace alusión a las relaciones entre sí de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, ya sea al momento de abrir y cerrar la boca (oclusión estática) como también en movimientos de lateralidad y protrusión. (Oclusión dinámica), sin embargo, existen alteraciones que afectan al desarrollo óseo de los maxilares desencadenando problemas estéticos y funcionales.<sup>28,29</sup>

En 1899, Angle, publica un artículo donde expone clasificar las maloclusiones basándose en las relaciones mesiodistales de los dientes de ambas arcadas especialmente en las relaciones que guardan entre si los primeros molares permanentes en un plano sagital o anteroposterior, utilizando como punto de referencia la cúspide mesiovestibular del 1er molar superior y el surco mesiovestibular del molar inferior.<sup>30,31</sup> Dividiéndolas en tres categorías básicas (I,II,III), que se diferencian de la oclusión normal.

Gracias a su simplicidad y a que sobresalió entre tantas propuestas por obtener una clasificación coherente, es usada en la actualidad y conocida mundialmente.<sup>30</sup>

#### **2.2.4.1 Etiología:** <sup>31</sup>

##### **a) Factores Generales:**

- i. Defectos congénitos
- ii. Medio Ambiente
- iii. Trauma y accidentes
- iv. Problemas nutricionales
- v. Hábitos orales nocivos

##### **b) Factores Locales:**

- i. Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas.
- ii. Anomalías en el tamaño, forma de los dientes
- iii. Pérdida prematura de dientes
- iv. Retención prolongada de dientes
- v. Erupción tardía de los dientes
- vi. Anquilosis
- vii. Caries dental
- viii. Restauraciones dentales inadecuadas

#### **2.2.4.2 Clasificación según Angle:**

##### **a) Maloclusión clase I:**

Determinada por la proporción anteroposterior normal de los primeros molares permanentes, es decir, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. La situación de esta clase de maloclusión radica en malposiciones

individuales de los dientes, relaciones verticales, transversales anómalas o desviación sagital de los incisivos. <sup>32,33</sup> Los casos pertenecientes a esta maloclusión exceden en número a los de todas las demás clases combinadas, que van desde la simple superposición de un único incisivo hasta el más complejo, que implica la posición de todos los dientes de ambos arcos.<sup>34</sup>

**b) Maloclusión clase II:**

Caracterizada por la relación distoclusal de los primeros molares permanentes, es decir, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente se relaciona por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior (entre la 1era y 2da premolar) lo que va a ocasionar que el maxilar inferior adopte una posición distal respecto al maxilar superior. <sup>29,35</sup>

La maloclusión clase II presenta 2 subdivisiones, las diferencias entre ellas se manifiestan sobre todo en el sector anterosuperior. <sup>35</sup>

**c) Maloclusión clase II, División 1:**

A la relación distal de las molares inferiores con respecto a los superiores se les añade ciertas características: <sup>35</sup>

- I. Biotipo facial dólico o mesofacial, perfil anteroposterior convexo aumentado, musculatura anormal.
- II. Presentan hábito de respiración bucal
- III. El arco superior estrecho y en forma de V.

- IV. Los incisivos superiores generalmente inclinados hacia vestibular, labio hipotónico y corto. (Incompetencia labial).
- V. Los incisivos inferiores están extruidos, labio hipertónico el cual se apoya entre los incisivos inferiores y lo superiores aumentando aún más la proinclinación de estos.
- VI. Curva de spee acentuada, plano vertical mandibular aumentado.
- VII. Overjet más de 3mm y overbite más de 40.

Además de la relación distal de los molares inferiores, la mandíbula también se encuentra en esta posición con respecto al maxilar superior, en este caso la mandíbula es más pequeña de lo habitual. <sup>35</sup>

**d) Maloclusión clase II, División 2:**

A la relación distal de las molares inferiores con respecto a los superiores se le añade ciertas características: <sup>35,36</sup>

- i. Biotipo facial meso o braquifacial, perfil anteroposterior con ligera convexidad, musculatura fuerte.
- ii. Los incisivos superiores con inclinación hacia palatino (retruidos) lo cual da como resultado el aumento de la sobremordida vertical, además la extrusión en los incisivos inferiores es menor.
- iii. Labios competentes, en posición normal o ligeramente retruidos.
- iv. Overjet 0 mm y overbite más de 40 %.

**e) Maloclusión Clase III:**

Caracterizada por una relación mesioclusal, es decir, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco mesiovestibular del molar inferior.<sup>37</sup>

En este caso la mandíbula esta hacia mesial con relación a la maxila, la correlación de los incisivos de ambas arcadas no es la adecuada presentando apiñamiento sobre todo en el maxilar superior. La musculatura es anormal, pudiéndose presentar hipoplasia del maxilar superior, hiperplasia en el inferior o como también una combinación de las dos.<sup>29, 37</sup>

Se identifica por las siguientes características:

- i. Biotipo facial braquifacial o dolicofacial,
- ii. Perfil anteroposterior cóncavo, mentón prominente
- iii. Incisivos superiores con inclinación lingual.
- iv. Apiñamientos dos incisivos superiores e inferiores en algunos casos.
- v. Mordida cruzada total anterior, overjet negativo.

## **2.5 Definición de Términos**

**Hábito:** Costumbre o habilidad conseguida por la reproducción frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente.<sup>38</sup>

**Maloclusión:** Desviación de un diente o un grupo de dientes fuera de su posición ideal, además de una alteración del desarrollo óseo de los maxilares, afectando así la relación oclusal entre dientes antagonistas.<sup>29</sup>

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Formulación de Hipótesis**

Existe asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión en escolares.

### **3.2 Variables**

- a) Hábitos Bucles Nocivos
- b) Maloclusiones

#### **3.2.1 Co variables:**

- a) Edad
- b) Sexo



### 3.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
<b>INDEPENDIENTE HÁBITOS BUCALES</b>	<p>Practica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto. <sup>29</sup></p> <p>Interposición de la lengua entre las arcadas dentarias<sup>16</sup></p> <p>Succión de uno o más dedos, caracterizado a nivel extraoral por presentar el dedo aplanado y limpio<sup>19</sup></p> <p>Predominio de un patrón de respiración bucal, sobre el nasal<sup>24</sup></p>	<p>Respuesta del cuestionario, el padre del niño responde si mayor a 3 de las preguntas del 1-5</p> <p>Respuesta del cuestionario, el padre de niño responde si mayor a 3 de la pregunta 6-9</p> <p>La respuesta del cuestionario, el padre del niño responde si, mayor a 3 de la pregunta 10-13</p>	<p>Succión Digital</p> <p>Respiración Bucal</p> <p>Deglución Atípica</p>	<p>Presencia y no presencia de:</p> <p>Deglución atípica</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>Succión digital</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>Respiración Bucal</p> <p>Si ( ) No ( )</p>	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cuestionario

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Maloclusiones	Desviamiento de un diente o un grupo de dientes fuera de su posición ideal. <sup>29</sup>	<p>La cúspide mesiobucal de la 1er molar superior, recae en el surco vestibular del 1er molar inferior</p> <p>La cúspide mesiobucal del 1er molar recae por delante del surco mesiobucal del 1er molar inferior.</p> <p>Div1. Mismas características de clase II, con dientes anterosuperiores vestibularizados</p> <p>Div2. Mismas características clase II, con dientes centrales hacia palatino y laterales vestibularizados.</p> <p>La cúspide mesiobucal del 1er molar recae por detrás del surco mesiobucal del 1er molar inferior.</p>	Maloclusión	<p>Clasificación según Angle.</p> <p>- Ausencia</p> <p>Normo oclusión</p> <p>-Presencia</p> <p>Clase I</p> <p>Clase II</p> <p>Clase II División I</p> <p>Clase II División II</p> <p>Clase III</p>	Cualitativa	Nominal	Observación

<b>CO VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
<b>Edad</b>	Tiempo acontecido desde el nacimiento <sup>39</sup>	Los años consignado de acuerdo al DNI.	6-8 años 8-10 años 10-12 años	Cualitativa	Ordinal
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras <sup>39</sup>	Consignado al DNI	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal

## **CAPITULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño Metodológico**

- a) Cualitativo – Descriptivo-Correlacional
- b) Según el espacio en que se capta la información: Prospectivo
- c) Según la interferencia del investigador en el estudio: Observacional
- d) Según la evolución del fenómeno estudiado: Trasversal

### **4.2 Diseño Muestral**

#### **4.2.1 Población y Muestra**

##### **4.2.1.1 Área de Estudio**

El estudio de investigación se llevará a cabo en el Centro Educativo Nuevo Fiscal.

##### **4.2.1.2 Definición de la Población Muestral**

La población muestral estuvo constituida por los padres y niños de 6 a 12 años del centro educativo Nuevo Fiscal, Distrito de Laredo, matriculados en el año escolar 2018.

##### **4.2.1.3 Criterios de Inclusión**

- a) Niño con primeros molares permanentes con erupción funcional.
- b) Padre del niño del centro educativo Nuevo Fiscal que firme el consentimiento informado.

##### **4.2.1.4 Criterios de exclusión**

- a) Padre que no aceptó que su niño participe en la investigación.
- b) Niño con primeros molares permanentes erupción incompleta.

c) Niño que presente tratamiento de ortodoncia u ortopedia.

#### 4.2.1.5 Criterios de Eliminación

a) Niño no colaborador en el examen bucal.

#### 4.2.2 Tamaño Muestral

La delimitación del tamaño muestral se realizó empleando la fórmula para estudios descriptivos cuando la población es conocida y la variable principal del estudio es cuantitativa.

Fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Datos intervinientes:

Marco muestral	N =	335
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Valor tipificado de Z al 2.5% de error tipo I	$Z (1 - \alpha/2) =$	1.960
Porcentaje prevalencia de hábitos	$p =$	0.500
Complemento de p	$q =$	0.500
Precisión	$d =$	0.050

Tamaño de la muestra calculada n = 179.196

Tamaño de la muestra n = 180

La muestra estará constituida por 180 niños entre los 6 a 12 años de edad y sus padres, del centro educativo Nuevo Fiscal 2018.

#### **4.2.3 Método de Selección**

Los escolares serán seleccionados de cada salón mediante muestreo probabilístico aleatorio simple.

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

#### **4.3.1 Métodos de investigación**

Observación y cuestionario

#### **4.3.2 Técnica de Recolección de Datos**

- a) El primer paso para la elaboración del estudio de investigación se obtuvo la autorización para su ejecución, después de la aprobación del proyecto por el comité de investigación de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
- b) Se presentó una solicitud de permiso al director de la institución educativa para ejecutar el estudio, con la finalidad de obtener la autorización para el ingreso al establecimiento educativo en fechas programadas (Anexo1).

c) Se envió un consentimiento informado (Anexo 2) a cada padre de familia o tutor, el cual debe ser llenado y firmado en caso apruebe o desapruebe el estudio con su menor hijo.

d) Determinación de los hábitos orales.

Se utilizó un cuestionario (Anexo 3) con los ítems especificados para evaluar la frecuencia de hábitos orales nocivos.

Se entregó los cuestionarios a los padres de familia de los niños seleccionados en reuniones convocadas por sus docentes. Se explicó el objetivo del estudio, detallando el anonimato y la importancia de la sinceridad en sus respuestas.

El cuestionario está conformado por 13 preguntas cerradas, cuyas respuestas son de utilidad para el investigador.

e) De la calibración del investigador:

Para evaluar la confiabilidad del método se efectuó estimaciones de la clasificación de maloclusiones según Angle, en niños entre 6 a 12 años de edad. Dicha estimación fue ejecutada por el investigador en dos momentos con la finalidad de realizar calibración intraevaluador; así mismo, los mismos niños serán evaluados por un especialista odontopediatra para realizar la calibración interevaluador. Para establecer la concordancia entre las observaciones se emplearon las pruebas estadísticas de coeficiente de correlación de concordancia y para las variables numéricas, el índice Kappa de Choen (Anexo 5).

f) De la Validación:

Para la validación del cuestionario, se sometió a juicio de expertos conformado por tres especialistas, cuya estimación y observaciones fueron respetadas para elaborar la prueba piloto. (Anexo 7)

g) Determinación de la maloclusión

Se evaluó clínicamente a los escolares seleccionados los días programados, previa firma del consentimiento informado (Anexo 2) y calibración del investigador. Para el llenado de la ficha recolección de datos elaborada por el investigador (Anexo 8), se consideró la clasificación de maloclusiones según Angle, basándose en las relaciones mesiodistales de los dientes de ambas arcadas especialmente en las relaciones de los primeros molares permanentes en un plano sagital o anteroposterior, así mismo se observó la posición de los incisivos y la relación de los caninos ya sea permanentes o deciduos.

Para realizar la observación de la norma oclusión en la relación mesiodistal de los dientes de ambas arcadas entre los primeros molares permanentes en una plano sagital o anteroposterior, así mismo se observó la posición de los incisivos y la relación de los caninos ya sea permanentes o deciduos que esté en su posición normal.



#### **4.4 Técnicas Estadísticas para el procesamiento de la información**

La información se reunió en una base de datos de Excel para luego ser analizada con el Software estadístico SPSS. Los resultados fueron demostrados en tablas y gráficos. Para determinar la existencia de relación entre los hábitos bucales nocivos y maloclusiones, se empleará la prueba Chi Cuadrado para asociación de variables.

Si  $p < 0.05$  habrá asociación entre las variables, confirmando la hipótesis descrita.

#### **4.5 Criterios éticos**

Para la realización de esta investigación, se siguió los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 64<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.<sup>40</sup>

## CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1 Análisis descriptivo.

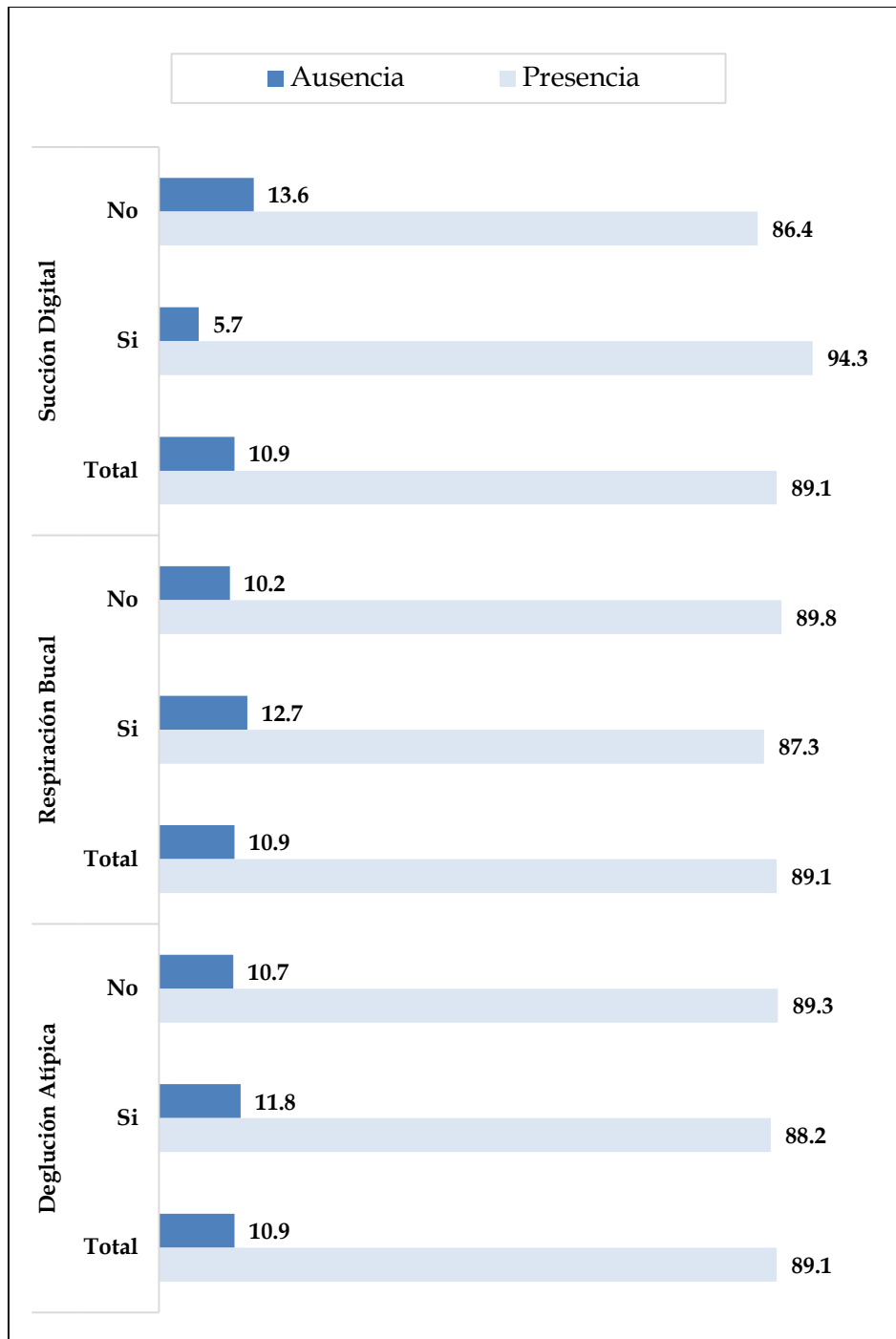
**Tabla N° 01:** Asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares.

Hábitos bucales	Categoría	n	Maloclusión n (%)		X <sup>2</sup>	CC	p*
			Ausencia	Presencia			
Succión Digital	No	132	18 (13.6)	114 (86.4)	2,958	0.120	0.085
	Si	70	4 (5.7)	66 (94.3)			
	Total	202	22 (10.9)	180 (89.1)			
Respiración Bucal	No	147	15 (10.2)	132 (89.8)	0.263	0.036	0.608
	Si	55	7 (12.7)	48 (87.3)			
	Total	202	22 (10.9)	180 (89.1)			
Deglución Atípica	No	168	18 (10.7)	150 (89.3)	0.032	0.013	0.858
	Si	34	4 (11.8)	30 (88.2)			
	Total	202	22 (10.9)	180 (89.1)			

FUENTE:ELABORACIÓN PROPIA

En la tabla 1, se presentan los valores Chi cuadrado (X<sup>2</sup>), los coeficientes de contingencia y su respectiva significancia en las pruebas (p\*). Se determina que no existe asociación altamente significativa (p-valor < 0.05) entre la maloclusión y los hábitos bucales nocivos.

**Gráfico N° 01:** Asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares.



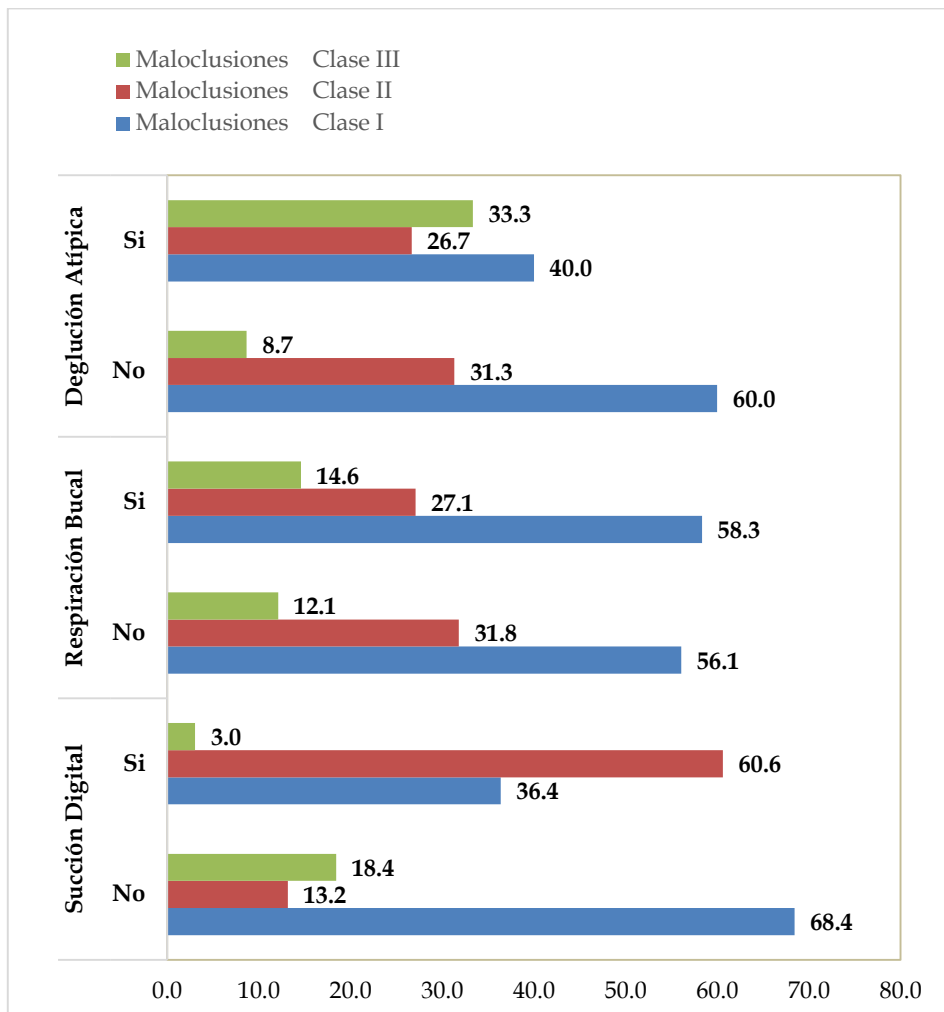
**Tabla N° 02:** Asociación entre hábitos bucales nocivos y tipo de maloclusión dentaria en escolares.

Hábitos bucales	Categoría	n	Maloclusiones n (%)			X <sup>2</sup>	CC	p*
			Clase I	Clase II	Clase III			
Succión Digital	No	114	78 (68.4)	15 (13.2)	21 (18.4)	46,128	0.452	<b>&lt;0.001</b>
	Si	66	24 (36.4)	40 (60.6)	2 (3.0)			
	Total	180	102 (56.7)	55 (30.6)	23 (12.8)			
Respiración Bucal	No	132	74 (56.1)	42 (31.8)	16 (12.1)	0.457	0.050	0.796
	Si	48	28 (58.3)	13 (27.1)	7 (14.6)			
	Total	180	102 (56.7)	55 (30.6)	23 (12.8)			
Deglución Atípica	No	150	90 (60.0)	47 (31.3)	13 (8.7)	13,847	0.267	<b>0.001</b>
	Si	30	12 (40.0)	8 (26.7)	10 (33.3)			
	Total	180	102 (56.7)	55 (30.6)	23 (12.8)			

\*FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la tabla 2, se presentan los valores Chi cuadrado (X<sup>2</sup>), los coeficientes de contingencia y su respectiva significancia en las pruebas (p\*). Se determina que existe asociación altamente significativa (p-valor < 0.05) entre la maloclusión clase II y III los hábitos bucales nocivos “Succión digital” y “Deglución atípica”.

**Gráfico N° 02:** Asociación entre hábitos bucales nocivos y tipo de maloclusión dentaria en escolares.

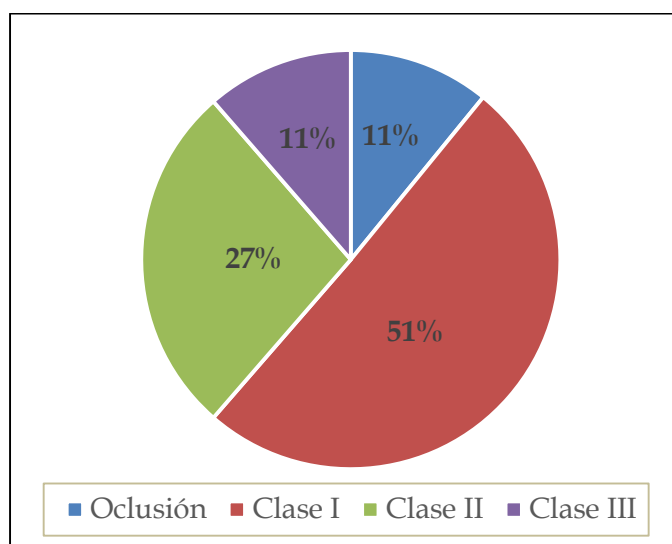


En el gráfico 2, se pueden discernir los porcentajes de las Maloclusiones dentro de cada categoría de los hábitos bucales. Las Maloclusiones de Clase I son las más frecuentes en todos los grupos observados.

**Tabla N° 03:** Maloclusiones en escolares según clasificación de Angle.

Clasificación de Angle	N	%
Oclusión	22	10.9
Clase I	102	50.5
Clase II	55	27.2
Clase III	23	11.4
Total	202	100.0

**Gráfico N° 03:** Maloclusiones en escolares según clasificación de Angle.



En la tabla 3 y el gráfico 3, se observa que el 10.9% de los escolares presentan Oclusión normal, la maloclusión de Clase I representa la mayoría en los escolares con el 51%, seguido de la Clase II (27%) y Clase III (11%).

**Tabla N° 04:** Prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según sexo.

Sexo	Total	Succión Digital		X <sup>2</sup>	p*
		No	Si		
Femenino	110	69 (62.7)	41 (37.3)	0.732	0.392
Masculino	92	63 (68.5)	29 (31.5)		
Total	202	132 (65.3)	70 (34.7)		

Sexo	Total	Respiración Bucal		X <sup>2</sup>	p*
		No	Si		
Femenino	110	82 (74.5)	28 (25.5)	0.383	0.536
Masculino	92	65 (70.7)	27 (29.3)		
Total	202	147 (72.8)	55 (27.2)		

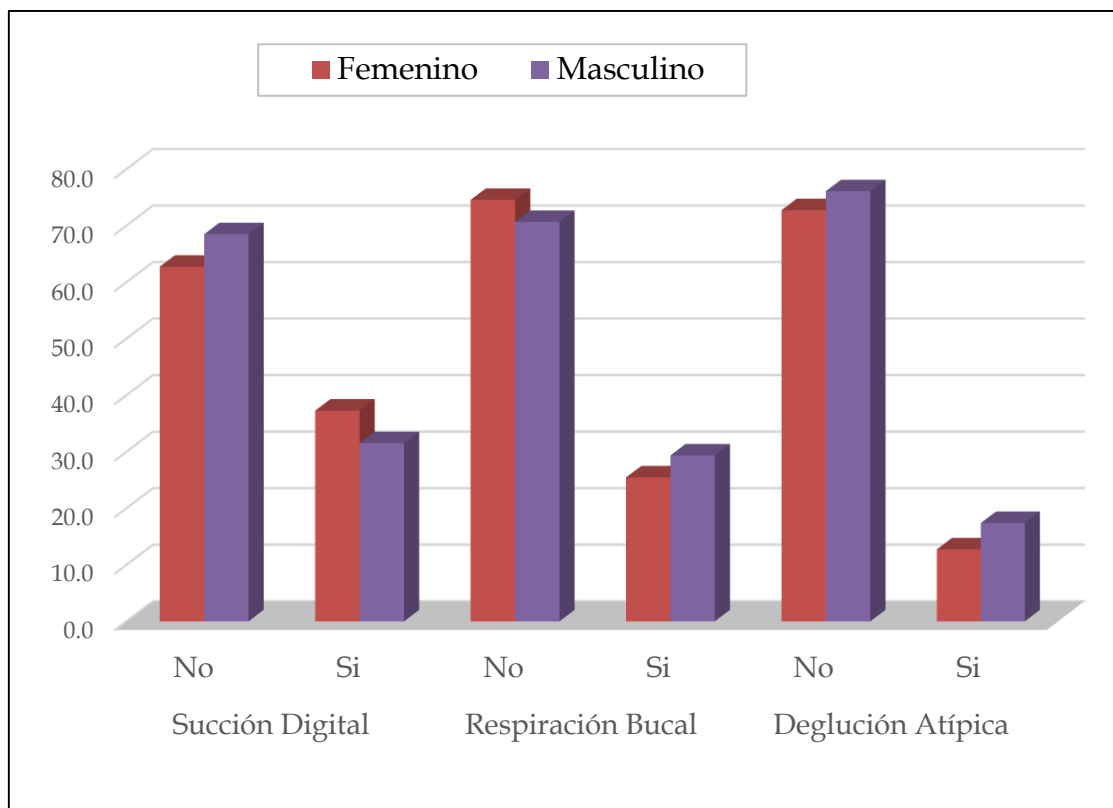
  

Sexo	Total	Deglución Atípica		X <sup>2</sup>	p*
		No	Si		
Femenino	110	80 (72.7)	14 (12.7)	0.327	0.567
Masculino	92	70 (76.1)	16 (17.4)		
Total	202	150 (74.3)	30 (14.9)		

\*FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

En la tabla 4, se observa que en ambos sexos mayoritariamente no presentaron hábitos bucales nocivos. En una evaluación porcentual descriptiva, se determina que los hombres muestran menor prevalencia en el hábito “succión digital” que las mujeres, mientras que en el caso de la “respiración bucal” y “deglución atípica” los hombres presentan mayor prevalencia frente a las mujeres.

**Gráfico N° 04:** Prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según sexo.





**Tabla N° 05:** Prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según edad.

Edad	Total	Succión Digital		X <sup>2</sup>	p*
		No	Si		
6 a 8 años	120	55 (45.8)	65 (54.2)		
9 y 10 años	30	27 (90.0)	3 (10.0)	50,004	<b>&lt;0.001</b>
11 y 12 años	52	50 (96.2)	2 (3.8)		
Total	202	132 (65.3)	70 (34.7)		

Edad	Total	Respiración Bucal		X <sup>2</sup>	p*
		No	Si		
6 a 8 años	120	96 (80.0)	24 (20.0)		
9 y 10 años	30	18 (60.0)	12 (40.0)	7,909	<b>0.019</b>
11 y 12 años	52	33 (63.5)	19 (36.5)		
Total	202	147 (72.8)	55 (27.2)		

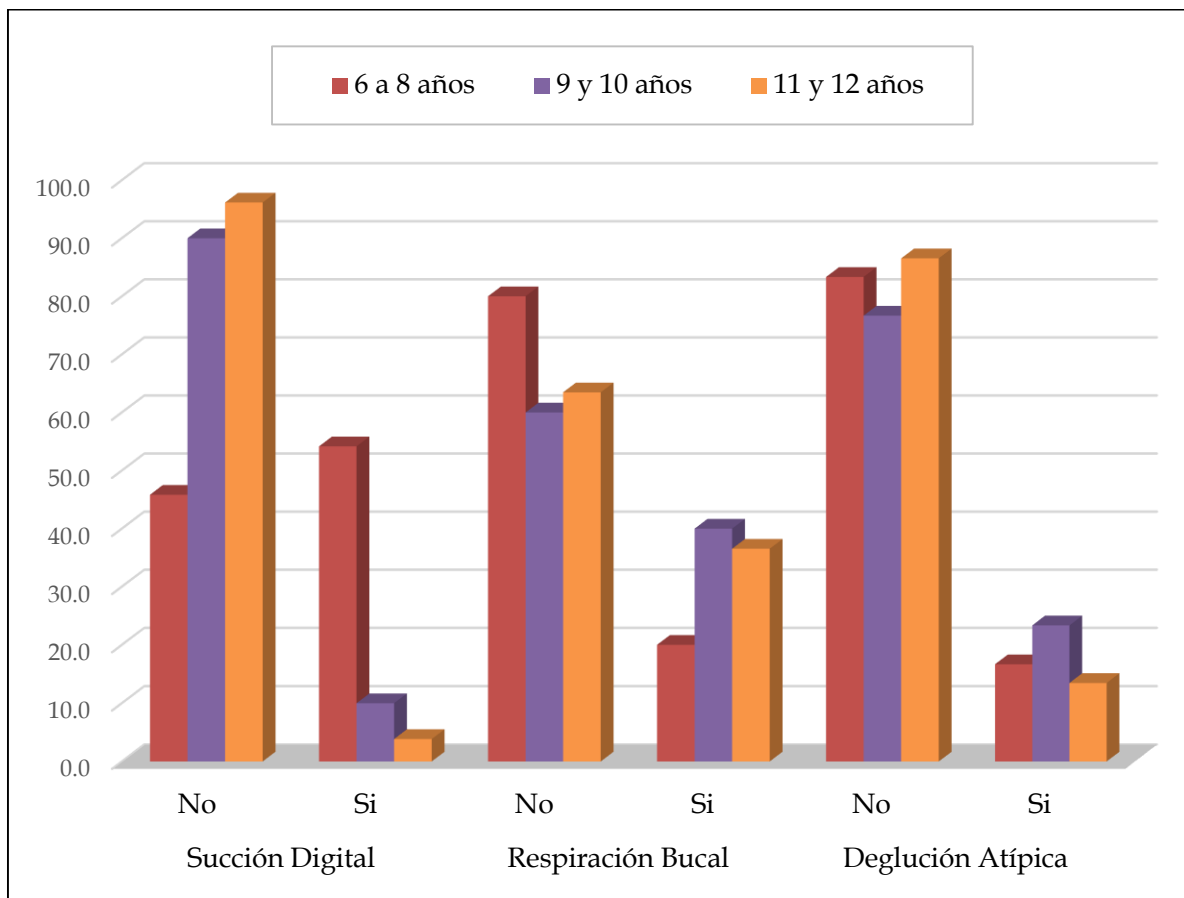
  

Edad	Total	Deglución Atípica		X <sup>2</sup>	p*
		No	Si		
6 a 8 años	120	100 (83.3)	20 (16.7)		
9 y 10 años	30	23 (76.7)	7 (23.3)	1,330	0.514
11 y 12 años	52	45 (86.5)	7 (13.5)		
Total	202	168 (83.2)	34 (16.8)		

\*FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la tabla 5, se observa que tres grupos etarios en estudio, mayoritariamente no presentaron hábitos bucales nocivos; salvo el primer grupo etario (6 a 8 años) que presenta mayor prevalencia del hábito “succión digital”.

**Gráfico N° 05:** Prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según edad.



## DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada con la finalidad de determinar si existe relación entre hábitos bucales y maloclusión en escolares.

Los resultados de esta investigación nos dan a conocer q no existe asociación altamente significativa entre la maloclusión y hábitos bucales nocivos, similar al estudio hecho por Paiva. B<sup>14</sup> se determinó que las maloclusiones no se alteran significativamente en relación con alguno de los hábitos bucales nocivos.

El hecho de encontrar niños no portadores de hábitos con anomalías, reafirma que los hábitos bucales no son los únicos que producen anomalías dentomaxilares, también existen otros factores como la genética, la nutrición, la pérdida de piezas dentarias, entre otros, que inciden en su desarrollo.

Por otro lado, según la realizando un análisis más específico maloclusión clase I, II, III. Los resultados en esta investigación nos dan a conocer que existe asociación altamente significativa entre la maloclusión clase II, III y los hábitos bucales nocivos “Succión digital” y “Deglución atípica”. En el estudio de Zapata H<sup>9</sup> sí se encontró relación entre la maloclusión, mordida abierta anterior y los hábitos, deglución atípica y succión digital, datos que coinciden con este estudio en el que se encontró una relación significativa.

La posible explicación que la succión digital y deglución atípica haya sido el hábito más prevalente en el hecho de ser un hábito muy difícil de erradicar porque es una conducta específica en el recién nacido y puede extenderse en el tiempo. Los niños con falta de atención muestran este hábito con mucha

frecuencia debido probablemente a un desajuste nutricional y psicológico, lo que adquiere mayor relevancia que encontrar solo la presencia del hábito.

Realizando un análisis exploratorio descriptivo a la variable maloclusión, se observa que el 10.9% de los escolares presentan Oclusión normal, la maloclusión de Clase I representa la mayoría en los escolares con el 50.5%, seguido de la Clase II (27.2%) y Clase III (11.4%). Resultados similares encontraron Arias A. et al.<sup>5</sup>, Morán V. et al.<sup>7</sup>, Zapata Col.<sup>9</sup> y Paiva B.<sup>14</sup>, cuyas investigaciones indican que la maloclusión de la clase I presenta mayor prevalencia con 60.2%, 49%, 71.4% y 65.1%, respectivamente; en el caso de las clases II y III si se presentaron algunas variaciones en algunas investigaciones ya mencionadas.

En cuanto al análisis exploratorio descriptivo a la variable hábitos bucales en sus tres dimensiones: Succión Digital, Respiración Bucal y Deglución Atípica, se puede apreciar que la prevalencia es menor que la ausencia, 34.7%, 27.2% y 16.8%, respectivamente. Dicho análisis también fue encontrado por Arias A. et al.<sup>5</sup>, con Succión digital al 12%, Respiración bucal al 16,7% y Deglución atípica al 9.7%. De igual manera Zapata H. et al.<sup>9</sup> encontró lo mismo, con Succión digital al 18.2%, Respiración bucal al 1,3% y Deglución atípica al 1.3%. Contrariamente Acevedo S. al.<sup>10</sup>, indica en una evaluación global que las prevalencias de pacientes con hábitos bucales deformante son elevadas (73.9%). Mendoza O. al.<sup>6</sup> también encontró mayoría extrema en pacientes con hábitos bucales deformante son elevados (96.6%). También Cepero Z. al.<sup>13</sup>, encontró que el 72.5% de los niños examinados presentaron hábitos bucales deformante. Si enfocamos la mirada en el área de estudio, podremos entender o justificar esta contrariedad entre los resultados obtenidos por la presente investigación con los

obtenidos por algunos autores. Al ser el área de estudio un centro educativo, tiende a encontrarse menor prevalencia de hábitos bucales tóxicos; caso contrario sucede cuando el área de estudio es cualquier centro de salud.

Se visualiza que los hombres muestran menor prevalencia en el hábito “succión digital” que las mujeres, mientras que en el caso de la “respiración bucal” y “deglución atípica” los hombres presentan mayor prevalencia frente a las mujeres. Cuyo resultado son totalmente contrarios a los reportados por Arias A. al.<sup>5</sup>, las mujeres muestran menor prevalencia que los hombres en el hábito de Succión Digital y Deglución Atípica; sucede lo contrario en el hábito de Respiración Bucal, los hombres muestran menor prevalencia que las mujeres.

Mediante el análisis exploratorio descriptivo a la variable Hábitos bucales y la co-variable Edad, se observa que el tercer grupo etario (11 y 12 años) presenta menor prevalencia de hábitos bucales nocivos en sus tres dimensiones. Algo similar encontró Acevedo S. et al.<sup>10</sup>, en el grupo etario de 9 y 10 años la prevalencia de hábitos bucales deformantes es menor a los demás grupos.

## CONCLUSIONES

Se concluye que no existe relación directa significativa entre hábitos bucales y maloclusión en los escolares del colegio Nuevo Fiscal 2018.

Con respecto a la tipología de maloclusión existe asociación entre maloclusión clase II y III con hábitos bucales nocivos succión digital y deglución atípica.

La maloclusión de Clase I representa la mayoría en los escolares con el 50.5%, seguido de la Clase II (27.2%) y Clase III (11.4%).

La prevalencia de hábitos bucales nocivos fue similar en ambos sexos.

La prevalencia en succión digital y respiración bucal fue significativamente mayor en el grupo etario de 6-8 años.

## RECOMENDACIONES

Crear en los Centros de Salud programas preventivos promocionales de salud oral que motiven a los padres de familia para que contribuyan a disminuir los hábitos bucales y maloclusiones.

Realizar convenios con las instituciones educativas primarias de la ciudad de Trujillo para que los futuros profesionales de estomatología puedan ingresar a examinar y dar charlas educativas sobre hábitos bucales y maloclusiones y así los niños tengan un conocimiento más amplio de las mismas y segundo para que los niños acudan consultas odontopediátricas para que se les realice los tratamientos ya sea preventivos o terapéuticos según sea el caso.

Se recomienda realizar investigación en una población más amplia como en comunidades o diferentes instituciones educativas, debido a que no existe suficientes estudios sobre hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. OMS; 1997 [Citado 4 de Agosto 2018]. Salud Bucodental. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Del Castillo AA, Mattos MA, Del Castillo RA, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]: 2011 [citado el 5 de Agosto del 2018]. 28(1): 1726-4634. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000100014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100014)
3. López MD, Cubero GR, Estrada GY, Estrada GY, Concepción LK, Machado RS. Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal. Mediciego. [Internet]. 2017. [Citado 5 de Agosto del 2018]; 23(1): 49-55. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71730>
4. Oropeza LM, Meléndez AF, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev. Mexicana de Ortodoncia. [Internet]. 2014. [Citado 6 de Agosto del 2018]; 2(4): 220-227. Disponible en:  
[https://ac.els-cdn.com/S2395921516300381/1-s2.0-S2395921516300381-main.pdf?\\_tid=40063b46-9439-4001-b8f0-49b630f19e4b&acdnat=1535822023\\_739b20571af9d0204bab2988ad905f5](https://ac.els-cdn.com/S2395921516300381/1-s2.0-S2395921516300381-main.pdf?_tid=40063b46-9439-4001-b8f0-49b630f19e4b&acdnat=1535822023_739b20571af9d0204bab2988ad905f5)
5. Arias A, Espinal G, Ponce M, Posada A. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio



- comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín – Colombia. Rev Nac Odont [Internet]. 2017. [Citado 6 de Agosto del 2018]; 13(26): 1900-3080. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1814>
6. Oropeza LM, Meléndez AF, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev. Mexicana de Ortodoncia. [Internet]. 2014. [Citado 6 de Agosto del 2018]; 2(4): 220-227. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S2395921516300381/1-s2.0-S2395921516300381-main.pdf?\\_tid=40063b46-9439-4001-b8f0-49b630f19e4b&acdnat=1535822023\\_739b20571af9d0204bab2988ad905f58](https://ac.els-cdn.com/S2395921516300381/1-s2.0-S2395921516300381-main.pdf?_tid=40063b46-9439-4001-b8f0-49b630f19e4b&acdnat=1535822023_739b20571af9d0204bab2988ad905f58)
  7. Morán V, Zamora O. Tipos de maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio, Edo. Miranda, Venezuela. Rev. Latin. Ortodoncia y Odontopediatria. [Internet]. 2013 [Citado 8 de Agosto del 2018]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-4/>
  8. Catarí P, Carrillo A, Zavarse S, Pérez C. Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatria. Acta odont venez. [Internet]. 2014. [Citado 9 de Agosto del 2018]; 52(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-8/>
  9. Zapata H, Lavado A, Anchelia S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. KIRU [Internet]. 2014 [Citado 6 de Agosto del 2018]; 11(1):16-24. Disponible en: [http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru\\_v11/Kiru\\_v.11\\_Art.3.pdf](http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf)

10. Acevedo O, Rosell C, Mora C, Padilla E. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Medisur [Internet]. 2008 [Citado 6 de Agosto del 2018]; 6(2): 33-38. Disponible en:  
  
<http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020309009.pdf>
11. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Rev Latin de Ortod y Odont. [Internet] 2011 [Citado 8 de Agosto del 2018]; Disponible en:  
  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
12. Parra S, Zambrano G. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares. Revisión Sistemática. Int. Journal. Odontostomat. [Internet]. 2018 [Citado 8 de Agosto del 2018]; 12(2):188-193. Disponible en:  
  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v12n2/0718-381X-ijodontos-12-02-00188.pdf>
13. Cepero ZJ, Hidalgo I, Estrada J, Pérez JA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev. Cubana Estomatol. [Internet]. 2007 [Citado 8 de Agosto del 2018]; 44(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007)
14. Paiva B. Relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años. [Internet]. 2016 [Citado 8 de Agosto del 2018]; 29(2).

15. Jiménez J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. *Odontol. Sanmarquina*. [Internet]. 2016 [Citado 10 de Agosto del 2018]; 19(2):48-51. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/12917>
16. Podadera Z, Flores L, Rezk A. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2013 [citado 10 de Agosto del 2018]; 17(4): 126-137. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000400014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014)
17. García J, Djurisc A, Quiros O, Molero L, Alcedo C, Tedaldin J. Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante Terapias Miofuncionales. *Rev. Latin. Ortod y Odontopediatría*. [Internet]. 2010. [citado 10 de Agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.ortodencia.ws/publicaciones/2010/art-21>
18. Viquez M. Hábitos de succión digital y deglución atípica. *ULACIT*. [Internet]. 2010 [citado 11 de Agosto del 2018]. Disponible en: [http://www.ulacit.ac.cr/files/proyectosestudiantiles/archivos/esp/367\\_succindigital.pdf](http://www.ulacit.ac.cr/files/proyectosestudiantiles/archivos/esp/367_succindigital.pdf)
19. Pérez K, Reyes V, Rodríguez Y. Tratamiento del hábito de succión digital mediante la técnica de relajación. *Rev. Cienc. Med.* [Internet]. 2013. [citado 11 de Agosto del 2018];19(3):348-57. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/608/html>
20. Cepero Z, Hidalgo I, Duque de Estrada J, Pérez J. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Rev. Cuba. Estomatol.* [Internet]. 2007 [citado 11 de Agosto del 2018]; 44(4). Disponible

en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-7507200700400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507200700400007)

21. Gonzales MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Rev latin de ortod y odont. [Internet]. 2012 [citado 11 de Agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
22. Barrios L, Puente M, Castillo A. Habito de Respiración Bucal en Niños. Rev Cubana Ortod. [Internet]. 2001 [citado 11 de Agosto del 2018]; 16(1):47-53. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16\\_1\\_01/ord07101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord07101.htm)
23. Podadera Z, Flores L, Rezk A. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 [citado 11 de Agosto del 2018]; 17(4): 126-137. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/sciel.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000400014](http://scielo.sld.cu/sciel.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014)
24. Pereira SR, Bakor SF, Weckx LL. Adenotonsillectomy in facial growing patients: spontaneous dental effects. Braz Oral Res. [Internet]. 2011 [citado 11 de Agosto del 2018]; 77(5):600-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030968>
25. Pipa A, Gonzales M, Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Av Odontoestomatol. [Internet]. 2011 [citado 13 de Agosto del 2018]; 27(3): 137-45. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n3/original3.pdf>

26. García G. Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas - Revisión bibliográfica. [Internet]. 2011 [citado 14 de Agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-18/>
27. Urrego P, Jiménez L, Londono M, Zapata M, Botero P. Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. Revista UN [Internet]. 2011 [citado 14 de Agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/19985/37886>
28. Sada M, Girón J. Maloclusiones en la dentición temporal o mixta. An pediatri contin. [Internet]. 2006 [citado 14 de Agosto del 2018]; 4(1):66-70. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/maloclusiones-denticion-temporal-o-mixta/articulo/80000171/>
29. Jonasferreira.eu. [Internet]. La Coruña: jonasferreira.eu.; 2009 [citado 15 de Agosto del 2018]. Disponible en: [http://jonasferreira.eu/archivos/materialclase/CLASIFICACION\\_DE\\_ANGLE.pdf](http://jonasferreira.eu/archivos/materialclase/CLASIFICACION_DE_ANGLE.pdf)
30. López J. Prevención de las maloclusiones. Revista Gaceta Dental. [Internet]. 2009 Clasificación de Angle [citado 14 de Agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/04/prevencion-de-las-maloclusiones-31045/>
31. Di Santi J, Vásquez VB. Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Rev. Latin. Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet]. 2003 [citado 15 de Agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>

32. Talley M, Katagiri M, Pérez H. Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. Revista Odontológica Mexicana. [Internet]. 2007 [citado 16 de Agosto del 2018]; 11(4). Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo074c.pdf>
33. Angle EH. Classification of Malocclusion. Dental Cosmos. [Internet]. 1899 [citado 18 de Agosto del 2018]; 41(3): 248-264. Disponible en:  
<https://quod.lib.umich.edu/d/dencos/acf8385.0041.001/271:56?page=root;rgn=main;size=100;view=image>
34. Ugalde. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM. [Internet]. 2007 [citado 18 de Agosto del 2018]. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
35. Valencia S, Gonzalo A, Huaynoca N. Oclusión clase II. Rev. Act. Clin. Med [Internet]. 2012 [citado 19 de Agosto del 2018]; 20. Disponible en:  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682012000500006&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000500006&lng=es)
36. Avalos G, Paz A. Maloclusión clase III. Rev. Tamé. [Internet]. 2014 [citado 19 de Agosto del 2018]; 3(8):279-282. Disponible en:  
[http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero\\_8/Tam148-7.pdf](http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/Tam148-7.pdf)
37. Moran V, Zamora O. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años de la E.B.N Los Salías, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda. Revista

Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2013 [citado 20 de Agosto del 2018]. Disponible en:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4/>

38. Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños. Rev. Cubana Estomatología. [Internet]. 2004 [citado 20 de Agosto del 2018]; 41(2). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

39. Domínguez V, Rodríguez F, Fernández J. Aspectos éticos y legales de la Investigación en Salud Pública. BioEticaWeb. [Internet]. 2004 [citado 23 de Agosto del 2018]. Disponible en:

<http://www.bioeticaweb.com/aspectos-acticos-y-legales-de-la-investigacion-en-salud-publica-dr-f-rodriguez-artalejo-dr-j-fernandez-crehuet-dr-van-domasnguez-rojas/#3.3>.

40. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos n° 64ª Asamblea General. Asociación Médica Mundial. [Internet]. 2017 [citado 26 de Agosto del 2018]. Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

# ANEXOS



**ANEXO 1:**

**“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”**

Trujillo, 26 de octubre del 2018

*Mg: LUIS ALBERTO LUYO BARRAZA*  
*Director del Centro Educativo Nuevo Fiscal*

**ASUNTO:** PERMISO PARA LA EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS en el Centro Educativo Nuevo Fiscal, Distrito Laredo

**PRESENTE.-**

De mi mayor Consideración:

Que habiendo concluido mis estudios superiores, durante el periodo 2012-2017, en la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Estomatología Filial Trujillo y actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis titulada “hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares”, en la que amerita desarrollar un cuestionario de preguntas a los padres y realizar la observación sin interrupción a los estudiantes de la mencionada casa de estudios , motivo por el cual solicito tenga a bien autorizarme a ingresar al centro educativo Nuevo Fiscal , a fín de ejecutar el mencionado proyecto de tesis, en el mes de 3 de noviembre de 2018 .

Por lo expuesto.

Ruego a Ud. Acceder a mi petición por ser de justicia.

-----  
Baloisa Micaela Haro Barrios  
DNI:46628163

## ANEXO 2:

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ autorizo a la señorita Haro Barrios Baloisa Micaela a realizar la Ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi menor hijo \_\_\_\_\_.

Me han informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Se informó que se realizará un examen clínico para determinar maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio "NUEVO FISCAL" en el distrito de Laredo. El tiempo de duración será aproximadamente de 5 minutos por alumno.

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

He comprendido las explicaciones que se me dio en el lenguaje claro y sencillo, también se me otorgó la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso, dando aclaración a toda duda presente.

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

5 de noviembre del 2018.

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

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

## ANEXO 3:

### CUESTIONARIO

**OBJETIVO:** Evaluar la asociación de hábitos orales nocivos y maloclusión en niños entre 6 a 12 años de edad, en la institución educativa nuevo fiscal distrito Laredo, provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2018

**INSTRUCCIONES:** Marcar SI o NO en cada ítem de acuerdo a la respuesta que usted crea conveniente

#### DATOS GENERALES

Grado: \_\_\_\_\_ Aula: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dimensiones	Items	Categoría	
		Si	No
Succión Digital	1, ¿Su hijo se succionaba el dedo cuando era bebé?		
	2. ¿Actualmente se sigue succionando el dedo?		
	3. ¿Qué dedo se succiona? Pulgar ( ) Índice ( ) Medio ( ) Anular ( ) Meñique ( ) Varios dedos ( )		
	4. ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día?		
	5. ¿su hijo se chupa el dedo durante la noche?		
Respirador Bucal	6. ¿Su hijo respira por la boca?		
	7. ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo?		
	8. ¿A su hijo le han diagnosticado de tabique nasal desviado?		
	9. Su hijo sufre de las siguientes enfermedades: Asma ( ) Resfrío frecuente ( ) Rinitis Alérgica ( )		
Deglución Atípica	10.¿Su hijo, abre frecuentemente los labios durante la masticación?		
	11. En el momento de tragar, observa la lengua de su hijo?		
	12.¿Su hijo, en el momento de la deglución mantiene los labios apretados con excesiva fuerza y/o mueve la cabeza?		
	13. ¿Logra apreciar residuos en la cavidad oral de su hijo o en la lengua después de tragar los alimentos?		

**ANEXO 4:**

**BASE DE DATOS**

N	HABITOS			MALOCLUCION	EDAD	SEXO	Enferm
	A	B	C				
1	0	0	0	2	2	2	1
2	0	0	0	1	3	2	1
3	0	1	0	3	3	2	1
4	0	0	0	3	3	2	1
5	0	0	0	3	3	1	1
6	1	0	0	1	3	1	1
7	0	1	0	2	3	2	1
8	0	0	0	3	3	1	1
9	0	0	0	1	3	2	1
10	0	0	0	3	2	2	1
11	0	0	0	3	2	2	1
12	0	0	0	1	3	1	1
13	0	0	0	1	3	2	1
14	0	0	0	1	3	1	1
15	0	0	0	1	3	1	1
16	0	0	0	3	3	1	1
17	0	0	0	1	3	2	1
18	0	0	0	3	3	2	1
19	0	0	0	1	2	1	1
20	0	0	0	1	3	1	1
21	1	0	0	1	2	1	1
22	0	0	0	1	3	1	1
23	0	1	0	1	2	1	1
24	0	0	0	1	2	1	1
25	0	0	0	1	2	1	1
26	0	1	0	1	2	1	1
27	0	0	0	3	2	1	1
28	0	0	0	2	2	1	1
29	0	0	0	3	3	2	1
30	0	0	0	1	3	2	1
31	0	0	0	1	3	1	1
32	0	0	0	1	3	1	1
33	0	0	0	1	3	1	1
34	0	0	0	3	3	1	1
35	0	0	0	1	3	2	1
36	0	0	0	1	3	1	1
37	0	0	0	1	1	2	1
38	1	0	0	1	1	1	1
39	1	0	0	1	1	2	1

40	1	0	0	2	1	2	1
41	1	0	0	3	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1	1
43	1	0	0	1	1	1	1
44	1	0	0	1	1	1	1
45	1	0	0	1	1	1	1
46	0	1	0	1	1	2	1
47	0	0	1	3	2	2	1
48	0	0	0	1	1	2	1
49	0	0	0	1	1	2	1
50	0	0	0	1	1	2	1
51	0	0	0	2	1	2	1
52	0	0	0	1	1	2	1
53	0	0	0	1	1	2	1
54	0	0	0	1	1	1	1
55	0	0	0	1	1	1	1
56	0	0	0	1	1	1	1
57	1	0	1	1	1	1	1
58	0	0	0	1	1	2	1
59	0	1	0	1	1	1	1
60	0	0	0	1	1	1	1
61	0	0	0	1	1	1	1
62	0	0	0	1	1	1	1
63	0	0	1	1	1	1	1
64	0	0	0	2	1	2	1
65	1	0	0	1	1	1	1
66	0	0	0	1	1	1	1
67	1	0	0	1	1	1	1
68	1	0	0	2	1	2	1
69	1	1	1	2	1	2	1
70	0	1	1	1	1	2	1
71	1	1	1	2	1	1	1
72	0	1	1	1	1	1	1
73	0	1	1	3	1	2	1
74	1	0	0	2	2	1	1
75	0	0	0	1	1	1	1
76	1	1	0	2	1	2	1
77	0	1	1	3	2	2	1
78	1	0	1	2	1	2	1
79	1	0	0	2	1	1	1
80	1	0	0	2	1	1	1
81	0	0	1	1	3	1	1
82	1	0	0	2	1	2	1
83	1	0	0	2	1	1	1
84	0	0	1	2	2	2	1

85	0	1	0	1	2	2	1
86	1	0	0	2	1	2	1
87	1	0	0	2	1	1	1
88	1	0	0	2	1	2	1
89	0	1	1	3	3	1	1
90	0	0	1	3	3	2	1
91	1	0	0	2	1	2	1
92	1	0	0	2	1	1	1
93	0	1	0	2	1	2	1
94	1	0	0	2	1	2	1
95	1	0	0	2	1	2	1
96	1	0	0	1	1	1	1
97	1	0	0	2	1	1	1
98	1	0	0	1	1	2	1
99	1	0	0	2	1	2	1
100	0	1	0	2	2	1	1
101	0	1	0	2	2	1	1
102	0	1	0	1	3	2	1
103	0	1	0	1	3	1	1
104	0	1	0	1	3	1	1
105	0	1	0	1	3	1	1
106	0	1	0	1	3	2	1
107	0	1	0	1	3	2	1
108	0	1	0	1	3	2	1
109	0	0	0	1	1	2	1
110	1	0	0	1	1	1	1
111	1	0	0	1	1	2	1
112	1	0	0	2	1	2	1
113	1	0	0	3	1	1	1
114	1	1	1	1	1	1	1
115	1	0	0	1	1	1	1
116	1	0	0	1	1	1	1
117	1	0	0	1	1	1	1
118	0	1	0	1	1	2	1
119	0	0	1	3	2	2	1
120	0	0	0	1	1	2	1
121	0	0	0	1	1	2	1
122	0	0	0	1	1	2	1
123	0	0	0	2	1	2	1
124	0	0	0	1	1	2	1
125	0	0	0	1	1	2	1
126	0	0	0	1	1	1	1
127	0	0	0	1	1	1	1
128	0	0	0	1	1	1	1
129	1	0	1	1	1	1	1

130	0	0	0	1	1	2	1
131	0	1	0	1	1	1	1
132	0	0	0	1	1	1	1
133	0	0	0	1	1	1	1
134	0	0	0	1	1	1	1
135	0	0	1	1	1	1	1
136	0	0	0	2	1	2	1
137	1	0	0	1	1	1	1
138	0	0	0	1	1	1	1
139	1	0	0	1	1	1	1
140	1	0	0	2	1	2	1
141	1	1	1	2	1	2	1
142	0	1	1	1	1	2	1
143	1	1	1	2	1	1	1
144	0	1	1	1	1	1	1
145	0	1	1	3	1	2	1
146	1	0	0	2	2	1	1
147	0	0	0	1	1	1	1
148	1	1	0	2	1	2	1
149	0	1	1	3	2	2	1
150	1	0	1	2	1	2	1
151	1	0	0	2	1	1	1
152	1	0	0	2	1	1	1
153	0	0	1	1	3	1	1
154	1	0	0	2	1	2	1
155	1	0	0	2	1	1	1
156	0	0	1	2	2	2	1
157	0	1	0	1	2	2	1
158	1	0	0	2	1	2	1
159	1	0	0	2	1	1	1
160	1	0	0	2	1	2	1
161	0	1	1	3	3	1	1
162	0	0	1	3	3	2	1
163	1	0	0	2	1	2	1
164	1	0	0	2	1	1	1
165	0	1	0	2	1	2	1
166	1	0	0	2	1	2	1
167	1	0	0	2	1	2	1
168	1	0	0	1	1	1	1
169	1	0	0	2	1	1	1
170	1	0	0	1	1	2	1
171	1	0	0	2	1	2	1
172	0	1	0	2	2	1	1
173	0	1	0	2	2	1	1
174	0	1	0	1	3	2	1

175	0	1	0	1	3	1	1
176	0	1	0	1	3	1	1
177	0	1	0	1	3	1	1
178	0	1	0	1	3	2	1
179	0	1	0	1	3	2	1
180	0	1	0	1	2	1	1
181	0	1	0	0	2	1	0
182	0	0	0	0	2	1	0
183	0	0	1	0	2	1	0
184	0	0	0	0	2	1	0
185	0	0	0	0	3	2	0
186	0	0	0	0	3	2	0
187	1	0	1	0	3	1	0
188	0	0	0	0	3	1	0
189	0	1	0	0	3	1	0
190	0	0	0	0	3	1	0
191	0	1	0	0	3	2	0
192	0	0	0	0	3	1	0
193	1	0	0	0	1	2	0
194	1	0	1	0	1	1	0
195	0	1	0	0	1	2	0
196	0	0	1	0	1	2	0
197	1	0	0	0	1	1	0
198	0	1	0	0	1	1	0
199	0	0	0	0	1	1	0
200	0	1	0	0	1	1	0
201	0	1	0	0	1	1	0
202	0	0	0	0	1	2	0

A	Succión Digital	PRESENCIA 1 AUSENCIA 0
B	Respiración Bucal	
C	Deglución Atípica	

Maloclusiones	clase 1.2.3
Edad	GRUPOS ETARIOS 1,2,3
Sexo	F= 1, M=2
enfermedad	PRESENCIA 1
	AUSENCIA 0



**ANEXO 5:**

**CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN**

Yo, CD. PRISCILA SCHREIBER Docente de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, hago constar de haber calibrado a la bachiller en estomatología BALOISA MICAELA HARO BARRIOS identificado con DNI 46628163. Para el diagnóstico de maloclusión dentaria según clasificación de angle para el desarrollo del proyecto de investigación titulado: “HABITOS BUCALES NOCIVOS EN MALOCLUSIÓN DENTARIA EN ESCOLARES”.

Doy fe de lo expresado

SELLO Y FIRMA

## CALIBRACIÓN INTEREXAMINADOR

### ÍNDICE KAPPA

$$K = \frac{(\sum \text{concordancia absoluta}) - (\sum \text{concordancia atribuibles al azar})}{(\text{Total de observación}) - (\sum \text{concordancia atribuibles al azar})}$$

$$K = \frac{9 - 5.9}{10 - 5.9} = \frac{3.1}{4.1} = 0.756$$

**ANEXO 6:**

**CONSTANCIA DE ASESORÍA**

Yo, HONORES SOLANO TAMMY MARGARITA, Docente de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, doy constancia de haber finalizado el asesoramiento de la tesis titulado “HABITOS BUCALES NOCIVOS EN MALOCLUSIÓN DENTARIA EN ESCOLARES”, cuyo autor es: BALOISA MICAELA HARO BARRIOS.

SELLO Y FIRMA DE ASESOR

**ANEXO 7:**

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
ESUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE							MINIMAMENTE ACEPTABLE				ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos																
3. ACTUALIZACION	Esta adecuada los objetivos y las necesidades reales de la investigación.																
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.																
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.																
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.																
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sítems.																
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.																
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación																

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

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

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: \_\_\_\_\_ DNE: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL EXPERTO: \_\_\_\_\_

**ANEXO 8:**

**FICHA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FICHA CLÍNICA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

<b>CRITERIOS</b>	<b>VALORES</b>
<b>RELACIÓN MOLAR DERECHA</b>	
<b>RELACIÓN MOLAR IZQUIERDA</b>	
<b>RELACIÓN CANINA DERECHA</b>	
<b>RELACIÓN CANINA IZQUIERDA</b>	
<b>OVERJET</b>	
<b>OVERBITE</b>	

**MORDIDA CRUZADA UNILATERAL**      PRESENTA ( )      NO PRESENTA ( )  
**MORDIDA CRUZADA BILATERAL**      PRESENTA ( )      NO PRESENTA ( )  
**MORDIDA ABIERTA ANTERIOR**      PRESENTA ( )      NO PRESENTA ( )

**Diagnóstico de Oclusión:** \_\_\_\_\_

**ANEXO 9:**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
<p>¿Existe asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria según clasificación de Angle, en escolares de 6 a 12 años de edad de la institución educativa Nuevo Fiscal, Trujillo 2018?</p>	<p><b>GENERAL:</b> Determinar la asociación entre hábitos bucales nocivos y maloclusión dentaria en escolares.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b> Identificar las maloclusiones en escolares según clasificación de Angle.</p> <p>Identificar prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según sexo.</p> <p>Identificar prevalencia de hábitos bucales nocivos en escolares según edad.</p>	<p>Hábitos Nocivos</p> <p>Maloclusiones (Clasificación de Angle)</p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Cuantitativo.</p> <p><b>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN:</b> Descriptivo Prospectivo Observacional.</p> <p><b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</b> Transversal.</p>	<p>La muestra estará constituida por 108 niños entre los 6 a 12 años de edad y sus padres, del centro educativo Nuevo Fiscal 2018.</p>

**ANEXO 10:**

**FOTOGRAFÍAS**







