



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**HÁBITOS PERNICIOSOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12
AÑOS CON MALOCCLUSIÓN EN LA ASOCIACIÓN SHIPIBA
ASHIREL DISTRITO DEL RÍMAC 2016**

PRESENTADO POR:

YOANA BONIFACIO VILLANUEVA

ASESOR:

MG. CD. CARLOS FIGUEROA CERVANTES

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

LIMA-PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios y Arcángel Miguel, por su apoyo divino

A mis padres, Cesar Bonifacio Rojas y Alejandra

Villanueva Ñaña, por el apoyo incondicional

A mis hermanos, Dirac, Franklin y Miguel, por

sus palabras de aliento

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater, Universidad Alas Peruanas de la Escuela Profesional de Estomatología, por incentivar a los estudiantes a realizar investigaciones sobre temas de interés social y científica para la salud bucal.

A mis asesores, CD. Mg. Carlos Figueroa Cervantes y CD. Mg. Lic. en educación Rosa Quiroz la Torre, por sus recomendaciones y apoyo incondicional en la realización de mi tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.2.1 Delimitación espacial	13
1.2.2 Delimitación social	13
1.2.3 Delimitación temporal	13
1.2.4 Delimitación conceptual	13
1.3 Problema de investigación	13
1.3.1 Problema general	13
1.3.2 Problemas específicos	14
1.4 Objetivos de la investigación	14
1.4.1 Objetivo general	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
1.5 Variables de la investigación	15
1.5.1 Variables	15
1.6 Metodología de la investigación	17
1.6.1 Tipo y nivel de investigación	17
a) Tipo de investigación	17
b) Nivel de investigación	18
1.6.2 Método y diseño de investigación	18
a) Método	18
b) Diseño de investigación	19
1.6.3 Población y muestra de la investigación	19

a) Población	19
b) Muestra	19
1.6.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
1.6.5 Justificación, importancia y limitaciones de la investigación	27
a) Justificación	27
b) Importancia	28
c) Limitaciones	28

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	30
2.2 Bases teóricas	36
2.2.1 Hábito	36
2.2.2 Hábitos perniciosos bucales	36
2.2.2.1 Hábitos de succión	37
2.2.2.2 Hábitos de morder	41
2.2.2.3 Deglución atípica	44
2.2.2.4 Interposición de objetos	47
2.2.2.5 Respirador bucal	47
2.2.2.6 Hábito de postura	49
2.2.2.7 Hábitos de la masticación (Bruxismo)	51
2.2.3 Oclusión	51
2.2.4 Maloclusión	52
2.2.4.1 Clasificación de Angle	53
2.3 Definición de términos básicos	55

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Resultados	57
3.2 Discusión	78
3.4 Conclusiones	82
3.5 Recomendaciones	82

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016	57
Tabla 2: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión	69
Tabla 3: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase I	61
Tabla 4: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase II/1	63
Tabla 5: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 según el tipo de maloclusión Clase II/2	65
Tabla 6: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase III	67
Tabla 7: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 7 años con maloclusión	69
Tabla 8: Hábitos perniciosos bucales en niños de 8 a 9 años con maloclusión	71
Tabla 9: Hábitos perniciosos bucales en niños de 10 a 11 años con maloclusión	73
Tabla 10: Hábitos perniciosos bucales en niños de 12 años con maloclusión	75
Tabla 11: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión según género	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016	58
Gráfico 2: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión	60
Gráfico 3: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase I	62
Gráfico 4: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase II/1	64
Gráfico 5: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 según el tipo de maloclusión Clase II/2	66
Gráfico 6: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase III	68
Gráfico 7: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 7 años con maloclusión	70
Gráfico 8: Hábitos perniciosos bucales en niños de 8 a 9 años con maloclusión	72
Gráfico 9: Hábitos perniciosos bucales en niños de 10 a 11 años con maloclusión	74
Gráfico 10: Hábitos perniciosos bucales en niños de 12 años con maloclusión	76
Gráfico 11: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión según género	78

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac según el tipo de maloclusión, edad y el género.

Se realizó un estudio descriptivo, cualitativo, transversal y no experimental. Para el estudio se tomó una muestra de 107 niños de 6 a 12 años de ambos sexos a través de un muestreo no probabilístico, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista dirigida a los padres y un examen clínico.

En los resultados se obtuvo con mayor frecuencia los hábitos de succión labial en un 23,4% y onicofagia 22,4%.

En el tipo de maloclusión Clase I, se presentó el hábito más frecuente la onicofagia y succión labial, Clase II/1 succión labial y onicofagia, Clase II/2 interposición de objetos y succión labial, Clase III onicofagia y succión labial.

Según la edad, los niños de 6 a 7 años presentaron el hábito más frecuente la succión labial y onicofagia, niños de 8 a 9 años presentaron el hábito más frecuente la onicofagia, succión digital y succión labial, niños de 10 a 11 años presentaron el hábito más frecuente la onicofagia y succión digital, niños de 12 años se presentaron el hábito onicofagia y succión digital.

Según el género, las mujeres son quienes más presentaron un hábito pernicioso bucal, de los cuales, la más frecuente es la succión labial y onicofagia.

Palabras clave: hábito pernicioso bucal y maloclusión.

SUMMARY

The aim of this study was to determine the oral pernicious habits are children 6 to 12 years in ASHIREL Association Shipiba district of Rimac depending on the type of malocclusion age and gender.

A descriptive, qualitative, Cross not experimentally study. For the study a sample of 107 children aged 6 to 12 years of both sexes through a not probabilistic sample was taken, taking into account the inclusion and exclusion criteria.

Data collection was conducted through an interview for parents and a clinical examination.

The results obtained more frequently lip sucking habits by 23.4% and 22.4% onychophagy.

In the type of malocclusion Class I, the most common habit is nail biting and lip sucking, Class II / 1 lip sucking and nail biting, Class II / 2 interposition of objects and lip sucking, nail biting Class III and lip sucking was presented.

According to age: children from 6 to 7 years had the most frequent habit lip sucking and nail biting, children 8 to 9 years, presented the most frequent habit of nail biting, thumb sucking and lip sucking, children 10 to 11 years presented the most frequent habit of nail biting and thumb sucking, children 12 years and finger sucking habit onychophagy presented.

By gender, women are most had a pernicious habit, of which the most common is the lip sucking and nail biting.

Keywords: oral and malocclusion pernicious habit.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos perniciosos bucales son comportamientos adquiridos de aspecto vicioso donde el niño tiene poco control voluntario; en un inicio es poco frecuente, pero cuanto más se practique puede instalarse intermitentemente pasando de un modo consciente a un modo inconsciente.

Es una expresión viciosa, de satisfacción psicoemocional y agradable de quien lo practique, se manifiestan en los momentos de ansiedad, miedo, angustia, nerviosismo, estrés, frustración, aburrimiento, estados obsesivos, compulsivos, etc. por lo cual, constituye un motivo de preocupación para la población y el profesional de odontología. Porque son deletéreos para la musculatura peribucal e intrabucal contribuyendo de forma negativa en el desarrollo del sistema estomatognático, causando maloclusiones, mialgias, dolor de la articulación temporo mandibular y neuralgia.

Pero no todos los niños con hábitos bucales desarrollan maloclusiones, esa posibilidad dependerá de la frecuencia, duración, intensidad, factores del estándar de crecimiento facial y resistencia ósea alveolar.

Este estudio se realizó con la finalidad de incentivar a la población y el profesional de odontología para que tomen medidas preventivas frente a los hábitos y así, evitar futura maloclusión y detectar un problema psicológico que pudiera tener el niño.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los hábitos perniciosos bucales en la actualidad siguen siendo un problema para el desarrollo maxilofacial del niño. Son uno de los factores etiológicos para que se desarrolle una maloclusión, mialgias, neuralgias y dolores de la articulación temporo mandibular. Pero pueden ser deletéreos dependiendo del tiempo, frecuencia e intensidad con que se practique.

Dentro los hábitos perniciosos están considerados la succión digital, succión labial, succión de carrillos, onicofagia, queilofagia, glosofagia, respirador bucal, interposición de objetos, succión, deglución atípica, hábitos de postura y bruxismo.

Todos los hábitos mencionados se desencadenan en momentos de estrés, frustración, fatiga, aburrimiento, violencia intrafamiliar, alimentación insatisfecha, miedo, placer, hambre o simplemente por ocio.

Su incidencia en estudios anteriores se ha visto estrechamente asociado al diagnóstico de maloclusiones, por lo cual, es importante y necesario que el profesional de salud bucal sea competente para que los pueda detectar.

Es un problema de salud bucal a nivel mundial, por lo tanto; se busca conocer dicho problema en las condiciones que se presenten y establecer futuras medidas preventivas que puedan ayudar a la población infantil.

1.2 Delimitación de la investigación

Para delimitar el problema fue necesario considerar el aspecto social, espacial, temporal y conceptual.

1.2.1 Delimitación espacial

El lugar de la ejecución se realizó en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac del 2016.

1.2.2 Delimitación social

La unidad de investigación estuvo conformada por los niños de 6 a 12 años de ambos sexos con maloclusión en la Asociación shipiba ASHIREL distrito del Rímac.

1.2.3 Delimitación temporal

Este estudio se realizó en el mes de febrero y marzo del 2016.

1.2.4 Delimitación conceptual

Hábito bucal

Comportamiento adquirido de aspecto físico y vicioso, por la repetición constante de un acto, que en un inicio es consciente, pero cuanto más se practique se vuelve automático e inconsciente y los músculos realizan contracciones de naturaleza compleja, alterando las funciones del sistema estomatognático, causando dolor en la articulación temporo mandibular, maloclusiones, neuralgia y mialgia.¹

1.3 Problema de la investigación

1.3.1 Problema general

- ¿Cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016?
- ¿Cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según la edad?
- ¿Cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según género?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- Determinar los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016.
- Determinar los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según la edad.

- Determinar los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según el género.

1.5 Variables de la investigación

1.5.1 Variable: hábitos perniciosos bucales

3.3.1 Covariables: edad, género, maloclusión

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
HÁBITOS PERNICIOSOS BUCALES	Comportamientos adquiridos de aspecto físico y vicioso por la repetición constante de un acto, en un inicio es consciente, pero cuanto más se practique se vuelve automático e inconsciente y los músculos realizan contracciones de naturaleza compleja alterando las funciones del sistema estomatognático, causando dolor en la articulación temporo mandibular, maloclusiones, neuralgia y mialgia. ^{1,2}	Succión digital	Presencia	Nominal	Cualitativo	-Ficha clínica odontológica -Entrevista a los padres o apoderado
			Ausencia			
		Succión labial	Presencia			
			Ausencia			
		Succión de carrillos	Presencia			
			Ausencia			
		Deglución Atípica	Presencia			
			Ausencia			
		Onicofagia	Presencia			
			Ausencia			
		Queilofagia	Presencia			
			Ausencia			
		Glosofagia	Presencia			
			Ausencia			
Interposición de objetos	Presencia					
	Ausencia					
Respirador bucal	Presencia					
	Ausencia					
Hábito de postura	Presencia					
	Ausencia					
Bruxismo	Presencia					
	Ausencia					
COVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Maloclusión	Se define como una relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cuatro sistemas	Tipos de maloclusión	Clase I	Ordinal	Cualitativo	-Ficha clínica odontológica
			Clase II/1			
			Clase II/2			

	simultáneamente: dientes, hueso, músculos y nervios. ³		Clase III			-Entrevista a los padres o apoderado
Edad	Tiempo que ha vivido un ser humano. ⁴	Edad	6 a 7 8 a 9 10 a 11 12	Intervalo	Cuantitativo	
Género	Categoría taxonómica que divide a los seres humanos. ⁴	Género	Femenino Masculino	Nominal	Cualitativo	

1.6 Metodología de la investigación

1.6.1 Tipo y nivel de la investigación

a) Tipo de investigación

Descriptiva

La investigación descriptiva busca especificar propiedades y características de los rasgos importantes de cualquier fenómeno que pueda medirse de manera más independiente y precisa mediante los conceptos de cada variable.

Los datos obtenidos son utilizados con finalidad descriptiva, no busca relacionar causa y efecto. Estudia, analiza, describe y especifica situaciones de las personas, grupos y comunidades que después son sometidas a un análisis.⁵

Este estudio es descriptivo, porque se determinó, describió y analizó los conceptos teóricos con finalidad de actualizar las características propias de cada hábito pernicioso bucal para dar un diagnóstico precoz.

b) Nivel de investigación

Básica

Investigación básica, denominada también pura, teórica o dogmática, se caracteriza, porque parte de un marco teórico y permanece en él, su finalidad radica en formular nuevas teorías y modificar las existentes, para incrementar los conocimientos científicos o filosóficos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto práctico.⁵

Este estudio es básico, porque se incrementó más datos teóricos de los hábitos perniciosos bucales y maloclusiones. La información recopilada fue de libros, artículos y tesis como el de Narvárez Sierra, Zapata Dávalos, Buitrago López, Miranda Cruz, García García, Galeano Berna y Montiel Jaime.

1.6.2 Método y diseño de investigación

a) Método

Cualitativo

Proceso interactivo que involucra viajes hacia atrás y adelante, evalúa las implicancias de los propósitos, teorías, preguntas de la investigación, metodología y amenazas de la validez. Es un diseño integrado, donde cada uno de sus componentes debe estar interrelacionado con el otro, tiene que responder, explicar, justificar los métodos y resultados.⁵

Este estudio es cualitativo, porque explica los propósitos de la investigación, responde a los planteamientos del problema, justifica los métodos y se explica los resultados.

b) Diseño de investigación

No experimental

Proceso que no manipula deliberadamente las variables, se observan los fenómenos como se presenten, en su contexto natural y luego las analiza.⁵

Este estudio es no experimental, porque no manipula la causa y efecto de los hábitos perniciosos bucales en los niños de 6 a 12 años con maloclusión de la asociación shipiba ASHIREL.

Transversal

Proceso donde se analiza el fenómeno en un periodo cortó. Su propósito es describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado.⁵

El presente estudio es transversal, porque se realizó una evaluación clínica de los hábitos perniciosos bucales en un determinado momento y un período corto.

1.6.3 Población y muestra de la investigación

a) Población

El total de población de niños de 6 a 12 años de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac, no está definida, porque no existe ninguna referencia de la cantidad de niños de 6 a 12 años.

b) Muestra

No existe un total de la población de niños de 6 a 12 años de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac, por lo cual, la muestra se halló a través de la siguiente fórmula.⁶

Fórmula de población desconocida o infinita

$$Z^2 \alpha \times p \times q$$

$$n = \frac{\quad}{i^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra

Z² α = Valor correspondiente a la distribución de gauss $Z_{\alpha=0.05} = 1.96$ (nivel de confianza al 95% de la proporción estimada para la muestra), precisión que se desea para este estudio.

p = 0.7 (proporción esperada del parámetro a evaluar equivalente al 70%)

$$q = 1 - p = 1 - 0.7 = 0.3$$

i = Error que se prevé cometer al 10%, en donde $i = 0.1$

$$Z^2 \alpha \times p \times q$$

$$n = \frac{\quad}{i^2}$$

$$1.96^2 \times 0.7 \times 0.3$$

$$n = \frac{\quad}{(0.1)^2}$$

$$n = 80.6$$

$$n = 81$$

n=107 niños disponibles (muestra)

Según la formula el total de la muestra mínima con la cual, se pudo trabajar fue 81 niños, pero la disponibilidad de niños con los que se contó fue de 107 niños, por lo cual, se trabajó con esa cantidad.

Para la selección se realizó un muestreo no probabilístico con ayuda de la técnica de muestreo intencional o conveniencia de niños de 6 a 12 años con maloclusión, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Niños de 6 a 12 años de la Asociación Shipiba ASHIREL
- Autorización del padre o apoderado, mediante el consentimiento informado.
- Niños colaboradores.
- Primera molar permanente ubicada en el plano oclusal.

Criterios de exclusión

- Niños menores de 6 años y mayores de 12 años.
- Rechazo de los padres para la participación de su hijo, denegando el consentimiento informado.
- Niños no colaboradores.
- Niños con algún síndrome.
- Discapacidad mental del niño.
- Pérdida estructural de la primera molar permanente.

1.6.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Técnica

Observacional

Se realizó un examen clínico mediante la inspección física, extraoral e intraoral para el diagnóstico de los hábitos bucales.

b) Instrumento de recolección de datos

- Fichas clínicas odontológicas
- Entrevista realizada a los padres

Recursos humanos

- Investigador: Bonifacio Villanueva Yoana
Asesor: CD. Mg. Carlos Figueroa Cervantes
- Asesora del taller de tesis: CD. Mg. Lic. en educación Dra. Rosa Quiroz la Torre

Recursos físicos

Material de entrevista

- Fichas de examen clínico
- Cuestionario de entrevista estructurado
- Lapiceros
- Cámara fotográfica

Materiales de examen clínico estomatológico

- Baja lenguas estériles

- Guantes
- Mascarillas
- Cofias o gorras descartables
- Vestimenta adecuada
- Campo estéril para el paciente
- Abrebocas
- Bandeja estéril
- Cocriló (ganchos para sujetar el campo para paciente)
- Linterna
- Campos operatorios

Recursos institucionales

Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac.

Procedimiento de recolección de datos

Se diseñó una ficha clínica y un cuestionario estructurado para la entrevista dirigida al padre o apoderado. Instrumento de medición que fue validado en un estudio anterior de Zarellano Castillo.⁷

Trámites antes de la recolección de datos

- Solicitud dirigida a la presidenta de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016.
- Una constancia de recepción del estudio.
- Implementación de materiales para el examen clínico y entrevista dirigida a los padres.

- Consentimiento informado del padre o apoderado para participación de su hijo ver en anexo 2.

Recolección de datos

Previo a todos los procedimientos de la recolección de datos, se explicó a los padres de familia sobre el tema de estudio con imágenes características y consecuencias de cada hábito pernicioso bucal, el porqué de la investigación, importancia y lo beneficioso que puede ser saber sobre el tema para prevenir futuras maloclusiones en su niño.

Todos los procedimientos se realizaron casa por casa seleccionando niños de 6 a 12 años de ambos sexos teniendo en cuenta los criterios inclusión y exclusión.

Luego se realizó la entrevista dirigida a los padres para obtener referencia de un posible hábito bucal que pudiera presentar el niño y tal dato se tuvo en cuenta durante examen clínico para el diagnóstico de los hábitos bucales y así registrarlo en la ficha clínica.

El examen clínico se realizó para todos los hábitos bucales y así descartar que el niño pudiera presentar otros hábitos bucales.

La entrevista estructurada fue fundamental para el diagnóstico de algunos hábitos como glosopatía, interposición de objetos y el hábito de postura, porque se pudo certificar que presentaban estos hábitos las personas que conviven con el niño.

Cada hábito se diagnosticó teniendo en cuenta los siguientes aspectos característicos:

- **Succión digital:** se observa presencia de callosidades en los dedos, mordida abierta, vestibulización de incisivos superiores e incisivos inferiores, protrusión, ligera mordida abierta y paladar profundo. ^{1, 2, 6, 7, 8, 9, 10}
- **Succión labial:** labio inferior hipertónico y labio superior hipotónico, incisivos inferiores lingualizados, vestibulización de incisivos superiores y un marcado over jet. ^{7, 11, 12}
- **Succión de carrillos:** presencia de mordida abierta uni o bilateralmente de las piezas posteriores. ¹¹
- **Onicofagia:** uñas mordidas e intrusión de incisivos superiores. ^{1, 2, 7, 13, 14, 15}
- **Queilofagia:** labio con lesiones, hipertónico, ligera mordida abierta, lingualización de incisivos inferiores y vestibulización de incisivos superiores. ¹³
- **Glosopatía:** se preguntó al padre si ve al hijo morderse la lengua durante un esfuerzo físico, jugando en la computadora o viendo la televisión. Clínicamente se observará una ligera mordida abierta. ¹³
- **Deglución atípica:** interposición de la lengua entre las piezas anteriores durante la deglución de la saliva, presencia de mordida abierta, protrusión de incisivos y presencia de diastemas e incompetencia labial. ^{2, 7, 11, 12, 13, 14, 15}
- **Interposición de objetos:** se preguntó al padre si ve al hijo frecuentemente morder objetos como lapiceros, juguetes, borrador, etc. y para constatar se revisó los útiles escolares y juguetes del niño. Clínicamente se vio si tenía giroversión de piezas dentarias. ^{7,13}
- **Respirador bucal:** se observó si él niño estaba constantemente con la boca entreabierta y la presencia de una facies adenoides (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña, respingona, narinas pequeñas, labio

superior corto e hipotónico, labio inferior grueso, mejillas flácidas, retroposición de la mandíbula, apariencia de ojeras y perfil convexo).^{2, 7, 11, 13,}

15

- **Hábito de postura:** una notable asimetría facial y mordida cruzada unilateral.^{1, 2, 11, 13}
- **Bruxismo:** se preguntó al padre si el niño realiza ruidos con los dientes mientras duerme y en el examen clínico intraoral se observó si presentaba desgastes oclusales.^{12, 13}
- **Tipos de maloclusión:** relación molar según Angle.
- **Clase I:** la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco mesiovestibular de la primera molar inferior.
- **Clase II:** primera molar permanente inferior se sitúa distalmente en relación a la primera molar superior.
- **Clase II/1:** primera molar permanente inferior se sitúa distalmente en relación con la primera molar superior con inclinación vestibular de los incisivos superiores.
- **Clase II/2:** primera molar permanente inferior se sitúa distalmente en relación con la primera molar superior sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados o verticalizados.
- **Clase III:** la primera molar permanente inferior se articula por delante de la cúspide mesiobucal de la primera molar superior permanente.^{3, 7, 12, 16, 17, 18}

Plan de análisis de datos

Análisis estadístico

Los datos recolectados se analizaron con SPSS 21, las tablas y gráficos fueron realizados con el programa de Microsoft Excel 2013.

1.6.5 Justificación, importancia y limitaciones de la investigación

a) Justificación

Justificación metodológica

La metodología que se empleó fue basada en un estudio anterior donde los instrumentos de medición fueron validados por odontopediatras y ortodoncistas en el estudio de Zarellano Castillo.⁷

Justificación temática

Conocer más sobre los hábitos perniciosos bucales y sus consecuencias ayudarán a prevenir tempranamente futuras alteraciones bucodentales en la población infantil y será beneficioso para el profesional, para que puedan tomar medidas preventivas y/o correctivas frente a los hábitos bucales.

Justificación económica

En este estudio se pudo diagnosticar precozmente algunos hábitos bucales, lo cual ayudara, que los padres tomen medidas preventivas y de esa manera el niño será intervenido a tiempo y evitarán gastos en el futuro un tratamiento ortodóntico, que es muy costoso.

Justificación social

En la actualidad se ven muchos los niños con problemas de maloclusión por la presencia de hábitos perniciosos bucales. Por lo cual, es necesario un diagnóstico precoz.

En este estudio se logró una detección temprana y se aportó más conocimiento sobre los hábitos bucales a padres e hijos lo cual, fue beneficioso, porque ellos difundirán a otras personas los conocimientos dados y así disminuir la tasa de incidencia de los hábitos bucales y futuras maloclusiones dentarias.

b) Importancia

Importancia social: ayudará a prevenir futuras maloclusiones en la población infantil a través de un diagnóstico precoz.

Importancia científica: aportará más conocimiento a los profesionales de estomatología para que puedan tomar medidas preventivas o correctivas y así, se evitaren futuras maloclusiones en sus pacientes.

c) Limitaciones

Este estudio se limitó a la población de niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac, previo consentimiento informado de los padres o apoderados del niño.

Fue difícil acceder a todos los padres de familia, porque ellos salían a trabajar de lunes a viernes muy temprano, por lo cual, el consentimiento de los padres se realizó los días sábados y domingos.

No hubo un ambiente o local general para los exámenes clínicos, por tal motivo se realizó casa por casa.

Para tomar la muestra de la población de niños de 6 a 12 años se halló a través de una fórmula para población desconocida o infinita, por no existir un total de la población por edades.

3.6 Implicancias éticas

El presente estudio se realizó cumpliendo con todas las normas éticas del código Núremberg y Declaración de Helsinki.

Se pidió autorización para la realización del estudio al dirigente de la población, autorización del padre de familia mediante un consentimiento informado para recolección de datos y sus hijos puedan participar de manera voluntaria, sin ser coactados.

Los materiales de examen clínico cumplieron con todas las normas y medidas de bioseguridad como los guantes estériles para cada niño, mascarillas, ropa adecuada, materiales estériles, etc. tanto para el operador y para cada niño teniendo en cuenta la ley de universalización de bioseguridad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Miranda Cruz et al. (2003) realizaron el estudio de los hábitos orales más frecuentes en una población de niños de 5 a 13 años que acudieron a la clínica de Iztacala del diplomado de ortopedia maxilar realizado en Colombia.

Su tipo de estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Para determinar su población se evaluaron 200 historias clínicas de los cuales, se clasificaron 152 historias clínicas de niños con presencia de un hábito bucal.

En los resultados obtuvieron presencia del hábito de succión labial en un 33% y onicofagia en un 28%. Según la edad los niños de ocho años fueron los más vulnerables para adoptar un hábito en un 22%, seguido por los niños de nueve años en un 18% y niños de siete años 14%. Concluyendo así, que el hábito más frecuente es la succión labial y la onicofagia.¹⁹

Montiel Jaime (2004) realizó el estudio de la frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos bucales en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años.

Su tipo de estudio fue observacional, prolectivo, transversal, descriptivo. La población estuvo conformada por 135 niños.

Los resultados fueron: según el tipo de maloclusión el 68% de la población presentaron Clase I y un 32% presentaron Clase I y II. Según el género y tipo de maloclusión las mujeres presentaron Clase I en un 70,58% y de igual manera los varones presentaron Clase I en un 65,67%.

Según la edad y el tipo de maloclusión las edades de seis y ocho años presentaron con mayor frecuencia el tipo de maloclusión Clase I en un 37,7%.

Según el género, las mujeres fueron quienes más presentan hábitos bucales y entre ellos el más frecuente fue la onicofagia en un 41%.²⁰

Narváez Sierra et al. (2010) realizaron el estudio de hábitos orales en niños de 6 a 10 años de la escuela ITSIN de San Juan de Pasto Colombia. Su tipo de estudio fue descriptivo y de corte transversal.

El estudio se realizó previa aprobación del comité de Ciencias de la Salud de la Universidad Cooperativa de Colombia Pasto y un asentimiento informado a los padres. Su población estuvo conformada por 511 escolares de 6 a 10 años de la escuela Itsin de San Juan de Pasto.

La recopilación de información fue a través de fichas clínicas teniendo en cuenta los variables demográficos como la edad, género y específicas como el tipo de hábito entre ellos la succión digital, interposición de objetos, queilofagia, onicofagia, morder objetos y bruxismo.

Los resultados fueron: presencia de hábitos en un 36%. Según el género las mujeres presentaron un hábito en un 43% y los varones en un 57%. Según la edad el hábito más frecuente fue la interposición de objetos en niños 10 años; seguido por niños nueve años con onicofagia y niños de siete años con queilofagia.²¹

Franco Varas et al. (2011) estudiaron la prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en dentición temporal.

La muestra estuvo conformada por 225 niños de dos a seis años de edad preescolar. El tipo de estudio fue epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal.

En los resultados obtuvieron un alto porcentaje de prevalencia de hábitos nocivos en un 90,7% de los cuales, el hábito con mayor frecuencia fue la succión no nutritiva en un 85,3%. Por lo tanto, se recomendó abandonar la lactancia materna a temprana edad antes de los dos años para prevenir maloclusiones.²²

Campos Arias (2011) realizó el estudio de la prevalencia de maloclusión en las escuelas del distrito de Tacaras-Grecia. Su tipo de estudio fue descriptivo y cuantitativo. Su población estuvo conformada por niños de primer grado de las escuelas Eduardo Pinto, Silvestre Rojas y Cataluña del distrito de Tacaras del cantón de Grecia, provincia de Alajuela.

Su método de recolección de datos fue a través de un cuestionario con datos socio demográfico y clínico.

En sus resultados obtuvo presencia del hábito bucal con mayor frecuencia el uso del chupón en un 66% y chupeteo de dedo en un 19%. Según el tipo de maloclusión, el patrón de Clase II fue el más frecuente con un 10,2%; seguido por Clase III 11,3%; mordida cruzada anterior 19,3% y mordida abierta anterior 14,8%.

El objetivo de su investigación fue promover un programa de salud oral para la prevención de una futura maloclusión y una atención oportuna.²³

García García et al. (2011) realizaron una evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar Tarragona y Barcelona-Madrid.

El tipo de estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Su población estuvo conformada por 296 niños y 674 niñas de 6 a 14 años de Cataluña. La recopilación de datos fue a través de las fichas clínicas.

Los resultados obtenidos fueron: según el tipo de maloclusión la población presento Clase I en un 72,8%; seguido por la Clase II/1 19,0%; Clase II/2 5,2% y Clase III 2,9%. Se halló presencia de hábitos bucales en un 46,4%; de los cuales, el hábito más frecuente fue la onicofagia y se dio más en las mujeres.²⁴

Pipa Vallejo (2011) realizó el estudio de la prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritiva en niños de tres a nueve años en Ferrol.

El tipo de estudio fue observacional, descriptivo. Su población estuvo conformada por 368 niños de tres a nueve años del área Sanitaria de Ferrol. Para su recolección de datos se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La distribución por géneros de la población estuvo conformada por un 43,8% del género masculino y femenino en un 56,3%.

Los resultados fueron: hábito más frecuente fue succión digital.

Según el género las mujeres presentaron con mayor frecuencia el hábito de succión digital en un 60,6% y los varones el hábito de succión digital en un 39,4%. También se halló maloclusiones en un 37,71% de los cuales, la mordida abierta en un 12,5%; mordida cruzada 17,9%; resalte aumentado 28,8% y mordida cruzada 21,4%.²⁵

Acevedo Sierra (2011) estudio que fue realizado en Cuba, evaluó la efectividad de una intervención educativa de escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes que pueden interferir en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático.

Su tipo de estudio fue cuasi experimental con intervención de un antes y después. La población estuvo conformada 67 niños de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes de la escuela primaria de Roberto fleites.

Los resultados obtenidos fueron: presencia de hábitos en un 66% de los cuales, los hábitos más deformantes y más frecuentes fueron la protrusión lingual, succión de biberón y onicofagia. Según la edad el hábito más frecuente fue la protracción lingual en niños de 10 años en un 84,2%; seguido por la succión no nutritiva en niños de ocho años y onicofagia en un 64,7% en los niños de 11 años.²⁶

Álvarez Paucar et al. (2011) realizaron un estudio piloto de la influencia de los hábitos orales en el desarrollo de las maloclusiones en infantes para determinar cuáles son los hábitos más prevalentes en la dentición permanente, se tomaron los niños que acudieron a la clínica del niño de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima- Perú.

Fue un estudio descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes que asistieron el año 2010, para su recolección de datos se realizó a través de una encuesta y un examen clínico.

Los resultados fueron: el hábito más frecuente fue el chupete de biberón en un 84%; seguido por la succión digital en un 38% y respirador bucal 22%. Concluyendo así, que los hábitos más prevalentes son: el hábito del biberón y succión digital.²⁷

Buitrago López et al. (2013) realizaron el estudio de la asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años en el país de Colombia.

El tipo de estudio fue retrospectivo. Su población estuvo conformada por 101 niños que iniciaron su tratamiento ortopédico. La recolección de datos se realizó a

través de historias clínicas, teniendo en cuenta las variables como el tipo de maloclusión esquelética, la relación molar, mordida abierta, mordida profunda, mordida cruzada posterior, over jet aumentada, borde a borde invertido y hábitos orales.

En los resultados obtuvieron una alta incidencia de los hábitos orales en 86,1% de los cuales, los hábitos más frecuentes fueron el empuje lingual y deglución atípica en un 78,2%. Según el tipo de maloclusión, la más frecuente fue Clase III esquelética en un 50,5%; seguido por la Clase II que se relacionó con el grupo de niños de siete a nueve años en un 49,5% y la Clase I se presentó más en el género femenino en un 75%.

Se concluyó así, que las maloclusiones y hábitos orales son muy prevalentes. También se halló asociación de la maloclusión Clase III esquelética con el empuje lingual y deglución atípica.²⁸

Galeano Berna *et al.* (2013) realizaron la investigación de oclusión y hábitos bucales en niños de 5 a 12 años de una Institución Educativa de Medellín-Colombia.

Su tipo de estudio fue transversal. Su población estuvo conformada por 217 escolares de la Institución Educativa Camino de Paz. La recolección de datos fue a través de un examen clínico teniendo como variable el tipo de oclusión según Angle.

Los resultados obtenidos fueron: según el género y el tipo de maloclusión el género femenino presento Clase I acompañado del hábito más frecuente la onicofagia en un 66,7%; seguido por la queilofagia 38, 9% y de igual manera el género masculino presento el tipo de maloclusión Clase I acompañado del hábito más frecuente la onicofagia en un 66,2%; seguido por la interposición de objetos en un 41,2% y queilofagia 32,4%.²⁹

Zapata Dávalos (2014) realiza el estudio de prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en el colegio los Educadores en Lima- Perú.

Realizó un estudio descriptivo y transversal. Su selección de muestra se realizó mediante un muestreo aleatorio sistemático de 154 niños de 6 a 12 años teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

El proceso de análisis estadístico se realizó con el programa estadístico de SPSS versión 15.

Los resultados obtenidos fueron: según el tipo de maloclusión la Clase I fue la más frecuente en un 71,4% y Clase II/1 en un 21,1%. El hábito más frecuente fue la onicofagia en un 25,3% y succión digital 18,2%. En este estudio se concluyó que la Clase I es la más prevalente con presencia de onicofagia.¹⁴

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Hábito

Comportamiento adquirido de aspecto físico y vicioso por la repetición constante de un acto que en un inicio es consciente pero cuanto más se practique se vuelve automático e inconsciente y los músculos realizan contracciones de naturaleza compleja alterando las funciones del sistema estomatognático, produciendo dolor en la articulación temporo mandibular, maloclusiones, neuralgia y mialgia.^{1, 13}

2.2.2 Hábitos perniciosos bucales

Los hábitos bucales son comportamientos adquiridos que se realizan con frecuencia, en un inicio son realizadas de manera consciente y luego

inconscientemente, se manifiestan cuando el niño quiere desahogarse emocionalmente.

Proporciona satisfacción, es agradable y puede favorecer al desequilibrio e instalación de una maloclusión, pero eso dependerá de una combinación de la frecuencia, duración, intensidad y tiempo en el cual se desarrolle el hábito para ser perjudicial en el niño. Los factores desencadenantes es la ansiedad, el miedo, angustia, nerviosismo, estrés, frustración, aburrimiento, estados obsesivos, compulsivos, agresividad, nervios y angustia.

Se manifiestan a partir de los tres hasta los doce años de edad.^{1,2}

Según la etiología se clasifican en:

a) Hábitos bucales no compulsivos: se adopta y se abandona fácilmente cuando el niño tiene más edad.

b) Hábito bucal compulsivo: este se fija y adquiere cuando el niño se siente amenazado.

Hábitos fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo (mecanismos de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal).

Hábitos no fisiológicos: estos abarcan más, ejercen fuerzas sobre los dientes y tejidos blandos.^{1,2, 11, 13, 18}

2.2.2.1 Hábitos de succión

Succión

Es definida como la extracción de un líquido con los labios, es un instinto reflejo innato que se da en las primeras semanas de vida del recién nacido, por lo cual, este reflejo es considerado normal.

Los efectos de la lactancia materna estimulan al desarrollo mandibular, fortalecimiento de los músculos de la mandíbula, en cambio, los niños que se alimentan con biberón pueden retrasar el desarrollo de la formación de los músculos fuertes.

La lactancia materna debe ser quitada cuando existe presencia de dientes temporales, se debe reemplazar la función de succión por función de masticación.^{1, 2,}

6, 7, 8, 9, 10, 11

a) Succión digital

Conocida también como succión no nutritiva, consiste en introducir uno o más dedos en la cavidad bucal para succionarlo.

El niño puede succionar el dedo hasta los tres o cuatro años sin dañar sus dientes, pero después debe ser interrumpida, porque puede dar lugar a alteraciones de maloclusión.^{1, 2, 6, 7}

Etiología

Se trata de una conducta adquirida que ayuda a proporcionar una tranquilidad durante un estado psicológico inestable como el estrés, ansiedad, escape de la realidad a fantasía, miedo, vergüenza, inseguridad, aburrimiento, problemas familiares y escolares.

Las manifestaciones físicas y psicológicas logran romper la homeostasis del sistema autónomo y la única forma que tiene el niño de nivelar su estado de ansiedad es introduciendo sus dedos a la boca y succionarlo.

Este hábito puede presentarse con variantes como chuparse uno o más dedos entre ellos el más frecuente es la succión del dedo pulgar.^{20, 23}

Según la Asociación Dental Americana considera que el niño puede succionar el pulgar hasta los cuatro años sin alterar la estructura de la cavidad bucal, pero debe ser interrumpido cuando existe presencia de los dientes permanentes.^{6, 7, 8, 9}

Características clínicas

- Callosidad en el dorso del pulgar.
- Mordida abierta anterior.
- Distalización de la mandíbula ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo.
- Estrechamiento del arco superior e inferior en piezas posteriores.
- Vestibulización de las piezas anteriores del maxilar superior.
- La mandíbula experimenta una rotación en sentido horario y ejerce una presión negativa intrabucal en consecuencia el paladar se vuelve estrecha y se profundiza.^{1,2, 7, 8, 9,10}

Cualquier succión que sea recurrente después de los cuatro años es considerada como un mal hábito que altera la armoniosidad de los dientes.^{9, 10, 12}

Según la frecuencia

- Intermitentes (diurnos)
- Continuos (nocturnos)

Según la intensidad

- Poco intensa: es pasiva y sin mayor actividad muscular, principalmente los músculos buccinadores.
- Intensa: contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores.⁹

Según la edad

Hasta los tres años: poco significativa, se resuelve de manera natural.

Niños de tres a siete años: se observa clínicamente efectos perjudiciales, pero si cesa antes de los seis años la deformidad es reversible en un gran porcentaje.

Niños de siete a doce años: hábito no tratado puede causar malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueletales.⁹

Tratamiento

El tratamiento en dentición mixta se debe primero modificar la conducta del niño dando recompensas, estimularlo con recordatorios y tratamientos ortodónticos correctivos si es necesario.¹⁶

Es la dentición decidua raras veces existe efectos nocivos, pero si es persistente y recurrentemente puede causar una maloclusión.^{7, 8, 9, 10, 12}

b) Succión labial

Succión labial o interposición labial es cuando se apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores del maxilar superior e inferior para succionarlo.^{7, 11, 12}

Etiología

Es una transferencia del hábito de succión digital, conducta adquirida que ayuda a sentirse relajado durante los estados emocionales como el estrés, ansiedad, aburrimiento, escape de realidad a fantasía, nerviosismo, etc.^{3, 7, 11, 12, 13}

Características clínicas

- Labio superior es hipotónico y labio inferior hipertónico.

- Los músculos cuadrados del mentón producen contracciones musculares, en ocasiones genera una falta de desarrollo de la arcada inferior.²⁰
- Anatómicamente produce una protusión superior.
- Retrusión dentaria mandibular.
- Surco mentolabial marcado.
- Incisivos superiores protruidos e incisivos inferiores retruidos.
- Over jet, resalte incisivo antero posterior aumentado.
- La humidificación continua de la piel sublabial inferior puede determinar dermatitis de déficit tratamiento.^{7, 11, 12}

Tratamiento

El tratamiento indicado es el lip bumper por la humidificación constante del labio.¹⁸

c) Succión de carrillos

En este hábito los carrillos se interponen entre las arcadas posteriores para ser succionadas, causando mordidas abiertas en zonas.¹¹

2.2.2.2 Hábitos de morder

Los hábitos de morder son una transferencia de los hábitos de succión.^{1, 23}

a) Onicofagia

La onicofagia, proviene del griego onyx phagein que significa comer uña es un hábito compulsivo.^{1, 2, 7, 13,14}

Etiología

Muchos niños abandonan los hábitos de succión, por el hábito de morderse las uñas. Su origen se ve en la infancia, adolescencia y raras veces en adultos.

Es un hábito muy difícil de reeducar, es muy disimulable, porque el niño muerde las uñas a escondidas, es decir, que no lo realiza públicamente, por eso muchos individuos arrastran este hábito hasta la edad adulta. Su etiología está vinculada a graves disturbios emocionales.

Características clínicas

- Imperfecciones en los pliegues ungueales.
- Cutículas con paroniquia crónica (inflamación aguda del tejido celular de los dedos).
- Los portadores del hábito casi siempre muerden el mismo lugar, por lo cual, producen maloclusiones localizadas, abrasión y erosión o astillamiento.

Según Moyers refiere y afirma que el morderse las uñas produce algún tipo de maloclusión, en cambio Pinkham postula que este no da indicios que pueda ocasionar maloclusiones.^{1, 2, 7, 13,14, 15}

Tratamiento

Para evitar la concurrencia de este hábito será necesario hablar y sensibilizar al niño hasta que esté dispuesto abandonar el hábito.

Se recomienda al niño que utilice el mordedor de goma por cinco minutos sin parar cuando tenga ganas de morderse las uñas.^{7, 13}

b) Queilofagia

Es el acto de morderse el labio.¹³

Etiología

También es un hábito de la transferencia de los hábitos de succión.¹³

Inicialmente el niño empieza con la succión del labio sujetando entre los incisivos superiores e inferiores, luego empieza mordiéndose el labio y la presión causa las siguientes alteraciones:

- Inclínación vestibular de los incisivos superiores.
- Lingualización de los incisivos inferiores.
- Lesiones en el labio.

La humidificación continua de la piel sublabial inferior puede determinar dermatitis de difícil tratamiento.¹³

c) Glosofagia

La interposición de la lengua para morderlo.¹³

Niños que sujetan la lengua entre los dientes anteriores o posteriores durante actividades como escribir, cuando realiza deporte o están frente a la computadora en los videojuegos.^{17, 23}

Características clínicas

- Mordida abierta anterior, resultante de la infra oclusión de los incisivos causada por interferencia de la lengua.

- Mordida abierta lateral, que puede ser uni o bilateral, porque muchos individuos se muerden la lengua todo el día y para disimular lo realizan con los segmentos laterales de las piezas dentales.¹³

Tratamiento

Para tratar este tipo de hábito se debe realizar una terapia miofuncional y reeducación de la posición lingual o aparatología física o removible como la rejilla lingual.^{17, 19, 23}

2.2.2.3 Deglución atípica

Deglutir significa pasar el alimento o saliva, cerrar los labios y presionar suavemente la lengua contra el paladar llevando el contenido hacia las vías digestivas.

El entrenamiento de saber deglutir correctamente empieza desde el vientre de la madre que comprende en deglutir líquido amniótico. El niño al nacer tiene que saber succionar y deglutir. Esto demuestra de forma evidente que al simple hecho de aproximación del pezón a la boca él bebe lo toma con los labios e inicia la succión y deglute con perfección.

Según STRAUB es muy raro que un recién nacido no sepa succionar y deglutir.

Es considerada deglución atípica cuando el niño realiza la deglución mediante el mecanismo de succionar con interposición de la lengua cuando existe presencia de los dientes temporales.

Este hábito consiste en la interposición de la lengua entre las piezas anteriores

Como la deglución es un mecanismo que se repite de 800 a 1000 veces por día y genera fuerzas suficientes constantes, pueden causar modificaciones dentó alveolares.

En el proceso del recambio dentario de los molares primarios en el segundo año de vida, se inicia la función masticatoria con una actividad neuromuscular en la que interviene todo el aparato estomatognático y el niño deberá dejar el biberón para empezar a beber un vaso o taza.^{2, 7, 11, 12, 13}

Etiología

La deglución atípica se origina por un desequilibrio muscular de la cinta muscular perioral de la lengua.

Las causas más probables de la deglución son:

- Desequilibrio del control nervioso, niños con un problema neurológico no tiene control de la musculatura ni coordinación motora.
- Amígdalas inflamadas (amigdalitis).
- Macroglosia
- Anquiloglosia
- Pérdida temprana de los dientes.
- Diastemas

Evaluación clínica

El primer paso para evaluar la deglución se debe saber lo siguiente.

En el recién nacido la lengua es relativamente grande, está en una posición anterior que pasa por las encías y participa en el cierre anterior de los labios, posición de la lengua llamada infantil/visceral.

Entre los dos y cuatro años se desarrolla la deglución somática/normal.

Si la deglución infantil/ visceral persiste más de los cuatro años se denominará deglución atípica.

Características clínicas

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de los maseteros.
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimiento con la cabeza.
- Soplo en lugar de succión.
- Tamaño y tonicidad de la lengua.
- Escupir o acumular saliva al hablar.
- Dificultad al ingerir alimentos sólidos.
- Alteración de la fonación.
- Falta de contracción de los maseteros.
- Babeo nocturno.^{2, 7, 11, 12, 13, 14, 15}

Tratamiento

Los tratamientos que se realizan son:

- Métodos funcionales: es realizado por el fonoaudiólogo con la finalidad de reeducar la musculatura que interviene en la deglución.
- Métodos psicológicos: acondicionamiento con la hipnosis.
- Métodos mecánicos: realizado por los ortodoncistas, buscan impedir u orientar la posición de la lengua durante la deglución.

- Métodos mixtos: son los más recomendables, porque integran los aparatos con ejercicios mio-terapéuticos específicos.^{11,13}

2.2.2.4 interposiciones de objetos

Hay niños que aparte de succionar el chupete también lo muerden, este hábito puede instalarse de la dentición decidua a la dentición mixta.

La necesidad de morder es inherente una vez que los primeros dientes deciduos establecen oclusión. Cuando este impulso natural de morder no es atendido se producirá la búsqueda para satisfacerlo.

Hay niños que despedazan al chupete el cual, se cambia una vez por mes, lo que refuerza el hábito funcional y el niño comienza a morder la oreja del osito de goma y en fases más adelantadas muerden los lápices o el mango del cepillo de los dientes.^{2, 7, 11, 13}

Características clínicas

- Giroversiones dentarias localizadas.^{11, 13}

2.2.2.5 Respirador bucal

Es el más incorrecto de los hábitos causa muchas deformaciones en la posición de los dientes.

Se considera respirador bucal al individuo que sigue respirando con la boca aun después de haberle quitado los problemas de obstrucción de las vías nasales.

Producto de la inspiración y expiración del aire que pasa por la cavidad bucal se produce un aumento de la presión aérea intrabucal, el paladar se moldea y se profundiza y al mismo tiempo como el aire no transita por la cavidad nasal deja de

penetrar en los senos maxilares los cuales, se vuelven atrésicos, estos pacientes tienen frecuentemente una deglución atípica y una postura de lengua y labios incorrectos.^{2, 7, 11, 13}

Etiología

- Obstrucción de las vías aéreas superiores.
- Desvíos del séptum nasal.
- Inflamación de la membrana basal.
- Cornetes inflamados.
- Adenoides

La respiración bucal normalmente está vinculada a pacientes con interposición de la lengua y de labio.^{2, 7, 11, 13}

Características clínicas

- Facies adenoides (cara estrecha, larga, boca entreabierta, nariz pequeña respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso, surcos genianos marcados, labios entreabiertos hipotónicos y resecos, surco nasolabial profundo, mejillas flácidas y apariencia de ojeras).
- Mordida cruzada posterior uni o bilateralmente acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival.
- Retrognatismo del maxilar inferior.
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia labial.

- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Perfil convexo.^{11,13}
- Maloclusión Clase II de Angle.³

Tratamiento

Evaluación con el otorrinolaringólogo para solucionar la obstrucción nasal, sin embargo, quitar la causa principal no será suficiente para quitar el hábito, por lo cual se requiere un equipo multidisciplinario para corregir el hábito. Y aquí podemos ver algunas de las alternativas de tratamiento.

- Tratamiento quirúrgico: problemas de obstrucción nasal (cornetes nasales hipertróficos, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgicas, bronquitis, etc.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Dispositivos ortodónticos como el aparato de disyunción.
- Terapia miofuncional.^{2, 7, 11, 13}

2.2.2.6 Hábito de postura

Eran conocidos también como hábitos de sueño o descanso. Se instalan generalmente en los primeros meses de vida antes que el niño inicie la fase motora más avanzada de la marcha.^{1, 11, 13}

Etiología

La razón de los límites de cuna es no acostumar al niño a dormir del mismo lado, porque el peso de la cabeza cae hacia la zona donde se apoya y los dientes del maxilar superior experimentan una inclinación hacia palatino causando así una mordida cruzada posterior.

En muchas guarderías los orientadores en el momento del descanso les enseñan a los niños apoyar el rostro sobre las manos. Es un procedimiento poco recomendable, puede ser un hábito de postura. ^{1, 17}

Características clínicas

- Maloclusión unilateral
- Mordida cruzada posterior.
- Asimetría facial y cefálica.¹³

Tratamiento

Como en toda terapia lo ideal son las medidas preventivas como:

- Cambiar de posición al niño en la cuna cada hora alternándose una vez de cada lado.
- Al momento de amamantar se debe cambiar de posición alternando de pecho cada vez.^{17, 20}
- Tratamiento quirúrgico en la dentición permanente cuando la alteración abarca aspectos esqueléticos.^{11, 13}

2.2.2.7 Hábitos de la masticación

La masticación incorrecta o disfunción es considerado un mal hábito cuando la función de masticación se realiza sin un fin nutritivo por la necesidad de satisfacción psicoemocional de querer masticar como por ejemplo: masticar el chicle. Mientras el bruxismo nocturno se realiza inconscientemente. ^{12, 13}

Bruxismo

Se define bruxismo al ruido o movimiento de fricción entre los dientes sin propósitos funcionales y trabajo muscular sin finalidad funcional.

La bruxomanía se caracteriza por el ruido que resulta al rechinar fuertemente entre los dientes sin propósitos funcionales y trabajo muscular de naturaleza compleja.

Este hábito será perjudicial dependiendo la intensidad, tensión emocional, que se pueda evidenciar en las noches. El portador realiza ruidos de briquismo. ^{12, 13}

Características clínicas

- Desgaste oclusal.
- Perdidas dentarias.
- Perdidas de estructuras de soporte (hueso alveolar).
- En el aspecto facial se presenta petrofias musculares (maseteros) y una evidente facies maseterino. ^{20, 23}

2.2.3 Oclusión

Etimológicamente el vocablo oclusión significa cerrar hacia arriba: oc =arriba, cludere=cerrar.

El concepto original se refiere a una acción ejecutada literalmente a un acercamiento anatómico de la relación existente cuando los dientes entran en contacto.

Antony utilizó la palabra articulación para representar las múltiples correlaciones funcionales que puede existir en la oclusión de manera estática.^{10, 11}

Modernamente el concepto de la oclusión dentaria evolucionó de una idea puramente estática a un concepto dinámico incluyendo dientes y estructuras vecinas con especial énfasis en la dinámica del aparato masticatorio y se establezca necesariamente el contacto dentario de uno o varios puntos con movimiento mandibular.¹⁴

La relación del contacto entre los dientes estará dada por las relaciones de protrusión, lateralidad o céntrica.

Según Angle la relación de los maxilares, la musculatura y la articulación temporomandibular siempre al final se adaptaran a la situación dentaria de la posición y relación oclusiva.^{11, 16, 18}

2.2.4 Maloclusión

Se define como una relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cuatro sistemas simultáneamente como a los dientes, huesos, músculos y nervios.³

Tradicionalmente cualquier alteración o desviación de la oclusión es calificada como maloclusión.

La maloclusión es un término universalmente aceptado, comprensible, porque propone los parámetros de lo ideal, normal y anormal de la posición de los dientes.

Es considerado también como una condición patológica, porque los dientes están en una posición inadecuada, puede ser individual, por sectores o arcadas.

Según Moyers su etiología se debe a diversos factores como sistémicos, locales, intrínsecos y extrínsecos.^{3, 7, 12, 16, 17}

Etiología de la maloclusión

- Según la causa: hereditaria, traumática, malnutrición, hábitos, etc.^{3, 12, 16}

2.2.4.1 Clasificación de Angle

Angle en 1899 clasifica las maloclusiones en Clase I, Clase II y Clase III. El supuso que la primera molar permanente superior ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías son a consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior.^{3, 7, 12, 15, 16, 17, 18}

a) Clase I

El autor se refirió a este tipo de maloclusión cuando la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco mesiovestibular de la primera molar inferior.

En los pacientes portadores de Clase I es frecuente la presencia de un perfil facial recto.^{3, 7, 16, 17}

b) Clase II

Tipo de maloclusión donde la primera molar permanente inferior se sitúa distalmente de la primera molar superior. Los pacientes de este grupo presentan un perfil convexo.

La maloclusión clase II se dividió en: Clase II división 1 y Clase II división 2.^{3, 7,}

16, 17

Clase II división 1

Angle situó en esta división las maloclusiones Clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores.

Estos pacientes tienen desequilibrio de la musculatura facial causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores e inferiores. Este desajuste anteroposterior es llamado del resalte de over jet.

El perfil facial de estos pacientes es generalmente convexo y pueden presentar las siguientes alteraciones de posición dentaria.

Mordida profunda

El contacto oclusal de los incisivos esta alterada por el resalte del over bite de los incisivos superiores.

Mordida abierta

Presente en los pacientes con hábitos inadecuados debido a la interposición de la lengua, succión digital o chupón (chupete). Es considerado mordida abierta cuando no existe un contacto entre las piezas posteriores o anteriores.

Problemas de espacio

Falta o exceso de espacio en el arco dentario.

Mordida cruzada

Se ve un resalte de las piezas anteriores del maxilar inferior en relación del maxilar superior.^{3, 7, 16, 17}

Clase II división 2

Esta Clase engloba las maloclusiones de relación molar Clase II y los incisivos están palatinizados o verticalizados.

El perfil de estos pacientes es generalmente perfil recto y levemente convexo ambos asociados por el desequilibrio de la musculatura. Se podrá observar una mordida profunda anterior principalmente donde no existe un contacto interincisal.^{8, 11, 17}

c) Clase III

Angle clasificó como Clase III cuando la primera molar permanente inferior se articula por delante de la cúspide mesiobucal de la primera molar superior permanente.

El perfil facial en general convexo, eventualmente existen problemas de espacio, mordida abierta, mordida profunda.^{8, 11, 17}

2.3 Definición de términos básicos

Micrognatismo: hueso del maxilar disminuido o pequeño.³⁰

ADA: (Asociación Dental Americana).³⁰

Parafuncional: movimiento del sistema masticatorio sin finalidad nutritiva.³⁰

Hemostasias: sistema de autorregulación conducente al mantenimiento de una relativa constancia en la composición del medio interno de un organismo.³⁰

Autónomo: se aplica a una parte del sistema nervioso que regula las funciones vegetativas del organismo (respiración, circulación sanguínea, sudoración, etc.) independientes de la voluntad de la persona.³⁰

Ortopedia: análisis de los efectos dañinos de una relación inadecuada entre el maxilar, la mandíbula sobre los dientes y otras estructuras orales.³⁰

Hipertónico: aumento de la coloración.³⁰

Sublabial: bajo del labio.³⁰

Macroglosia: tamaño excesivo de la lengua.³⁰

Anquiloglosia: unión de la lengua al suelo del piso boca por inserción anómala del frenillo lingual. Por lo general restringe el movimiento de la lengua, produce dificultades para hablar. Puede ser completa o parcial, recibe también el nombre de la lengua adherida, lengua frenata y lengua trabada.³⁰

Somática: relativo al cuerpo, molestias somáticas.³⁰

Fonoaudiólogo: es una disciplina donde se evalúa, diagnóstica las interferencias en los trastornos de la comunicación humana.³⁰

Mioterapia: serie de ejercicios correctivos para la musculatura.³⁰

Paroniquia: llamado también uñero o panadizo, infección del pliegue inguinal de uñas del pie o de las manos.³⁰

Protráctil: lengua que se puede proyectar hacia afuera, hasta una distancia considerable.³⁰

Foniatra: médico especialista en la audición.³⁰

Briquísmo: bruxismo diurno.³⁰

Retrognatismo: posición de la mandíbula en relación al maxilar.³⁰

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Resultados

La recolección de datos se realizó mediante una entrevista estructurada a los padres y una ficha clínica odontológica para determinar cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según el tipo de maloclusión, género y edad. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

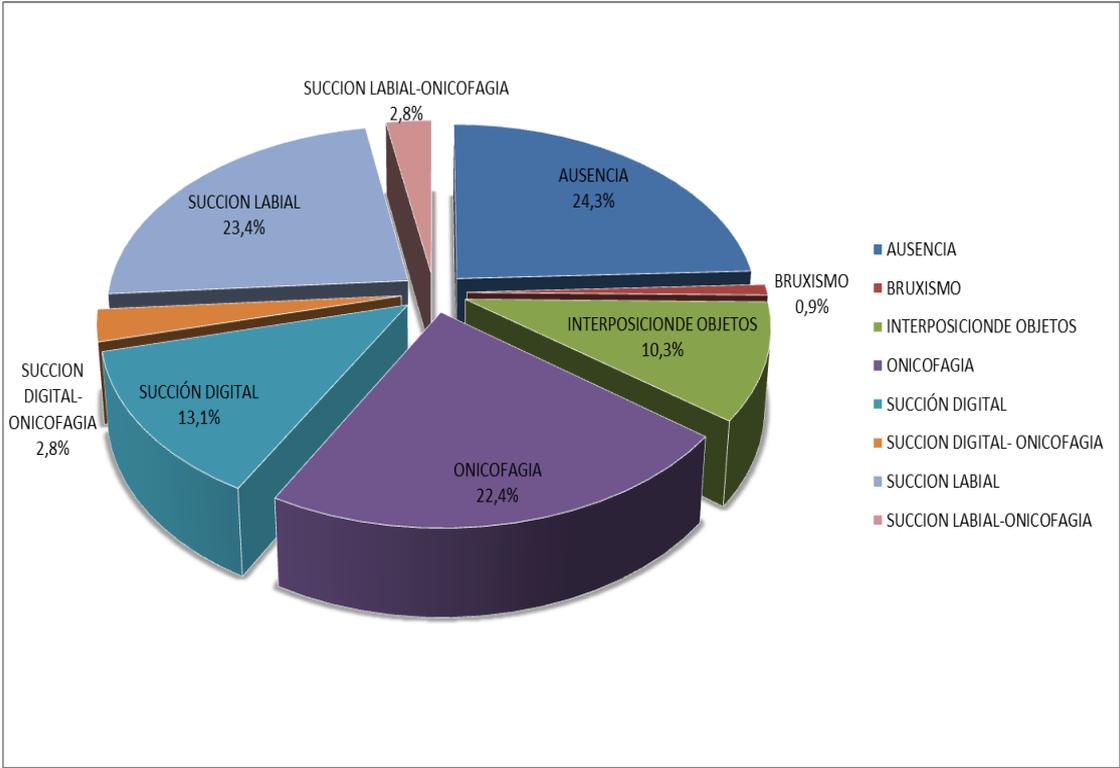
Tabla 1: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión de la asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016

Hábitos perniciosos bucales	Casos	Porcentaje
Ausencia	26	24,3%
Bruxismo	1	0,9%
Interposición de objetos	11	10,3%
Onicofagia	24	22,4%
Succión digital	14	13,1%
Succión digital- onicofagia	3	2,8%
Succión labial	25	23,4%
Succión labial-onicofagia	3	2,8%
Total	107	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Del total de muestra se halló ausencia de hábitos en un 24,3% y presencia de hábitos perniciosos bucales en un 75,7% de los cuales, se muestra con mayor frecuencia la succión labial en un 23,4%; seguido por la onicofagia en 22,4%; succión digital 13,4%; interposición de objetos 10,3%; succión labial-onicofagia 2,8%; succión digital-onicofagia 2,8% y bruxismo 0,9% (Gráfico 1).

Gráfico 1: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Tabla 2: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión

Hábitos perniciosos bucales	Clase I		Clase II/1		Clase II/2		Clase III		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia de hábitos	10	9,3%	3	2,8%	4	3,7	9	8,4%	26	24,3%
Bruxismo	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%
Interposición de objetos	3	2,8%	2	1,9%	6	5,6%	0	0,0%	11	10,3%
Onicofagia	13	12,1%	4	3,7%	2	1,9%	5	4,7%	24	22,4%
Succión digital	9	8,4%	1	0,9%	1	0,9%	3	2,8%	14	13,1%
Succión digital- onicofagia	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	2	1,9%	3	2,8%
Succión labial	11	10,3%	6	5,6%	4	3,7%	4	3,7%	25	23,4%
Succión labial-onicofagia	1	0,9%	1	0,9%	1	0,9%	0	0,0%	3	2,8%
Total	48	44,9%	17	15,9%	19	17,8%	23	21,5%	107	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

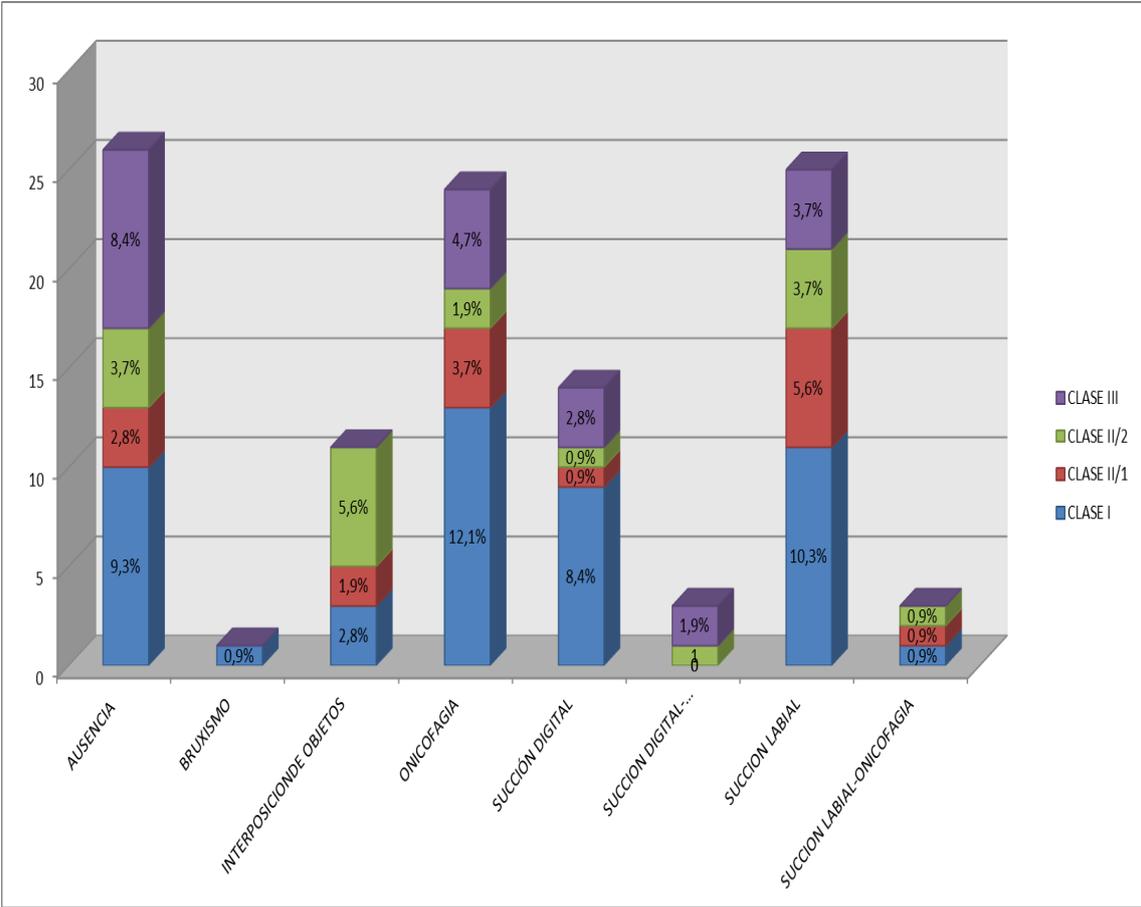
Según el tipo de maloclusión la Clase I es la más frecuente con presencia del hábito de onicofagia en un 12,1%; seguido por succión labial 10,3%; succión digital 8,4%; interposición de objetos 2,8%; succión labial-onicofagia 0,9% y bruxismo 0,9%.

Clase II/1 el hábito más frecuente es la succión labial 5,6%; seguido por onicofagia 3,7%; interposición de objetos 1,9%, succión digital 0,9% y succión labial-onicofagia 0,9%.

Clase II/2 el hábito más frecuente es la succión labial 3,7%; seguido por la onicofagia 1,9%; succión digital 0,9% y succión digital- onicofagia 0,9%.

Clase III el hábito más frecuente es la onicofagia en un 4,7%; seguido por la succión labial 3,7%; succión digital 2,8% y succión digital- onicofagia 1,9% (Gráfico 2).

Gráfico 2: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

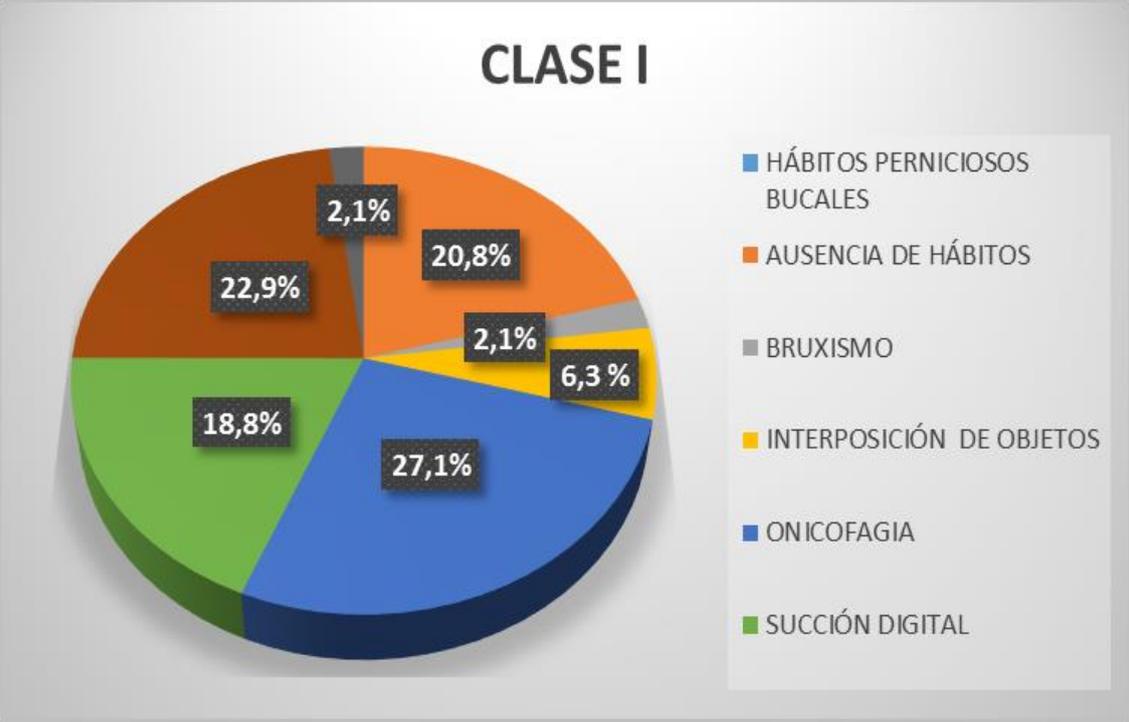
Tabla 3: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase I

Hábitos perniciosos bucales	Clase I	
	Casos	%
Ausencia de hábitos	10	20,8%
Bruxismo	1	2,1%
Interposición de objetos	3	6,3%
Onicofagia	13	27,1%
Succión digital	9	18,8%
Succión digital- onicofagia	0	0,0%
Succión labial	11	22,9%
Succión labial-onicofagia	1	2,1%
Total	48	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

En el tipo de maloclusión Clase I el hábito más frecuente es la onicofagia en un 27,1%; seguido por la succión labial 22,9%; succión digital 18,8%; interposición de objetos 6,3%; bruxismo 2,1% y succión labial- onicofagia 2,1% (Gráfico 3).

Gráfico 3: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase I



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

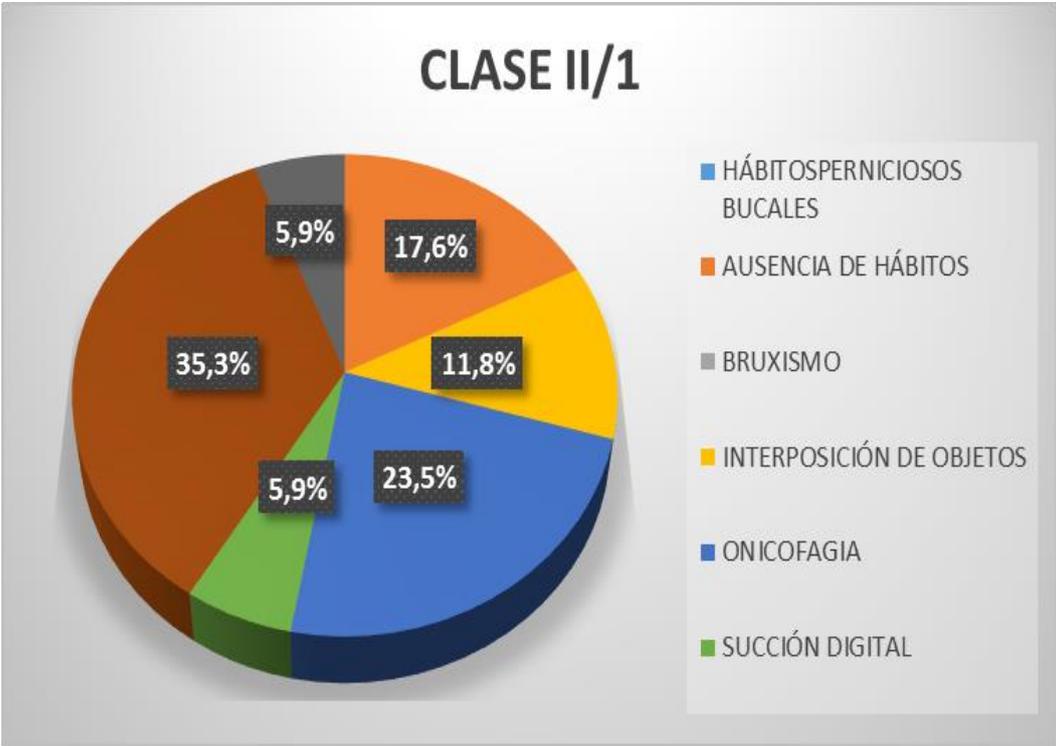
Tabla 4: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase II/1

Hábitos perniciosos bucales	Clase II/1	
	Casos	%
Ausencia de hábitos	3	17,6%
Bruxismo	0	0,0%
Interposición de objetos	2	11,8%
Onicofagia	4	23,5%
Succión digital	1	5,9%
Succión digital- onicofagia	0	0,0%
Succión labial	6	35,3%
Succión labial-onicofagia	1	5,9%
Total	17	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

En el tipo de maloclusión Clase II/1 el hábito más frecuente es la succión labial en un 35,3%; seguido por la onicofagia 23,5%; interposición de objetos 11,8%; succión digital 5,9% y succión labial- onicofagia 5,9% (Gráfico 4).

Gráfico 4: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase II/1



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

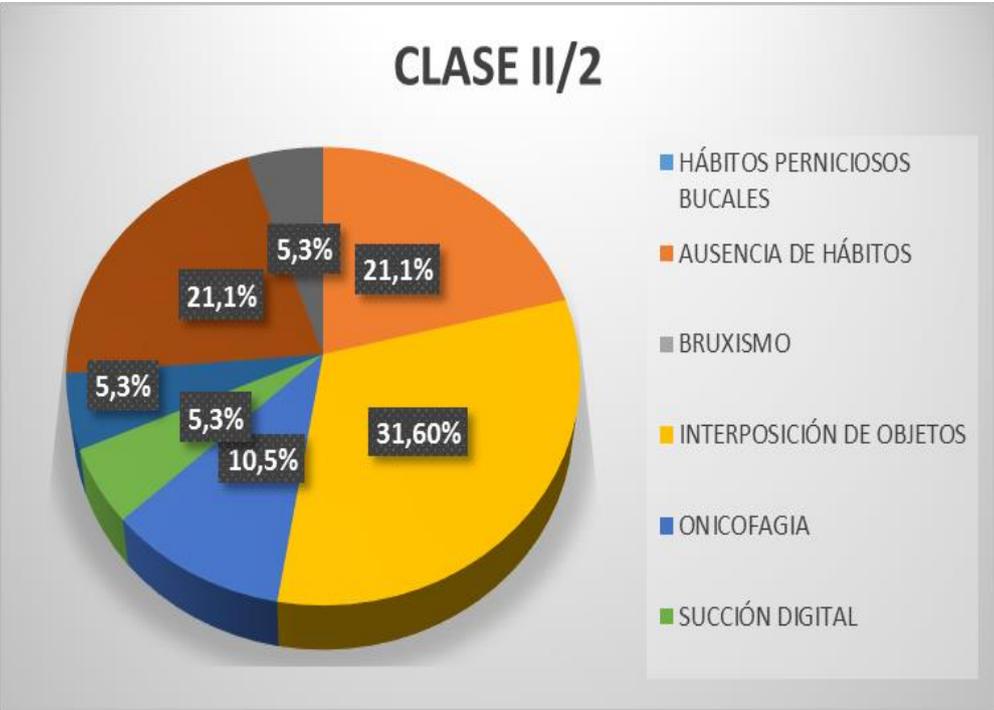
Tabla 5: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase II/2

Hábitos perniciosos bucales	Clase II/2	
	Casos	Porcentaje
Ausencia de hábitos	4	21,1%
Bruxismo	0	0,0%
Interposición de objetos	6	31,6%
Onicofagia	2	10,5%
Succión digital	1	5,3%
Succión digital- onicofagia	1	5,3%
Succión labial	4	21,1%
Succión labial-onicofagia	1	5,3%
Total	19	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

En el tipo de maloclusión Clase II/2 el hábito más frecuente es la interposición de objetos en un 31,6%; seguido por la succión labial en un 21,1%; onicofagia 10,5%; succión digital 5,3%; succión digital-onicofagia 5,3% y succión labial-onicofagia 5,3% (Gráfico 5).

Gráfico 5: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase II/2



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

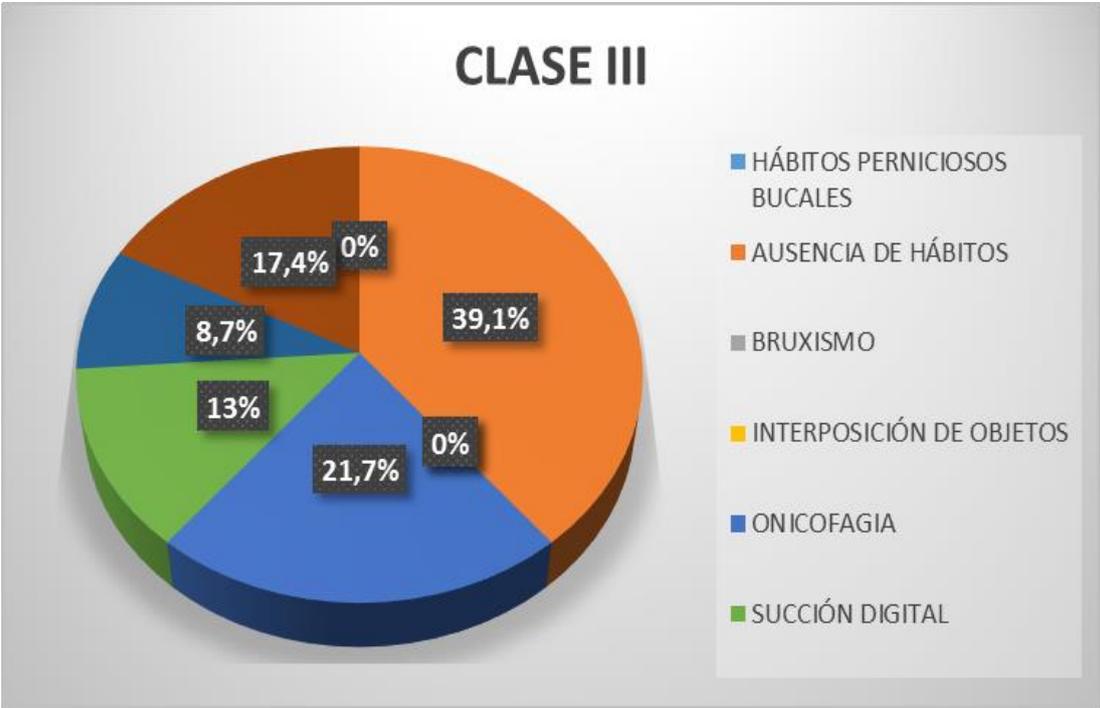
Tabla 6: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase III

Hábitos perniciosos bucales	Clase III	
	Casos	%
Ausencia de hábitos	9	39,1%
Bruxismo	0	0,0%
Interposición de objetos	0	0,0%
Onicofagia	5	21,7%
Succión digital	3	13,0%
Succión digital- onicofagia	2	8,7%
Succión labial	4	17,4%
Succión labial-onicofagia	0	0,0%
Total	23	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

El tipo de maloclusión Clase III el hábito más frecuente es la onicofagia en un 21,7%; seguido por succión labial 17,4%; succión digital 13,0% y succión digital-onicofagia 8,7% (Gráfico 6).

Gráfico 6: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión Clase III



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Tabla 7: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 7 años con maloclusión

Hábitos Perniciosos bucales	Clase I		Clase II/1		Clase II/2		Clase III		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia de hábitos	5	11,1%	2	4,4%	1	2,2%	3	6,7%	11	24,4%
Bruxismo	1	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%
Interposición de objetos	2	4,4%	1	2,2%	2	4,4%	0	0,0%	5	11,1%
Onicofagia	5	11,1%	1	2,2%	1	2,2%	1	2,2%	8	17,8%
Succión digital	4	8,9%	1	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	5	11,1%
Succión digital- onicofagia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,9%	2	4,4%	2	4,4%
Succión labial	6	13,3%	3	6,6%	1	2,2%	1	3,7%	11	24,4%
Succión labial-onicofagia	1	2,2%	0	0,0%	1	2,2%	0	0,0%	2	4,4%
Total	24	53,3%	8	17,8%	6	13,3%	7	15,6%	45	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

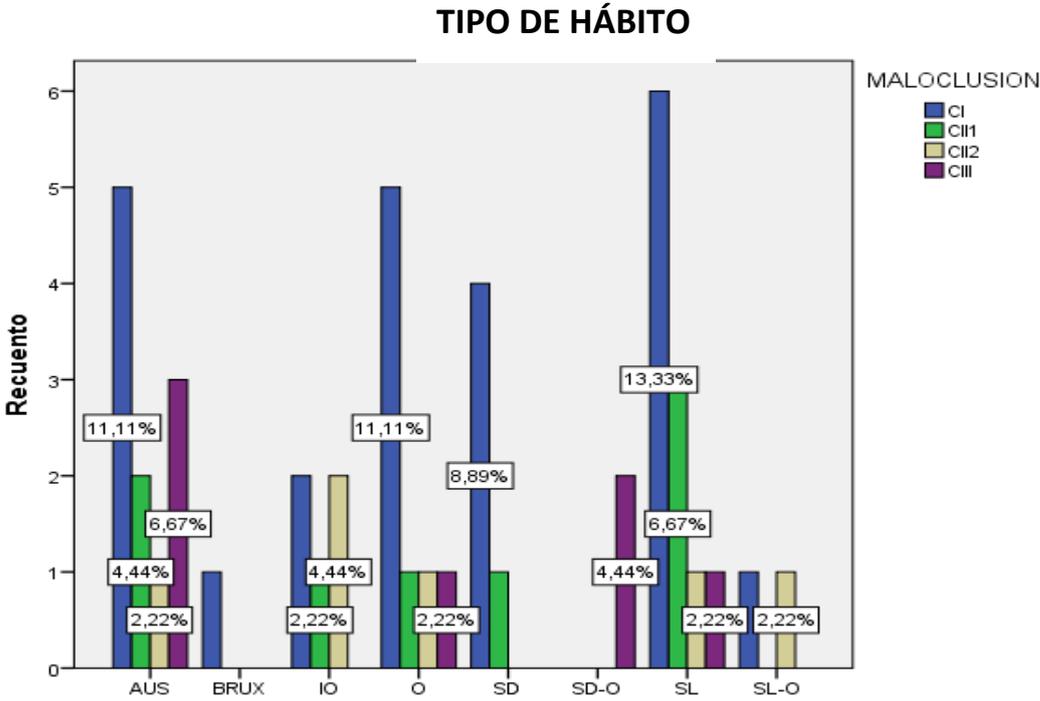
En niños de 6 a 7 años con Clase I el hábito más frecuente es la succión labial en 13,3%; seguido por la onicofagia 11,1%; succión digital 8,9% ; interposición de objetos 4,4%; bruxismo 2,2% y succión labial- onicofagia 2,2%.

Clase II/1 el hábito más frecuente es la succión labial 6,6%; seguido por la interposición de objetos 2,2%; onicofagia 2,2% y succión digital 2,2%.

Clase II/2 el hábito más frecuente es la interposición de objetos en un 4,4%. seguido por la onicofagia 2,2%; succión labial 2,2% y succión labial-onicofagia 2,2%.

Clase III el hábito más frecuente es la succión digital–onicofagia 4,4%; seguido por la onicofagia 2,2% y succión labial 2,2% (Gráfico 7)

Gráfico 7: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 7 años con maloclusión



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Tabla 8: Hábitos perniciosos bucales en niños de 8 a 9 años con maloclusión de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016

Hábitos perniciosos bucales	Clase I		Clase II/1		Clase II/2		Clase III		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia	1	3,3%	0	0,0%	3	10,0%	3	10,3%	7	23,3%
Bruxismo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Interposición de objetos	0	0,0%	1	3,3%	3	10,0%	0	0,0%	4	13,3%
Onicofagia	3	10,0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0,0%	5	16,7%
Succión digital	2	6,7%	0	0,0%	1	3,3%	3	10,0	6	20,0%
Succión digital- onicofagia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,9%	2	4,4%	2	4,4%
Succión labial	3	10,0%	2	6,7%	2	6,7%	0	0,0%	7	23,3%
Succión labial-onicofagia	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%
Total	9	30,0%	5	16,7%	10	33,3%	6	20,0%	30	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

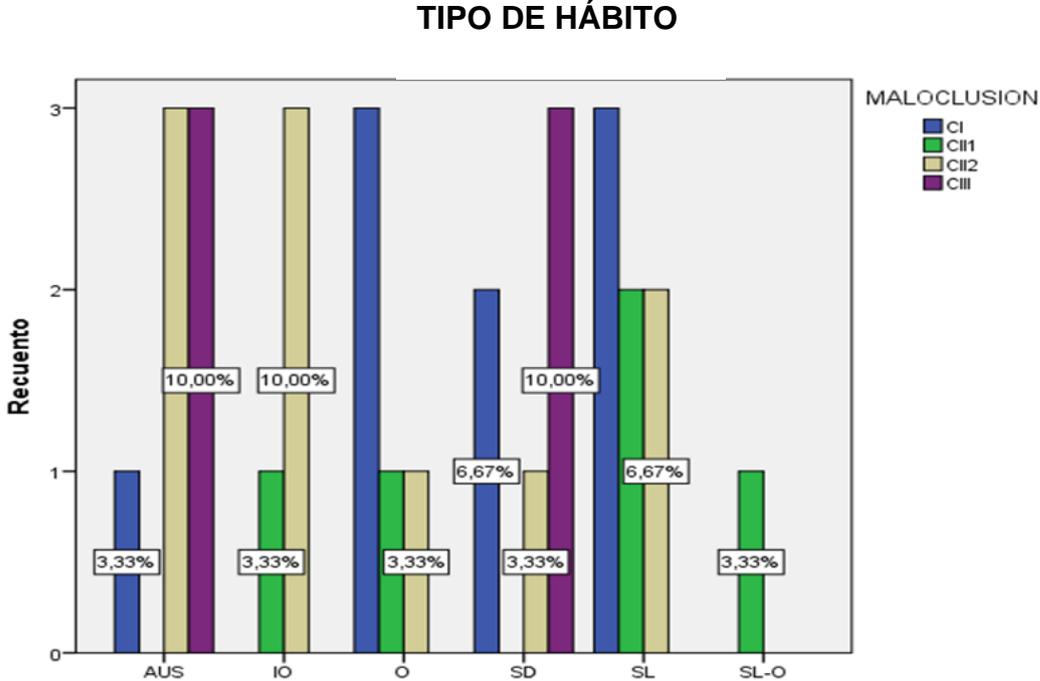
En los niños de 8 a 9 años con Clase I el hábito más frecuente es la onicofagia en un 10,0%; seguido por la succión labial 10,0% y succión digital 6,7%.

Clase II/1 el hábito más frecuente es la succión labial 6,7%; seguido por interposición de objetos 3,3%; onicofagia 3,3% y succión labial- onicofagia 3,3%.

Clase II/2 el hábito más frecuente es la interposición de objetos 10,3%; seguido por la succión labial 6,7%, onicofagia 3,3% y succión digital 3,3%.

Clase III el hábito más frecuente es la succión digital 10,0% y succión digital-onicofagia 4,4% (Gráfico 8).

Gráfico 8: Hábitos perniciosos bucales en niños de 8 a 9 años con maloclusión de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Tabla 9: Hábitos perniciosos bucales en niños de 10 a 11 años con maloclusión de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016

Hábitos perniciosos bucales	Clase i		Clase II/1		Clase II/2		Clase III		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia de hábitos	4	17,4%	1	4,3%	0	0,0%	1	4,3%	6	26,1%
Interposición de objetos	1	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%
Onicofagia	3	13,0%	2	8,7%	0	0,0%	2	8,7%	7	30,4%
Succión digital	2	8,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	8,7%
Succión digital- onicofagia	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	1	4,3%
Succión labial	2	8,7%	1	4,3%	1	4,3%	2	8,7%	6	26,1%
Total	12	52,2%	4	17,4%	2	8,7%	5	21,7%%	23	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

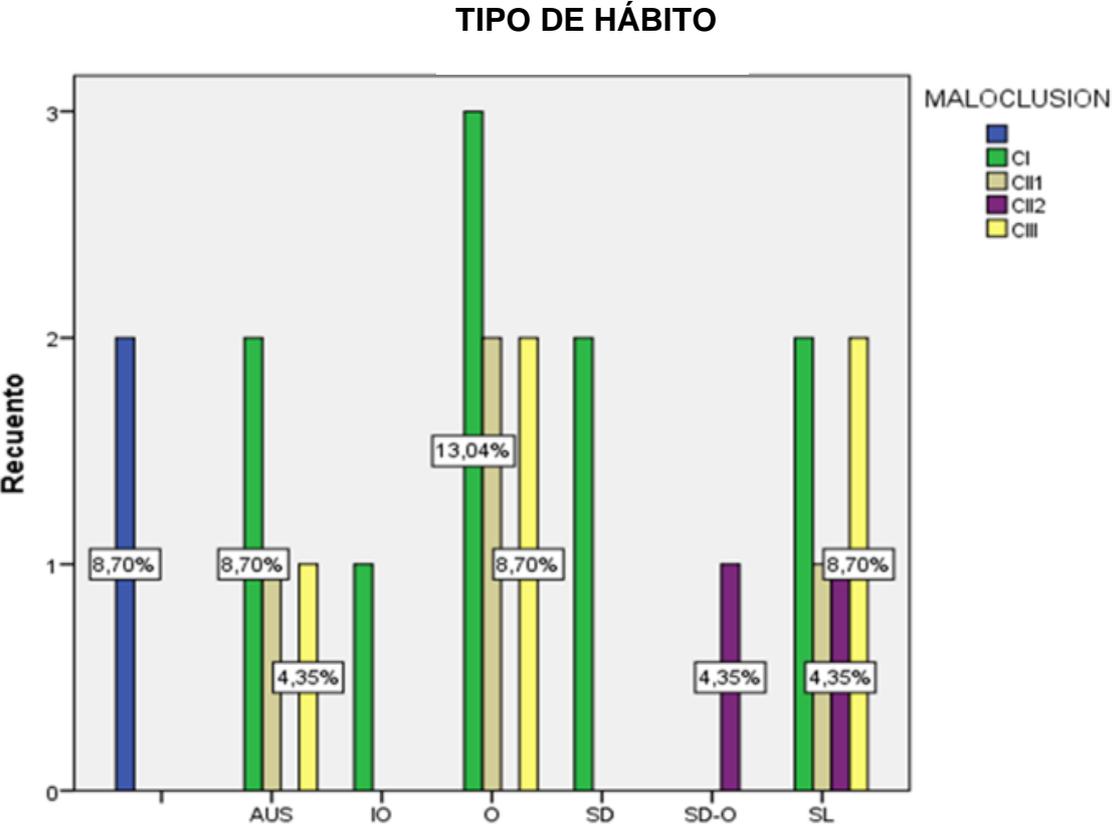
En niños de 10 a 11 años con Clase I, el hábito más frecuente es la onicofagia 13,0%; seguido por la succión digital 8,7%; succión labial 8,7% e interposición de objetos 4,3%.

Clase II/1 el hábito más frecuente es la onicofagia 8,7% y succión labial 4,3%.

Clase II/2 el hábito más frecuente es la succión digital-onicofagia 4,3% y succión labial 4,3%.

Clase III el hábito más frecuente es la onicofagia 8,7% y la succión labial 8,7% (Gráfico 9).

Gráfico 9: Hábitos perniciosos bucales en niños de 10 a 11 años con maloclusión de la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

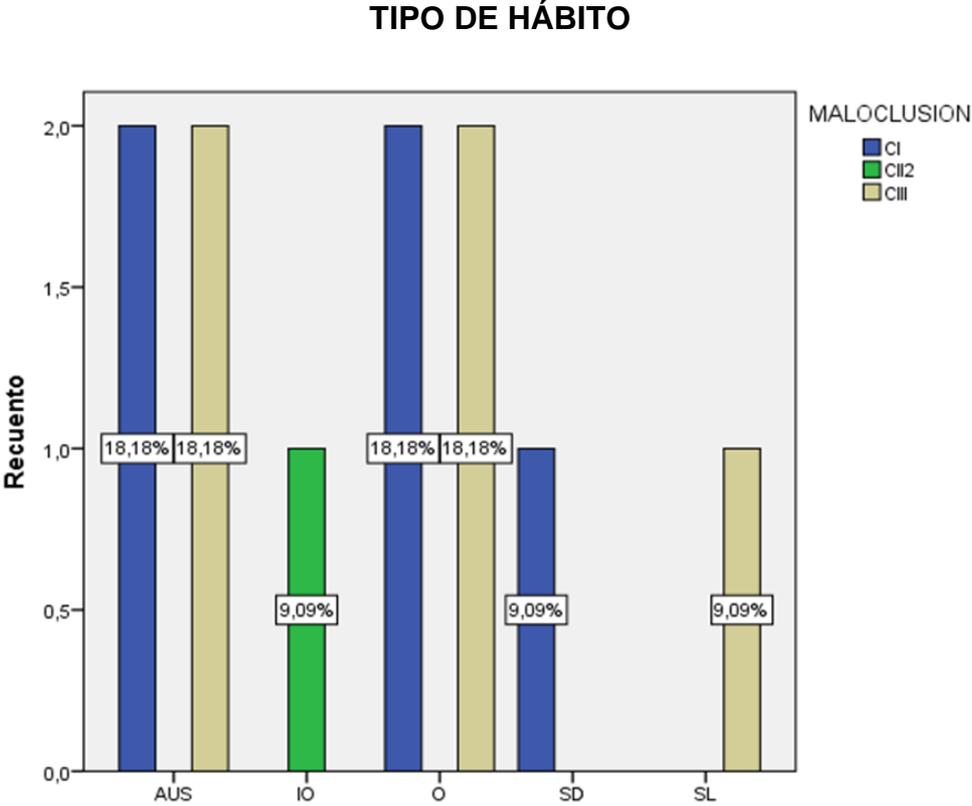
Tabla 10: Hábitos perniciosos bucales en niños de 12 años con maloclusión

Hábitos perniciosos bucales	Clase I		Clase II/2		Clase III		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia	2	18,2%	0	0,0%	2	18,2%	4	36,4%
Interposición de objetos	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	1	9,1%
Onicofagia	2	18,2%	0	0,0%	2	18,2%	4	36,4%
Succión digital	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%
Succión digital- onicofagia	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	1	4,3%
Succión labial	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%	1	9,1%
Total	5	45,5%	1	9,1%	5	45,5%	11	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

En niños de 12 años con Clase I, el hábito más frecuente es la onicofagia 18,2% y succión digital 9,1%; Clase II/2 el hábito más frecuente es la interposición de objetos 9,1% y succión digital-onicofagia 9,1%; Clase III el hábito más frecuente es la onicofagia 18,2% y la succión labial 9,1% (Gráfico 10).

Gráfico 10: Hábitos perniciosos bucales en niños de 12 años con maloclusión



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Tabla 11: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión según género

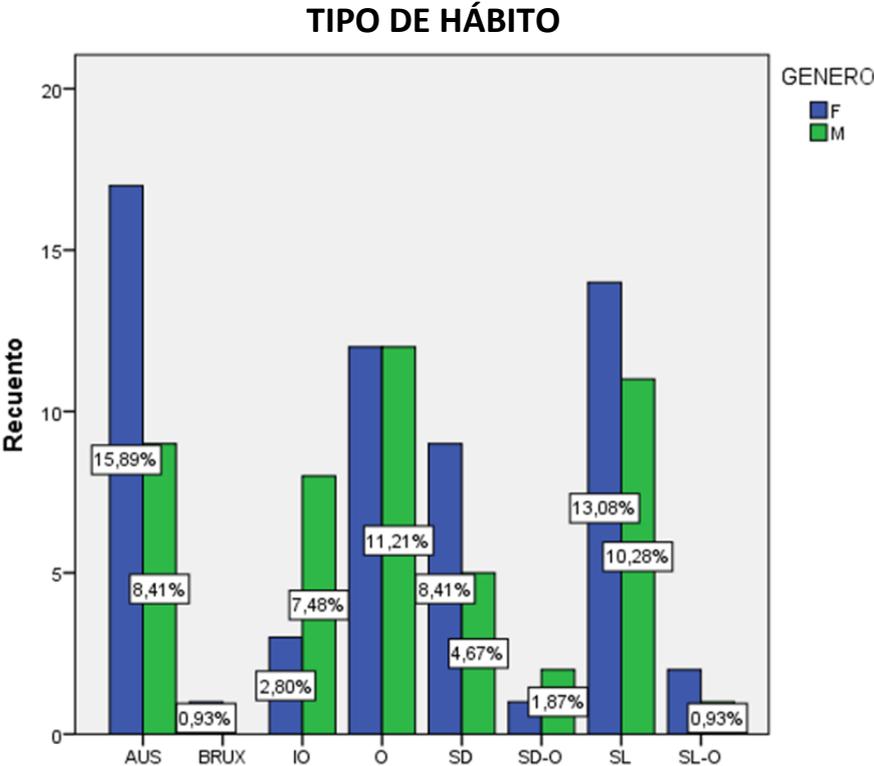
Hábitos perniciosos bucales	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Ausencia	17	15,9%	9	8,4%	26	24,3%
Bruxismo	1	0,9	0	0,0%	1	0,9%
Interposición objetos	3	2,8%	8	7,5%	11	10,3%
Onicofagia	12	11,2%	12	11,2%	24	22,4%
Succión digital	9	8,4%	5	4,7%	14	13,1%
Succión digital- onicofagia	1	0,9%	2	1,9%	3	2,8%
Succión labial	14	13,1%	11	10,3%	25	23,4%
Succión labial-onicofagia	2	1,9%	1	0,9%	3	2,8%
Total	59	55,1%	48	44,9%	107	100%

Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

El género femenino presenta con mayor frecuencia el hábito de succión labial en un 13,1%; seguido por la onicofagia 11,2%; succión digital 8,4%; interposición de objetos 2,8%; succión labial-onicofagia 1,9%; bruxismo 0,9% y succión digital-onicofagia 0,9%.

El género masculino presenta con mayor frecuencia el hábito de onicofagia en un 11,2%; seguido por la succión labial 10,3%; interposición de objetos 7,5%; succión digital 4,7% y succión labial-onicofagia 0,9% (Gráfico 11).

Gráfico 11: Hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión según género



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

3.2 Discusión

Los hábitos perniciosos bucales pueden ser perjudiciales en la estructura dentaria causando futuras maloclusiones.

En este estudio la presencia de hábitos perniciosos bucales es muy alta en un 75,7%. Este resultado concuerda con el estudio de **Buitrago López** ²⁸ en su resultado obtuvo una alta prevalencia de hábitos orales en un 86,1%.

Los hábitos bucales tienen una alta incidencia en la población infantil, porque tiene muchos factores etiológicos como la pobreza, desnutrición, problemas

familiares, disturbios emocionales. El daño que causen dependiendo del tipo de dentición, edad, frecuencia, estándar de crecimiento facial, resistencia ósea alveolar y el tiempo que se practique.^{17, 23}

Del total de la muestra se obtuvo ausencia de hábitos en un 24,3% y presencia en un 75,7% de los cuales, se obtuvo con mayor frecuencia los hábitos de succión labial en un 23,4% y la onicofagia 22,4% (Tabla 1).

Estos resultados concuerdan con el estudio de **Miranda Cruz**¹⁹ en sus resultados obtuvo el hábito con mayor frecuencia fue la succión labial en un 33% y onicofagia 28%.

Como se puede observar en este estudio también se obtuvo con mayor frecuencia el hábito de onicofagia, del mismo modo, se presentaron en otros estudios como el de **García García**²⁴ en sus resultados obtuvo con mayor frecuencia el hábito de onicofagia en un 46,4%; así mismo **Zapata Dávalos**¹⁴ en sus resultados obtuvo con mayor frecuencia el hábito de onicofagia en un 25,3% y la succión digital 18,2%; **Narváez Sierra**²¹ en sus resultados obtuvo el hábito con mayor frecuencia la onicofagia en un 40% y **Montiel Jaime**¹⁹ en sus resultados obtuvo con mayor frecuencia el hábito de onicofagia en un 41%.

Los hábitos de succión son más frecuentes y tienen una alta tasa de incidencia porque es normal, fisiológico en un principio, considerado como acto reflejo funcional para la supervivencia del ser humano en las primeras semanas de vida y esencial para el desarrollo de los maxilares, pero llega a convertirse en hábito pernicioso bucal cuando el niño sigue succionando con presencia de los dientes temporales. El retiro incorrecto de la lactancia materna puede causar inseguridad en el niño y adopte un hábito como la succión labial.^{3, 12, 13}

El hábito de onicofagia tiene una alta incidencia y frecuente, porque es muy disimulable y de difícil restricción.^{1, 13}

Según el tipo de maloclusión, la Clase I fue el más frecuente, acompañado del hábito más frecuente la onicofagia en un 12,1%; seguido por la Clase II/1 acompañado del hábito de la succión labial 5,6% (Tabla 2). Estos resultados concuerdan con el estudio de **García García**²⁴ en sus resultados obtuvo con mayor frecuencia el tipo de maloclusión Clase I en un 72,8% acompañado del hábito de onicofagia en un 46,4% y Clase II/1 en un 19,0%; así mismo **Zapata Dávalos**¹⁴ en sus resultados obtuvo el tipo maloclusión más predominante Clase I un 71,4%; seguida por Clase II/1 en un 20,1% y **Montiel Galeano**²⁹ en sus resultados obtuvo, que no existen diferencias significativas porque ambos presentaron el tipo de maloclusión más frecuente Clase I.

En los resultados se muestra, que el hábito de onicofagia es la más frecuente. El daño que puede causar es una intrusión, porque este hábito realiza una presión en el eje longitudinal del diente, pero esta alteración dependerá de la intensidad, frecuencia, tiempo que se practique.^{1, 13}

La presencia de los hábitos perniciosos bucales en relación con la maloclusión según la edad, los niños de seis a siete años son quienes más presentan un hábito pernicioso bucal como succión labial en 13,3% acompañado del tipo de maloclusión Clase I. (Tabla 7). Así mismo las edades de ocho a nueve años presentan el hábito de onicofagia en un 10,0% y succión labial 10,0% acompañado de Clase I (Tabla 8). Estos resultados concuerdan con los estudios de **Narvárez Sierra**²¹ en sus resultados, los niños de ocho años fueron los más vulnerables para adoptar el hábito de onicofagia en un 32,7%; acompañado de Clase I; así mismo **Montiel Jaime**¹⁹ en

sus resultados según la edad, los niños de 6 a 8 años presentaron el hábito de onicofagia en 41%.

Las edades de 6 a 9 años con presencia del hábito de succión labial y onicofagia ambos con Clase I, da entender, que esas son las edades más vulnerables para adoptar un hábito pernicioso bucal por su inmadurez emocional.^{3, 7,12, 13}

Según el género, las mujeres son quienes más presentan un hábito pernicioso, de los cuales, el más frecuente es la succión labial en un 13,1%; seguido por la onicofagia en 11,2%(Tabla 12). Estos resultados concuerdan con el estudio de **Galeano Berna**²⁹ en sus resultados obtuvo mayor predisposición de poseer un hábito las mujeres en un 66,7%; así mismo **Montiel Jaime**²⁰ en sus resultados según el género, las mujeres tienen mayor prevalencia de presentar el hábito de onicofagia en un 25%.

En los resultados se muestra que el género femenino es la más vulnerable, para adoptar un hábito, la etiología es un misterio. Según otros estudios consideran como etiología a la educación sexista recibida entre ambos sexos, donde las mujeres son sometidas a más indicadores de presión y supresión psicosocial.^{24, 25}

Cualquier niño puede ser vulnerable para adoptar los hábitos perniciosos bucales, porque los factores etiológicos no tienen una predisposición por un género específico, entre ellos: la inmadurez emocional, problemas familiares, falta de afecto, desnutrición, nacimiento de un nuevo integrante en la familia, bullying, etc.

3.3 Conclusiones

- Se determinó como los hábitos más frecuentes, la succión labial y onicofagia.
- Según el tipo de maloclusión Clase I se presentó el hábito más frecuente la onicofagia y la succión labial; Clase II/1 se presentó el hábito más frecuente la succión labial y onicofagia; Clase II/2 se presentó el hábito más frecuente interposición de objetos y succión labial y Clase III se presentó el hábito más frecuente la onicofagia y succión labial.
- Según la edad los niños de 6 a 7 años se presentó el hábito más frecuente la succión labial, onicofagia y succión digital; niños de 8 a 9 años se presentó el hábito más frecuente la onicofagia, succión digital y succión labial; niños de 10 a 11 años se presentó los hábitos más frecuentes la onicofagia, succión digital y succión labial: niños de 12 años se presentó el hábito más frecuente la onicofagia y succión digital.
- Según el género, la población femenina es quien tiene mayor porcentaje de casos con hábitos bucales en comparación del género masculino y entre los hábitos más frecuentes se presentó el hábito de succión labial y onicofagia.

3.4 Recomendaciones

- Se recomienda para los próximos estudios realicen una previa charla educativa de hábitos perniciosos bucales a toda la población en general y habilitar un lugar o espacio para realizar el examen clínico a todo los niños.
- Realizar una investigación más específica para cada hábito pernicioso bucal y así ver mayor perspectiva de los efectos nocivos de los hábitos perniciosos bucales midiendo el tiempo y frecuencia para hallar datos más relevantes e interesantes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Márquez Netto, Mercadante Marilia. Hábitos en ortodoncia. Ortodoncia y planificación clínica. Sao Paulo; 2002. p. 253-278.
2. Muller Reni, Piñero soledad. Hábitos Orales. Rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; Pág. 383.
3. Freitas Paixao Ronald, Fuziy Acacio. Maloclusión cuando y como tratar. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares: Artes Medicas; Brasil. 2002.
4. ENI. Glosario de términos demográficos y estadísticas vitales proyecciones de población. Chile; 2012. Disponible en:
<http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>.
5. Hernández Campieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista María del pilar. Metodología de la investigación baptista; 5ta Ed. Edit. Mc Graw-Hill Interamericana; 2010. Disponible en:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
6. Pita Fernández S. Determinación de tamaño muestral. Unidad de epidemiología clínica y bioestática. Complejo hospitalario Juan Canalejo, Acoruña. Cad. Aten. Primaria 1996; Cap. 3. p 138-144. Disponible en:
http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/tamano_muestral2.pdf
7. Zarellano Castillo Karina Lizzete. Presencia de hábitos orales deformantes de la oclusión y maloclusión dental en una población escolar de 3ro, 4to y 5to año de primaria en el área metropolitana de Monterrey. Tesis. Monterrey. 2013. Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/3710/1/1080256734.pdf>

8. Quirós Oscar. Diagnóstico. Manual de ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia interceptiva; 2da Reimpresión. Colombia.1993. p. 18-21.
9. Víquez Arias María Gabriela. Hábitos de succión digital y deglución atípica. Tesis para optar título de especialista en ortodoncia y ortopedia funcional. Universidad latinoamericana de ciencia y tecnología; 2010. Disponible en. http://www.ulacit.ac.cr/files/proyectosestudiantiles/archivos/esp/367_succindigital.pdf
10. Viazis Anthony D. DDS, MSI. Succión del pulgar y control de hábitos. Atlas de ortodoncia principios aplicaciones clínicas: Edit. Panamericana. 2009. p. 215-217. Gregoret Jorge. Examen funcional. Ortodoncia y cirugía ortognática diagnóstico y planificación. ESPAXS publicaciones médicas. Barcelona. 1997.
11. Alael de Paiva Lino. Hábitos y sus influencias en la oclusión. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares: Artes Medicas; Brasil; 2002. p. 69-80.
12. Sobral Costa Teresa. Influencia de parámetros infantiles y hábitos orales en la oclusión de niños de 3 a 5 de edad. Tesis doctoral; Granada; 2011. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/19995362.pdf>.
13. Zapata Dávalos Mónica. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los Educadores. Tesis. Lima Perú. 2013. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf
14. Gonzales María Matilde. Conocimiento sobre hábitos de succión en pediatras y odontólogos de lima metropolitana Cuba. Tesis. Perú. 2012. Disponible en:

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1645/CUBA_GONZ

15. Alves Cardoso Rielson José. Maloclusiones. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares: Artes Medicas. Brasil; 2002. p. 27-49
16. Brusola Canut José Antonio. Desarrollo de la oclusión. Ortodoncia clínica y terapéutica; 2da Ed. Valencia; 2000.p.43-68.
17. Estrella Sáenz Alexandra. Asociación de hábitos orales con maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar. Tesis universidad autónoma de nuevo león. 2007. Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/3647/1/1080256745.pdf>.
18. Miranda cruz Jacqueline, Villanueva Nandayapa Edgar, Sánchez Aldama Marayuli. Hábitos orales más frecuentes en una población de 5 a13 años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar. 2003. Disponible
En:<http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>
19. Montiel Jaime María Elena. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos bucales perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Rev. ADM. México 2004. Disponible en:<file:///F:/od046c.pdf>
20. Narvárez sierra Fernanda María, Muñoz Eraso Yolima Alicia, Villota Bravo Carlos David, Mafla chamorro Ana Cristina. Hábitos orales de 6 a 10 años de la escuela ITSIN de San Juan de Pasto. Scielo. Disponible en:
http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf

21. Franco Varas V.; B. Gorritxo Gil. García izquierdo F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. Scielo. Rev. Pediátrica Aten Primaria; vol. 14. Madrid mar. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322012000100002&script=sci_arttext
22. Campos Arias Flor María. Prevalencia de maloclusión en las escuelas del distrito de Tacaras. Publicación científica facultad de odontología. UCR. 2011. Disponible en: <http://www.fodo.ucr.ac.cr/sites/default/files/revista/Prevalencia%20de%20malclusi%C3%B3n%20en%20las%20escuelas%20del%20distrito%20de%20Tacaras%20Grecia%202011.pdf>
23. García García V.J.; Ustrell J.M.; Sentís Villalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones y hábitos orales en una población escolar. Tarragona 2011; Vol. 27. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67971/1/618381.pdf>
24. Pipa vallejo A.; Cuerpo García de los Reyes, López Arranz Monje, Gonzales García M.; Pipa Muñiz.; Acevedo Prado A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. 2011. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n3/original3.pdf>
25. Acevedo Sierra Odalis, Mora Pérez Clotilde, Capote Femenias José Luis, Rosell Silva Clara Rosa, Hernández Núñez Yuritza. Scielo. Rev. Medisur. Abril 2011; vol. 9. Disponible en: [Abr. 2011:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727897X2011000200006&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727897X2011000200006&script=sci_arttext)

26. Álvarez Paucar María Angélica, Quiroz Gonzales Katherine, Chamilco gamarra Ana Sari, Vázquez Tokuchi Cesar Akira, Lusa Yaranga Iía, Huanca Sánchez Jessica. *et. al.* Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. PDF .2011. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2011_n2/pdf/a05v14n2.pdf
27. Buitrago López Adriana, Gómez Mancilla Jhonatan, Salazar Sandoval Sídney, Morón Cotes Liliana, Perilla Reyes Juan Carlos, Barrera Chaparro Judith. (2011). Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120>
28. Galeano Berna Gheraldyn, Patricia Mocha-Rigchag Sandra, Osorio-López Sandra Milena, López-Herrera David Esteban, Tobón-Arango Fabio E., Agudelo-Suárez Andrés A. Oclusión y hábitos bucales en niños de 5 a 12 años de una Institución Educativa de Medellín. 2012. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/563/538>.
29. Fernando Manuel Rodríguez Ortiz. Glosario odontológico. Coordinación de prótesis dental parcial fija y removible. 2008. Disponible en: <http://www.odonto.unam.mx/pdfs/glosariofinalesp.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

HÁBITOS PERNICIOSOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON MALOCCLUSION EN LA ASOCIACIÓN SHIPIBA ASHIREL DISTRITO DEL RÍMAC 2016

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES Y DIMENSIONES	MARCO METODOLÓGICO
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL		
¿Cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación shipiba ASHIREL distrito del Rimac-2016?	-Determinar los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016	<p>VARIABLE</p> <p>Hábitos Perniciosos Bucales</p>	<p>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN TIPO DE INVESTIGACIÓN -Descriptiva NIVEL DE INVESTIGACIÓN -Básica MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN -Cualitativo -No experimental -Transversal POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN A) POBLACIÓN La población estará conformada por todos los niños de ambos sexos de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación shipiba ASHIREL B) MUESTRA En el presente estudio la muestra se tomó a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. En el cual, se tomaron El total de la muestra fue 107 niños TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS A) TÉCNICA -Observacional B) INSTRUMENTOS -Fichas clínicas odontológica -Entrevista estructurada a los padres</p>
		<p>DIMENSIÓN</p> <p>Hábitos Perniciosos Bucales</p>	
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DIMENSIÓN	
¿Cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016?	-Determinar los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años según el tipo de maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016?	Tipo de maloclusión	
¿Cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según la edad?	-Determinar los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según la edad.	Edad	
¿Cuáles son los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según el género?	-Determinar los hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión en la Asociación Shipiba ASHIREL distrito del Rímac 2016 según el género.	Género	

Anexo 2: Consentimiento informado

Estamos solicitando su cooperación voluntaria para incluir a su menor hijo dentro de la investigación hábitos perniciosos bucales en niños de 6 a 12 años con maloclusión de la Asociación Shipiba distrito del Rimac-2016.

Yo _____ indentificado con DNI N° _____ Autorizó a la tesista: Bonifacio Villanueva Yoana, para que realice el examen clínico odontológico de mi menor hijo(a):

Se me informo todo sobre el estudio, los objetivos, la importancia, tiempo aproximado del examen clínico y que las fotografías tomadas serán protegidas en el anonimato.

Todo se me explicó con un lenguaje claro y sencillo, en caso de alguna observación o duda, fueron aclaradas.

Por lo tanto; de manera consciente y voluntaria doy mi autorización para que se realice el determinado procedimiento.

Lima.....

Firma del investigador

Firma del apoderado

Anexo 3: Entrevista dirigida a los padres o apoderado

Con la finalidad de diagnosticar la presencia de los hábitos perniciosos bucales en su niño, agradeceremos su cooperación, pidiéndole que responda las siguientes preguntas:

1 ¿Conoce usted algún hábito que provoque deformidades en los dientes de su hijo(a)?

SI NO

2 ¿Cuáles de los hábitos que aparecen a continuación pueden perjudicar la posición de los dientes de su hijo?

Hábitos	Si	No
Succión digital		
Succión labial		
Succión de carrillos		
Onicofagia		
Glosofagia		
Queilofagia		
Deglución atípica		
Interposición de objetos		
Respirador bucal		
Hábitos de postura		
Hábitos de masticación Bruxismo		

3 ¿Cuáles de los hábitos perniciosos bucales cree usted tiene su hijo?

Hábitos	Si	No
Succión digital		
Succión labial		
Succión de carrillos		
Onicofagia		
Glosopatía		
Queilofagia		
Deglución atípica		
Interposición de objetos		
Respirador bucal		
Hábitos de postura		
Hábitos de masticación Bruxismo		

Anexo 4: Ficha odontológica

N° de expediente _____

Nombre _____

Género: F M

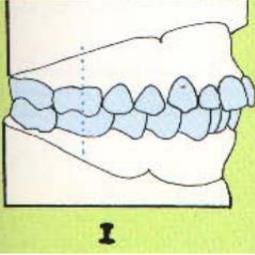
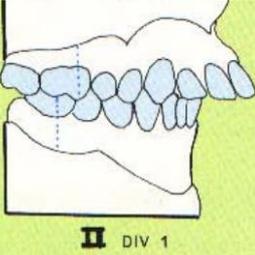
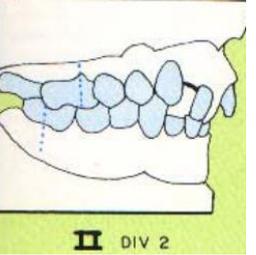
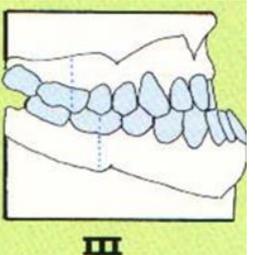
Edad _____

HÁBITOS ORALES:

Hábitos	Si	No
Succión digital		
Succión labial		
Succión de carrillos		
Onicofagia		
Glosofagia		
Queilofagia		
Deglución atípica		
Interposición de objetos		
Respirador bucal		
Hábitos de postura		
Hábitos de masticación		
Bruxismo		

OCCLUSIÓN DENTAL

TIPOS DE OCCLUSIÓN

Neutroclusión CLASE I	Distocclusión CLASE II/1	Mesioclusión CLASE II/2	Mesioclusión CLASE III
 <p>I</p>	 <p>II DIV 1</p>	 <p>II DIV 2</p>	 <p>III</p>

Anexo 5: fotografías

Fotografía 1



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Niño de ocho años con presencia del hábito pernicioso bucal de succión labial.

Fotografía 2



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Niño de nueve años con presencia del hábito pernicioso bucal de onicofagia

Fotografía 3



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Niña de nueve años con presencia del hábito pernicioso bucal de succión digital.

Fotografía 4



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Niña de siete años con presencia del hábito pernicioso bucal: succión digital.

Fotografía 5



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Paciente niño de siete años con presencia del hábito pernicioso bucal: queilofagia.

Fotografía 6



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Niña de siete años con presencia del hábito pernicioso bucal: interposición de objetos

Fotografía 7



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Niña de nueve años con presencia del hábito pernicioso bucal de bruxismo.

Fotografía 8



Fuente: Yoana Bonifacio Villanueva

Niño de seis años con presencia del hábito pernicioso bucal de succión labial

Anexo 6



Pueblo Libre, 11 de Febrero del 2016

Sra. Guirda Karina Pacaya Cruz
Dirigente de la Asociación Chipiba Ashirel
Rímac

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al alumna YOANA BONIFACIO VILLANUEVA con código 2007218621, con el N° de DNI 45910976 de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recoger información en la el área que usted dirige y que pueda usted permitir realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "HABITOS PERNICIOSOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON MALOCLUSIONES EN LA ASOCIACION SHIPIBA ASHIREL EN EL DISTRITO DEL RIMAC EN EL MES DE FEBRERO DEL 2016"

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

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

Atentamente,

UAP UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Anexo 7

Lima, 13 de febrero del 2016

CONSTANCIA DE RECEPCION DE ESTUDIO

DE: SR(A) : GUIRDA KARINA PACAYA CRUZ

DIRIGENTE DE LA ASOCIACION PRO- VIVIENDA DE SHIPIBOS RESIDENTES EN LIMA. "ASHIRELY"

A: DRA. ESPECIALISTA MIRIAM VASQUEZ SEGURA

DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

Por intermedio de la presente, la saludo cordalmente para comunicarle que, como Dirigente de esta asociación me permita a aceptar este documento para la realización de estudio:

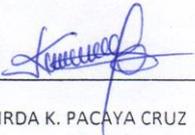
"HABITOS PERTURBADOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON MALOCCLUSIÓN
EN LA ASOCIACIÓN SHIPIBA "ASHIREL" EN EL DISTRITO DEL RIMAC DEL 2016"

Presentado por LA bachiller: YOANA BONIFACIO VILLANUEVA

Sin otro particular me despido de Usted.

Atentamente




GUIRDA K. PACAYA CRUZ

