



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

TESIS

**RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES Y MALOCCLUSIÓN
EN NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA IEP N° 82668, SAN
JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC BAMBAMARCA,
CAJAMARCA, 2018.**

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

AUTOR:

Bach. CRUZADO PAZ, CRISTIAN ANTENOR.

Asesora:

Dra. Valenzuela Ramos, Marisel Roxana

CHICLAYO-PERÚ

2018

**RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES Y MALOCCLUSIÓN
EN NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA IEP N° 82668, SAN
JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC BAMBAMARCA,
CAJAMARCA, 2018.**

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

AUTOR:

Bach. CRUZADO PAZ, CRISTIAN ANTENOR.

Asesora:

Dra. Valenzuela Ramos, Marisel Roxana

CHICLAYO-PERÚ

2018

Bach. CRISTIAN ANTENOR CRUZADO PAZ.

**RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES Y
MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA IEP
N° 82668, SAN JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC
BAMBAMARCA, CAJAMARCA, 2018**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de cirujano dentista por la Universidad Alas Peruanas

CHICLAYO-PERÚ

2018

Se dedica este trabajo:

A nuestro Dios que me ha dado la vida, fortaleza y sabiduría para lograr mis objetivos y siempre está a mi lado guiándome por el buen camino.

A mis padres Wilde Cruzado Malaver, Isabel Paz Flores, por ser el primer motivo para seguir a delante, a quien les debo el gran apoyo incondicional que me han brindado.

A mis hermanos Patricia, Yesmery, Jerson y en especial a mi abuelita María Del Socorro Malaver Morales, que significa una parte muy importante en mi caminar.

CRISTIAN.

Se agradece por su aportación para el desarrollo de esta tesis a:

Agradecer a mis profesores que durante toda mi vida universitaria han aportado en mi formación académica. En general a todos los doctores de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo, que nos enseñaron, a quienes les debo gran parte de mi conocimiento, gracias por su paciencia y enseñanzas, para concluir un entero agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió sus puertas a jóvenes como yo, preparándome para el futuro competitivo y formándome como persona de bien.

Agradecer a los magísteres por su asesoría y ayuda constante en la realización del presente trabajo.

CRISTIAN.

Resumen

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo principal determinar si existe relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N° 82668, san juan de Lacamarca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, 2018.

El diseño de la investigación es descriptivo de corte transversal correlacional no experimental sobre relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N° 82668, san juan de Lacamarca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, 2018, con una muestra de 50 niños. Se emplearon un método de estudio; encuesta de la cual se obtuvieron porcentajes. Siendo la relación de los resultados los esperados, verificando así la hipótesis planteada que los hábitos bucales tiene una existe una relación con la maloclusión dental.

Los resultados del estudio arrojaron, de los niños atendidos, el Hábito bucal más común es la succión de objetos con 50 casos, de los cuales el 68% presenta maloclusión clase I seguido de 16 casos, en el caso de succión digital también presenta 50 casos de los cuales 29 (58%) siendo maloclusión clase I y 21(42%) maloclusión clase II-div 1.

Concluyendo en su totalidad de los niños identificados con hábitos bucales, la relación que se halló con la presencia de maloclusiones dentarias, fue la succión de objetos fue la más frecuente, provocando las maloclusiones I y II.

Palabras clave: Relación, hábitos bucales, maloclusión dental, succión de objetos, succión digital, niños.

Summary

The main objective of the present study was to determine whether there is a relationship between oral habits and malocclusion in children 10 and 11 years old of IEP No. 82668, San Juan de Lacamaca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, 2018.

The design of the investigation is descriptive of non-experimental correlational cross-section on the relationship between oral habits and malocclusion in children 10 and 11 years of age of IEP No. 82668, San Juan de Lacamaca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, 2018, with a sample of 50 children. A study method was used; survey from which percentages were obtained. Being the relationship of the expected results, thus verifying the hypothesis that oral habits have a relationship with dental malocclusion.

The results of the study showed, of the children attended, the most common oral habit is the suction of objects with 50 cases, of which 68% present class I malocclusion followed by 16 cases, in the case of digital suction also presents 50 cases of which 29 (58%) being class I malocclusion and 21 (42%) class II-div malocclusion 1.

Concluding in its totality of the children identified with oral habits, the relationship that was found with the presence of dental malocclusions, was the suction of objects was the most frequent, causing malocclusions I and II.

Key words: Relationship, oral habits, dental malocclusion, suction of objects, digital suction, children.

Índice

INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Descripción de la realidad problemática:.....	13
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.4. Justificación de la investigación	15
1.5. Limitaciones del estudio.....	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.2. Bases teóricas.....	21
2.2.1. Hábitos Orales.....	21
2.2.2. Maloclusión Dental.....	32
2.3. Términos Básicos.....	38
CAPTITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	39
3.2. Variables; Definición Conceptual y Operacional	40
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	41
4.1. Diseño metodológico.....	41
4.2. Diseño muestral.....	41
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..	42
4.4. Técnicas de procesamiento de la información	43
4.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	44
CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	45
5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, ..	45
5.2. Análisis inferencias, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras	¡Error! Marcador no definido.
5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	50
Discusión	53
CONCLUSIONES	55

RECOMENDACIONES	56
FUENTES DE INFORMACIÓN	57
ANEXOS	62

Índice de tablas

Tabla N° 01: Determinar si existe relación entre hábitos y maloclusión en niños.....	46
Tabla N° 02: Identificar los hábitos bucales en niños.....	47
Tabla N° 03: Identificarel tipo de las maloclusiones en niños.....	49
Tabla 04: Método Análisis de Varianza con un factor Anova para la hipótesis General.....	51
Tabla 05: Método Chi Cuadrada para la hipótesis Secundaria 1...	52
Tabla 06: Método Chi Cuadrada para la hipótesis Secundaria 2...	53

Índice de gráficos

Gráfico N° 01: Determinar si existe relación entre hábitos y maloclusión en niños.....	46
Gráfico N° 02: Identificar los hábitos bucales en niños.....	48
Gráfico N° 03: Identificar el tipo de las maloclusiones en niños ...	49

INTRODUCCIÓN

Los hábitos son costumbres establecidas, que se consigue por larga y repetidamente se convierte una maña, luego se memoriza o aprende dichas mañas, que al principio son actos espontáneos que posteriormente se transforman en actos instintivos. (1)

En el sistema neuromuscular se incrementan los reflejos sensoriales, hay reflejos dañinos que son los causantes primordiales de las maloclusiones, ya se de primera intensión o segunda intensión y todavía se siguen realizando estudios hasta que edad los malos hábitos es normal. (2).

Cuando un niño de 3 años de edad, ya adquirido malos hábitos bucales que están deformando el sistema estomatognático, los padres deben acudir a profesionales como odontólogos integrales, pero se recomienda un odontólogo especialista en ortodoncia.(3)

La respiración bucal, la onicofagia, uso de tete y biberón, la succión digital, empuje lingual, mal posición al dormir, mordedura de labio y mordedura de objetos, son los hábitos más comunes que se presentan en una población infantil.(4)

En algunos casos más complejos la maloclusión grave y crónica puede distorsionar la emisión de varios sonidos, por lo que se recomienda tratamiento de ortodoncia, pero se debe realizar la mioterapia fonoaudiológica. En ciertos casos se dice que las funciones alteradas de los músculos no resultan fenómenos aislados, sino que están relacionadas o son causadas por el mal crecimiento anormal de los tejidos duros. (5)

Por ejemplo, cuando existe macroglosia y la maxilar inferior retraído, puede ocasionar un bloqueo al libre flujo aéreo durante el acto respiratorio como ocurre en pacientes respiradores bucales o con síndrome de apnea del sueño, caracterizándose, además, por presentar arcos angostos, mayormente se da en pacientes con obesidad. (6)

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática:

En la era moderna de estos días, el perfil estético de los seres humanos es muy importante, sobre todo la sonrisa, por eso las personas que tienen conocimiento de salud bucal cuidan mucho su sistema estomatognático.

La OMS define a las maloclusiones en la tercera posición de prevalencia de enfermedades en salud bucal.

En USA entre el 40% y 60%, la maloclusión está presente en los adolescentes, que su tratamiento sería la ortodoncia. Por ende, la maloclusión es una epidemia a nivel global hoy en día. (7)

El Dr. Oscar Quiroz realizó un estudio en Venezuela. Afirma que la maloclusión aparece desde la niñez y que tiene relación con los hábitos bucales y su conclusión fue que el 60% de los niños inspeccionados logró un tipo de hábitos y que existe una asociación entre los hábitos bucales y la aparición de maloclusiones. Los hábitos frecuentes fueron: respiración bucal, deglución atípica y succión digital. (8)

En el Perú hace 64 años (1954), se realizaron investigaciones epidemiológicas sobre maloclusiones hasta el día de hoy, mayormente se analizó en la capital peruana, y pocas investigaciones en las regiones selvática y serranía peruana, con un porcentaje de, 79,1% y 78,5% respectivamente. La selva fue la que menos tiene datos sobre maloclusión. Los resultados que se obtuvieron son de las áreas urbanas rurales y nativas. (9)

El mal hábito trae consigo consecuencias como las maloclusiones mayormente comienza desde la niñez, por lo tanto, los padres, docentes les recomiendo una estricta comunicación e información sobre hábitos bucales para brindarles a los infantes y puedan prevenir alteraciones en sus arcadas dentarias de los niños.

Otras de las consecuencias que causan los malos hábitos bucales son las anomalías dentomaxilares que son provocados por la fuerza excesiva y continua de los músculos y estructuras óseas que realizan los niños, ya que a la larga modificaran sus patrones de crecimiento. (10)

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Qué relación existe entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668, San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuáles son los hábitos bucales en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, entre los meses de septiembre y diciembre del año 2018?

¿Cuáles son las maloclusiones en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, entre los meses de septiembre y diciembre del año 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo principal

- Determinar si existe relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, entre los meses septiembre y diciembre del 2018.

1.3.2. Objetivos secundarios

- Identificar los hábitos bucales en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, entre los meses septiembre y diciembre del 2018.
- Identificar el tipo de las maloclusiones en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, entre los meses septiembre y diciembre del 2018.

1.4. Justificación de la investigación

De acuerdo con Villón Neira, José Bolívar (2012) Los causantes de las maloclusiones son los malos hábitos bucales. En otros estudios como el de Velesaca Espinoza, Marcos Antonio (2014). Afirma que el ATM y todo el aparato estomatognático si sufren sobrecargas musculares constantemente, pueden producir perturbación en el sistema más conocido como “difusión temporomandibular”.

Al igual que, Martínez, Amaranto ecuador 2010. Los hábitos bucales pueden generar mal crecimiento de las estructuras de aparato estomatognático y de la cara, también trae consigo baja autoestima emocional al individuo, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. El habito bucal se convierten en rutina por la repetición frecuente del habito, que al inicio se realiza de manera responsable y después de una manera irresponsable. Existe dos tipos de hábitos funcionales y no funcionales.

Los hábitos bucales son los causantes primarios de las maloclusiones dentales, se considera estímulos voluntarios que pueden aparecer en situaciones de tensión, molestia, cansancio. También cuando existe problemas familiares, esto trae consigo consecuencias en el crecimiento de las estructuras óseas de los maxilares, las consecuencias más comunes son: protrusiones dentarias, mordidas abiertas, mordidas cruzadas anteriores y posteriores.

La investigación planteada contribuyo a generar un modelo para entender este importante aspecto sobre los malos hábitos bucales en relación con la maloclusión en niños latinoamericanos. asimismo, los beneficios que se lograron en este estudio serán para que los padres y docentes tengan conocimiento sobre el cuidado que se debería tener en los niños para que posteriormente puedan prevenir los malos hábitos y maloclusiones. Por otro lado, mediante este estudio se elaborará un método, evaluar las variables de la tesis en el contexto castellano, pero con aplicaciones a otros ambientes latinoamericanos.

1.4.1. Importancia de la investigación

En las últimas décadas se ha visto que existe una gran cantidad de niños que padecen de los malos hábitos orales determinantes de la maloclusión, ya que también se debe a la falta de compromiso que tiene los padres en la salud dental de sus niños. Esta situación es más común en naciones con problemas económicos de gobierno.

Es por ello que para minimizar esta situación me propuse a dar información para fortalecer las capacidades y disminuir los malos hábitos bucales causantes de la maloclusión.

Donde se entregó un consentimiento informado y la encuesta a los padres de los niños de la IEP N°82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Existe viabilidad en este estudio; ya que cuenta con los recursos, técnicas e instrumentos necesarios para realizar esta investigación.

1.5. Limitaciones del estudio

1.5.1. Limitación espacial

El estudio se llevó a cabo en San Juan de Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca

1.5.2. Limitación temporal

Se ejecutó entre los meses agosto y diciembre del 2018

1.5.3. Unidad de análisis

I.E.P. N°82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Sanadhya S, Chadha M, et al, INDIA, 2014. Realizaron un estudio entre escolares de 12-15 años de pescadores de la costa de Kutch, Gujarat, India: Se realizó una encuesta a 947 niños de edad escolar de los pescadores de la costa de Kutch, Gujarat, India, de entre 12 y 15 años. Se informó maloclusión y la carencia de tto de ortodoncia en el 33,4% de los participantes. El grupo de edad más joven y las mujeres tenían la obligación de tratamiento mayor. Los hombres y los grupos de mayor edad tenían una prevalencia menor de apiñamiento anterior y la mayor irregularidad anterior del maxilar. El tto de ortodoncia necesita entre el 33,4% de convocatorias para el desarrollo de proyectos de promoción de salud bucal basados en la escuela para niños con inculcación de tratamiento ortodóncico y programas educativos para padres (pescadores) que abordan la prevención y el tratamiento interceptivo temprano de la maloclusión. La extracción de los ILS para el tratamiento de una maloclusión atestada clase II. (11)

Dave HR, Samrit VD, Kharbanda OP, INDIA, 2015. El presente informe de caso describe el plan de tto de una maloclusión atestada de clase II esquelética que fue facilitada por la extracción de los ILS y de los PPI. Un Px varón de 14 primaveras presentó maloclusión abarrotada clase II esquelética con dificultades asociadas al habla y la masticación. La fase I del tratamiento involucró la extracción de los ILS y la terapia con dispositivos funcionales. La Fase II incluyó la extracción de los PPI y la mecanoterapia con dispositivos fijos completos. Se logró una mejora en la estética y las relaciones sagitales durante la terapia de fase I a medida que la mandíbula avanzaba durante un período de ocho meses. El cambio esquelético mandibular fue de 6,5 mm observado en pogonion. Durante la terapia de fase II, los caninos maxilares fueron sustituidos por incisivos laterales y se logró una oclusión funcional. La corrección esquelética y la oclusión fueron estables un año después del despegamiento. El presente caso indicó que la extracción oportuna de ILS colocados palatalmente facilitó la terapia con dispositivos funcionales en el tratamiento de un problema esquelético de Clase II. Se alivió el amontonamiento de las piezas anteriores inferiores y se logró la alineación del arco superior con la terapia de dispositivo fijo completo, lo que resultó en una mejor estética y una oclusión estable en un año de revisión. (12)

Dimberg I. Suecia, 2015. publico, "maloclusiones y calidad de vida en niños". Existen pocos estudios longitudinales sobre la prevalencia de maloclusiones y la posible autocorrección de las maloclusiones durante el desarrollo de la dentición. La intervención temprana puede ser innecesaria si la autocorrección de la maloclusión ocurre cuando se da la mudanza de los dientes de leche a la dentición adulta. Las maloclusiones pueden o no influir en la condición de vida en niños y adolescentes. Por lo tanto, las evaluaciones de la influencia de las diferentes maloclusiones en la calidad de vida sin duda sostendrán una comprensión más amplia y el conocimiento sobre cómo las maloclusiones afectan la vida diaria de los jóvenes. Esta información también puede ser importante cuando se trata de evaluar el momento más apropiado para iniciar el tto de ortodoncia, sino también desde

un punto de enfoque profesional, lo más importante, desde la expectativa de los pacientes. Se la prevalencia de maloclusiones y documentar las modificaciones ocurren durante la formación de la dentición, desde la etapa de los 3 años, pasando por los 7 años, hasta la dentición permanente temprana en edad 11.5 años. Otros objetivos fueron revisar en que circunstancias se encontraban el nivel de inteligencia sobre maloclusiones en la clase de vida relacionada con la salud oral e investigar cómo las maloclusiones afectan la condición de vida en una cohorte en niños de 11,5 años de edad, cuya atención dental se brinda por el Servicio Dental Público de Suecia. (13)

Estudiante de doctorado, odontología pediátrica, escuela dental, Universidad de Pernambuco, Brasil, 2014. Evaluar la prevalencia de la maloclusión y la obligación de tratamiento en niños y adolescentes con enfermedad de células falciformes (ECF). El estudio se le realizó a comprendió 35 niños de cinco años y 36 adolescentes de ambos géneros, con edades entre 12 y 18 años, con MSC. La prevalencia de maloclusión en los niños en edad preescolar fue del 62,9%. Las principales maloclusiones observadas en este grupo de edad fueron Clase II (37.1%), aumento de protuberancia (28.6%), sobremordida reducida (28.6%) y mordida abierta (17.1%). En los individuos de 12 a 18 años, la prevalencia de la maloclusión fue del 100%, y los tipos de maloclusión más prevalentes fueron el rebase maxilar (63.9%) y la desalineación del maxilar (58.3%). Es de destacar que la totalidad de los adolescentes (80.6%) tenían maloclusiones muy severas o incapacitantes. Los resultados revelaron una alta prevalencia de maloclusión en niños y adolescentes con SCD. Según el puntaje de DAI, la pluralidad de la muestra presentó una maloclusión muy grave y una necesidad de tratamiento obligatorio. (14)

Mónica zapata-Dávalos, Ana lavado torres, et al, lima, 2014. El estudio se realizó en 154 niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa “Los Educadores”, en San Luis, Lima. Se les entregó un consentimiento informado a los progenitores de los niños. El hábito bucal prevalente fue morder las

uñas (25,3 %). La maloclusión sobresaliente fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). No se encontró asociación entre los hábitos bucales y el género, sin embargo, se halló un lazo representativo de la deglución atípica ($p=0,002$) y succión digital ($p<0,001$) con la mordida abierta anterior. En conclusión, Existe nexo entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior. (15)

2.2. Bases teóricas

La presente investigación resalta diversas teorías y conceptos que avalan el proyecto, ya que son las bases y fundamentos para la elección de los conceptos adecuados para la investigación; por lo que en esta parte se encuentran detallados todos aquellos términos relacionados con el tema abordado.

2.2.1. Hábitos Orales

Miranda C; Villanueva, N; Sánchez, MEXICO. Existen hábitos bucodentales que afectan al sistema estomatognático ocasionando las maloclusiones, estos se dan normalmente durante la etapa de la odontogénesis dental. La relación oclusión ideal de los dientes cambia cuando se da el periodo de alineación dental.

Generalmente se presentan desde los 3 a 12 años de edad, Popovich y Thompson citados por Motel (2004), propusieron de haber una asociación entre prevalencia de maloclusión cualquier manía, así mismo indican que durante el transcurso de la mañana aumenta, también se aumenta la posibilidad de desarrollar maloclusión. Independientemente de la causa hábito, el crecimiento y desarrollo de maxilares puede ser afectado por chupar el dedo o chupón, empuje lingual, respiración bucal, succión labial inferior, onicofagia y bruxismo. Se afirma que la persona aprende ejercer de manera avanzada, y estas actuaciones que se graba gracias a esa sucesión de ejercitamiento que se bautiza hábitos, con cada repetición el acto será menos conscientes y si es repetitivo muy a menudo será reflejado a una acción automática. El hábito de chupar el dedo, respirador bucal y deglución atípica influyen

en la ubicación de los órganos dentarios y asociación con la mandíbula y el maxilar, estos hábitos dificultan el funcionamiento normal de aparato estomatognático. (16)

El complejo maxilofacial se constituye de tres aparatos que tienen la capacidad del crecimiento sin ninguna alteración: el aparato óseo, el aparato estomatognático y el aparato musculatorio. Si no hay ninguna interferencia en el funcionamiento del sistema estomatognático en global entonces podemos decir que hay una oclusión óptima. Se dice que desde la puericia la maloclusión puede aparecer en las estructuras óseas o dentarias, pero también puede ser genético. (17)

Desarrollo de los hábitos en los niños

Existe 2 tipos de hábitos:

a) Hábitos Fisiológicos

Estos hábitos se forman en el vientre de la progenitora y nacen con ello, estos son algunos: mecanismos de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal.

b) Hábitos No Fisiológicos

El individuo realiza malos hábitos bucales repetidamente, ejerciendo fuerzas contra el sistema estomatognático en general. Tenemos a estos hábitos bucales (la succión de dedo, deglución atípica y la respiración bucal). Los causantes de maloclusión son los hábitos bucales. Cuando mayor sea la frecuencia o el tiempo de dichos hábitos las alteraciones en la maloclusión serán más severa. (18)

Se considera a los hábitos bucales estímulos automáticos que pueden aparecer en momentos de frustración como también de estrés o cuando un individuo tenga aburrimiento.

Consecuencias

- Mordida abierta y de laterales
- Protrusiones dentarias
- Protrusiones dento-alveolares
- Linguoversiones dentarias, etc. (18)

2.2.1.1. Tipos de Hábitos Orales

1. Hábito de respirador bucal

Moss en su teoría funcional, afirma que la respiración nasal deja un apropiado crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático. (19).

La respiración bucal empieza desde la niñez, que trae como consecuencia el desarrollo de maloclusión, uno de los síntomas para poder diagnosticar un paciente si es respirador bucal, se sienten cansados, aperezados, y un mal desempeño en la escuela. (20).

El origen de este hábito puede darse por problemas anatómicos como hipertrofia de las amígdalas palatinas, hipertrofia de cornetes, rinitis, alergias, etc. (21).

La hipertrofia adenoidea es el aumento de las glándulas adenoideas que bloquea el flujo del aire normal por las fosas nasales, esto afecta a la mayoría de pediatras a nivel mundial. Clínicamente se observa cierre labial débil, los labios superiores e inferiores se encontrarán separados por el día y por las noches, esto trae consigo que los músculos bucofaciales no tengan un funcionamiento normal. (22).

El bloqueo nasal crónica conlleva a respiración bucal; posición anterior o inferior de la lengua; mordida abierta anterior; labios medio abiertos; posición debajo del mandíbula ; vuelta horaria; elongación de la altura facial inferior; poca musculatura; desorden en la formación de los tejidos óseos y tisulares de aparato estomatognático; maxilar estrecho;

reducción de la mandíbula; modificación en la postura del cráneo y vestibulización de los IS (23)

Tratamiento

tratamiento es quirúrgico si esta obstruido las fosas nasales, consultar con otorrino, también con profesionales especialistas en asma, rinitis, bronquitis, ortodoncia, etc.

2. Otros Hábitos

interposición lingual en reposo, deglución atípica y respiración bucal. (13)

3. Hábitos De Succión

Se produce cuando el paciente se succiona el dedo, la lengua, los labios u otros objetos.

3.1. Succión Digital

Existe 2 tipos de succión digital:

- Nutritiva
- No Nutritiva

Ambos hábitos estimulan sensaciones de calidez y seguridad, pero la que trae maloclusión es el hábito de succión no nutritiva como por ejemplo: chupar dedos, chupetes y otros objetos que no están enlazados con la ingesta de alimentos normalmente en el desarrollo del infante de un año y medio donde ya se puede diagnosticar daños en el sistema estomatognático.(24).

En este hábito se posiciona el pulgar u otros dedos dentro de la boca muchas veces durante el día y la noche, ejerciendo una presión definida al succionar.

Ha sido asociado con un desbalance psicológico que constituye

una forma errónea de solucionar problemas, y está relacionado con comportamientos de intranquilidad y anímica. (25)

Hay 4 niveles detalladas por Subtelny (26). Para situar el dedo. Estas son:

1. El pulgar se introduce en la cavidad bucal notablemente más de la mitad del dedo, luego el pulgar invadirá mayor parte del paladar duro comprimiendo contra el epitelio y el hueso del paladar y el incisivo inferior es apretado por el pulgar o mordido.
2. Si bien es cierto el pulgar no va defrente a la bóveda del paladar, sino que es mas recurrente al contorno del paladar, donde clínicamente se observa roce entre los incisivos inferiores y el pulgar.
3. En este nivel el pulgar pasa en su totalidad a la boca y se acerca y ejerce presión sobre el paladar duro, en este caso el pulgar no tiene ningún roce con los incisivos inferiores.
4. El niño penetra el pulgar hasta la limite de la uña, donde el incisivo inferior muerde a la uña, este habito no tiene daños cuando es dentición temporal, pero si el habito persiste siempre hasta mudar y tener los dientes permanentes provocaran maloclusión dental. (26)

La causa primaria de maloclusión en sector anterior dentario es el pulgar a diferencia de movimientos forzosos que realiza la legua que no causa alteraciones en la detención. (27).

En resumen, la mordida abierta anterior aparece cuando es duradero o crónico que por la fuerza de los hábitos. Después de

dieciocho meses de malos hábitos un niño puede sufrir maloclusiones en este caso deformidad en el área anterior de los maxilares. (28).

Tratamiento

Bandas adhesivas en los dedos o guantes a la hora de dormir, también se puede colocar una rejilla grande o un quad hélix. Tener en cuenta la edad del paciente para tener un buen diagnóstico y un buen tratamiento (29).

También se puede pegar brackets para corregir los dientes, spurs se instala en cara palatina de los incisivos superiores esta técnica provoca dolor. (30).

Miranda C; Villanueva, N; Sánchez, MEXICO,2003. Se estima que más del 50% de los infantes realizan en hábito de chuparse los dedos. Se dice que al año de haber nacido el niño la succión digital comienza y que puede seguir hasta seguir toda su vida.

Chuparse los dedos es el hábito más frecuente de la succión digital, que se realiza chupando el dedo en postura perpendicular, y la uña contactando con los dientes II, en ocasiones puede chupar más de dos dedos y en el pésimo incidente toda la mano.

La succión digital producirá maloclusión dependiendo de: el periodo en el que realiza el hábito, magnitud de la costumbre, de la cantidad de dedos que lleva a la cavidad bucal y su genética. (16)

Consecuencias

- Protrusión de los IS, con o sin presencia de diastema.
- Inclinación hacia lingual de los incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior
- Prognatismo del hueso en el sector anterior.

- Forma de V en maxilar superior, debido principalmente a la acción del musculo buccinador.
- Mordida cruzada posterior
- Dimensión vertical aumentada. (18)

4. Succión de chupete o biberón

Las maloclusiones relacionadas con este habito bucal son: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior, más común en niños de 2 años. La succión digital es mas dañina que chupar chupetes. Existen factores algunos como: el tiempo, frecuencia y la intensidad, también el complejo bucofacial y oclusión, edad, Forma y tamaño del chupón; para compensar la falta de succión de los infantes y disminuir el peligro de alteraciones oclusales, a los dos años, es el momento en el que el habito se puede obstaculizar y tratar. Si el después de los dos años el habito sigue y se vuelve crónico entonces ya el niño sufrirá maloclusión dental.(31)

¿Por qué se usa?

Necesidad de:

- Succión insatisfecha
- Necesidad de afecto
- Satisfacción del hombre

Recomendaciones como eliminar este habito bucal

- Dejar de dar de amantar poco a poco al bebe (año y medio de edad)
- En ciertos casos dejar de amantar definitivo a los dos años.
- Esconderlo
- Realizarle perforaciones
- Realizar con el: juegos, cuentos, historias, etc. (16)

Tratamiento

- Aparatología
- Terapia biofuncional, activación de patrones musculares
- Orofaciales por medio de masajes y ejercicios específicos
- Regulaciones y eliminaciones de la utilización del biberón y otros aparatos y efectos alimentarios.

5. Hábitos labiales

Hay diferentes tipos y estructuras peribucales, y su dominio en la cavidad bucal es variable. Son efectos relativamente que no son malignos en lo relacionado a alteraciones dentarias, clínicamente se parecía hinchazón, resequedad de los labios. El signo más común es la reducción del labio inferior por detrás de los IS, con lo cual se aplica una presión en la posición lingual sobre los dientes inferiores, y otra en sentido vestibular sobre los superiores. Ello ocasiona torcedura vestibular de las piezas superiores, y retroinclinación de los II y aumentara el overjet. (15)

Consecuencias

Las consecuencias que provoca el mal hábito labial son; alteraciones musculares orofaciales seguido de mal crecimiento óseo, mal alineamiento dental y deformaciones dentofaciales. La maloclusión se presenta con mayor severidad dependiendo de la localización y el tiempo que se halla realizado la mala costumbre, por eso se recomienda desaparecer el mal hábito del paciente para que el tratamiento sea favorable. (32)

Tratamiento

Mayormente se usa una bompereta labial, la cual inhibe la presión del músculo orbicular de los labios y del músculo mentalis, este recuperador de espacio protuye los incisivos, aumenta longitud y ancho

de la arcada, y disminuye la malposición en el arco inferior. Los resultados dependen de la posición del labio contra la bompereta, la altura del escudo labial y el tiempo de uso. (33)

6. Empuje lingual

Es el movimiento y presión hacia adelante que realiza la lengua entre los IS y II, durante la deglución. De acuerdo con Fletcher, Casteel y Bradley mostraron una incidencia proporcional de empuje lingual que disminuye con la edad y clasificaron como:

- ❖ Simple: es cuando se ejerce un fuerte encogimiento de los labios, M. mentonianos y elevadores, la lengua está en protrusión y las piezas posteriores en oclusión. Los dientes se encuentran máxima intercuspidad.
- ❖ Complejo: Este habito lingual se da cuando la lengua va así adelante y deglución atípica con las piezas dentarias están con diastemas y los músculos de los labios, mentón y de la cara están contraídos y los músculos elevadores mandibulares no hay contracción. Los dientes no ocluyen en su totalidad. (34)

De acuerdo con, Brauer, en 1965, clasifico a la deglución con empuje lingual con deformidad que ocasiona, pero no se basó en la causa.

Existe 4 grupos: (35)

- Tipo I: Empuje lingual no deformante. (Fletcher, Casteel y Bradley)
- Tipo II: Empuje lingual deformante anterior:
 - 1: Mordida abierta anterior.
 - 2: Asociado vestibulizacion de dientes anteriores.
 - 3: Mordida cruzada posterior.
- Tipo III: Empuje lingual deformante lateral:
 - 1: Mordida abierta posterior

- 2: Mordida cruzada posterior.
- 3: Sobremordida profunda.
- Tipo IV: empuje lingual deformante anterior y lateral
 - 1: Mordida abierta anterior y posterior.
 - 2: Asociado con protrusión de dientes anteriores,
 - 3: Asociado con mordida cruzada posterior. (Fletcher, Casteel y Bradley).

Tratamiento

Acudir a especialistas como fonoaudiológico, ortodoncistas y cirujanos mucomaxilofacial. En pacientes con numerosas dimensiones esqueléticas mal desarrolladas de consideración y afecciones neurológicas de no se debe realizar cirugías ya que no será favorable para el paciente. (34)

7. Hábitos De Mordedura

Morder objetos extraños, onicofagia, bruxismo.

7.1. Morder objetos extraños

Morder objetos ocasionan deformaciones en las piezas dentarias. Su efecto se comienza por el desgaste o abrasión irregular y astillamientos prematuro de los dientes. Además, presentan heridas en las mucosas orales que favorecen lesiones como las aftas e infecciones con herpes. (16)

7.2. Mordedura de uñas u onicofagia

La mordedura de uñas es el origen de mal alineamiento dental sucede cuando existe niños nerviosos. este habito con mayor frecuencia aparece a los 4 años. Para el examen extraoral examinamos ambas manos (uñas) del niño. Puede llegar a generar atrición y ocasionalmente gingivitis. (Ugalde, 2007, p. 41). (31)

Consecuencias

Las consecuencias pueden ser por el bajo tratamiento ortodóncico, este habito provoca reabsorción radicular por ejercer mucha fuerza de lo normal sobre los dientes, también se puede encontrar mal alineamiento, perdida de tejido dental, fracturas, giroversiones, vestibulizacion de los IS, problemas digestivos, onicomycosis.

Tratamiento

Se debe acudir a especialistas como psicólogos para eliminar factores emocionales que provoquen mal habito, atención por parte de los padres, recomendarles hacer actividades al aire libre para contribuir con la autoconfianza y la autoestima de sus hijos.. (37)
(29)

7.2.1. Bruxismo

Es el frotamiento anormal de los dientes, que se produce durante la noche o él día; puede deberse a causas nerviosas. Este hábito genera disminumiento de la dimensión vertical y atrición.

Para su diagnóstico se debe preguntar acerca si rechina los dientes por las noches. Puede llegar a ocasionar dolores musculares y se debe examinar la superficie dentaria para observar factor de desgaste.

Los movimientos mandibulares del bruxismo, es la consecuencia de la búsqueda automática de la RC del paciente, quitar cualquier obstrucción oclusal que se lo impide.

El tipo de desgaste oclusal e incisal indicara la característica con que cada paciente practica su bruxismo, así como valorar el grado de desgaste, la localización del mismo y el grado de sensibilidad de acuerdo a la siguiente escala:

- ✓ Grado 1: Solo desgaste de esmalte.
- ✓ Grado 2: Desgaste de dentina.

- ✓ Grado 3: Reducción de la extensión de la corona en un tercio de su tamaño original.
- ✓ Desgaste avanzado (lingual o vestibular).
- ✓ Grado 4: Reducción de la extensión de la corona en más de un tercio o lesión pulpar. (Vellini, 2000, P. 228) (31)

Tratamiento

Férulas de silicona

8. Habito de Deglución

Se da cuando el lactante posiciona su lengua debajo del pezón, ambos labios contactan, pero los maxilares no contactan entre sí. (38)

La deglución es normal hasta los 12 meses de vida, pero si la lengua se interpone entre los rebordes alveolares de los maxilares y están provocando una mordida abierta y se hace repetidamente entonces se considera un mal hábito de deglución infantil. (39).

La deglución infantil persistente es muy escasa, mayormente se da en niños con alteraciones neurológicas. (40)

9. Habito de Masticación

En cuanto a la masticación el primer error es masticar más por un solo lado (debe ser bilateral), o preferir siempre alimentos muy blandos que no permiten un desarrollo adecuado de los maxilares. Estos hábitos provocan apiñamiento de los dientes y otras complicaciones por no ejercitar los maxilares.

2.2.2. Maloclusión Dental

Báez, A, Morón, A; Lúchese, E; Salazar, C; Rivera, I; Rivera, F, VENEZUELA, 1999. Una maloclusión se describe a la mala posición de las piezas o en la estructura en que los dientes superiores e inferiores articulan entre sí. En su totalidad de las personas padecen de maloclusión, por lo que van a requerir tratamiento de un profesional estomatólogo.

Aquellas personas que presentan maloclusiones complicadas, se recomiendan realizarse tto ortodónticos para reparar o corregir la oclusión. Un tratamiento correcto de maloclusión disminuye la usencia de dientes y puede reforzar las fuerzas tensionales del ATM. (41)

1. La Maloclusión

La maloclusión se describe a cualquier desviación a partir de la oclusión normal es el grado de contacto anormal de los dientes de los maxilares, el conjunto del mal posiciones dentarias displasias esqueleto dentarias; displasia alveolar dentarias, displasias óseas y no se puede interpretar a la maloclusión como un estado patológico si no como una alteración en la morfología humana. (Ortiz, 2006, p. 37). (31)

Clasificación

- Dentarias: Es la mal formación de los dientes, sin ninguna alteración en el maxilar superiores y mandíbula.
- Esqueléticas: Es la imperfección de las bases óseas, pueden ser debidas a carencia o acrecentamiento de los maxilares y a una mal formación del macizo craneofacial.
- Funcionales: Se produce cuando existe un mal funcionamiento dinámico de los maxilares especialmente mandibular y musculares, que trae como consecuencia OC anormal.

1.1. Clasificación de Angle

Angle, en 1889 publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones.

El autor creyó que le primer MS ocupa un lugar absoluto en el esqueleto craneofacial y que las irregularidades eran producto de cambios anteposteriores de la arcada inferior en relación a él.

Báez, A, Morón, et al. Dividió las maloclusiones en 3 jerarquías básicas, que diferencian de la oclusión normal, las clases de maloclusión fueron divididas en: I, II, III. (41)

a) Maloclusión clase I

Se considera clase I cuando existe asociación anteroposterior normal entre los maxilares, mostrado por la “llave molar”. El autor llamo llave molar a la oclusión exacta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesiovestibular del 1er molar superior en el surco mesiovestibular del 1er molar inferior.

En los pacientes que tienen de clase I de Angle es frecuente la existencia de un perfil facial recto y armonía en las funciones de musculatura peribucal masticatoria y de la lengua. (31)

b) Maloclusión clase II

Indica relación de la cúspide distobucal de las PMS con el surco mesiovestibular de las PMI dentro de esta clasificación se hallan dos divisiones:

División 1: Es cuando los incisivos se localizan protruidos y los arcos pueden estar apiñados, los II normales o retro inclinados. Puede haber mordida abierta anterior. Las arcadas están en forma de V, triangular y paladar hondo. apiñamiento dental. Overjet está incrementado. Overbite, puede mostrarse desde abierta a profunda.

División 2: Es cuando los ICS van a tener una inclinación hacia lingual, y los ILS van estar torcidos hacia vestibular. Se va encontrar en el maxilar inferior con poco o nada de apiñamiento. Vestíbulo versión de los ILS. Linguoversion de los ICS. Incisivos inferiores rectos. habitualmente son arcadas dentarias extensas, en forma de U. Overjet salido o disminuido Overbite hundido. (Santi, 2003, p. 20). (31)

Tratamiento

El plan de tto de la maloclusión clase II es la fiscalización de la pre-adolescencia con metas definidos que engloban la alineación de la distoclusion de la molar, mejorar la interposición vertical y horizontal y el alimento de los incisivos. La primera fase nominada “tratamiento temprano” es continuo por una segunda fase definitiva durante la adolescencia, para acabar y que la oclusión sea exacta. (41)

c) Maloclusión clase III

Se caracteriza por la formación exagerado del maxilar inferior la cual tendrá una mordida cruzada anterior, otro aspecto es el torcimiento vestibular de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores. La oclusión molar se va dar cuando la cúspide mesiobucal del molar superior van a tener contacto en el surco disto vestibular del molar inferior. Se suelen caracterizar por: Mordida cruzada anterior y puede haber mordida cruzada posterior. Mordida de borde a borde. (31)

Clasificación

➤ Clasificación de Clase III verdaderas:

Se dice cuando hay displasia ósea, la arcada inferior es grande y la arcada superior es pequeña y la discrepancia de la base ósea es la causa topográfica de maloclusión. Maloclusión de aspecto esquelético caracterizada por la discordancia anteroposterior del tamaño o de la asociación de las bases maxilar y mandibular de forma simple maxilar pequeño o mandíbula grande o combinada maxilar pequeño y mandíbula grande.

➤ Clase III falsas:

Se presenta en pacientes con la mandíbula en relación con el cierre normal, sino que los IS están retroinclinados y la proclivación de los II obstruyen la MIC normal y alteran al ATM en relación céntrica normal. (41)

2. Maloclusión Ósea

Sucede cuando están comprometidos uno o ambos huesos maxilares es el hueso alveolar o a nivel de las bases Óseas, repercusión en el anclaje dentario oclusal. (42)

Tratamiento

Cirugía ortognática y ortodoncia.

3. Maloclusión Muscular

González E, Ruiz N, Soberats M, Amaro I, CUBA, 2003-2004. Donde el equilibrio muscular es el principalmente alterado y la que causa la anomalía oclusal. (43)

4. Maloclusión Dentaria

Cuando todas las piezas dentarias presentan alteraciones en su perfil, tamaño o ubicación provoca la alteración oclusión.

Tratamiento

Ortodoncia y odontopediatría.

4.1. Apiñamiento Dental

El apiñamiento dental es el mal alineamiento de los dientes más común y se puede corregir mediante diversos tratamientos ortodónticos. El apiñamiento se da particularmente en pacientes que no portan aparatos o brackets, se da en pacientes que no han

concluido su tratamiento de ortodoncia, también se da en pacientes que después de usar brackets no han usado retenedores y también se da en personas que tienen las terceras molares impactadas o semi impactadas. (Apodaca, 2004, p. 57) (31)

Tratamiento

Ortodoncia y odontopediatría.

5. Mordida Abierta Anterior

Es el apartamiento en la relación vertical de los maxilares superior e inferior de la zona anterior, determinada por la ausencia de roce de las piezas dentarias anteriores. (Carabelli), mientras que Defoulon describió que la mordida abierta también esta relacionada por mal funcionamiento de los músculos adyacentes que traen consigo alteraciones en su desarrollo. (44)

Tratamiento

Ortodoncia y odontopediatría.

6. Mordida Cruzada

Ocurre cuando los IS se encuentran en PIM contactando al revés los bordes incisales superiores se descansan en las caras linguales de los incisivos inferiores.

Se dividen en:

- ✓ Mordida cruzada anterior
- ✓ Mordida cruzada posterior (45)

Tratamiento

Ortodoncia y odontopediatría.

2.3. Términos Básicos

- ✓ **Habito:** Se define como una manía o habito que se consigue por la reproducción usual de un mismo movimiento, que al inicio se hace de una manera juiciosa y luego se realiza de forma involuntaria. (46)
- ✓ **Maloclusiones Dentarias:** Son cambios o modificaciones oclusales sometidos a unas considerables disposiciones estéticos, racial y cultural, lo cual complica su definición y clasificación. Si se realiza un examen bucal con un especialista a temprana edad, será favorable para el paciente.(47)
- ✓ **Protrusión Dental:** Es el adelantamiento de la mandíbula, los músculos realizan movimientos exagerados hacia adelante en relación con el maxilar superior, pero si perder la fricción con los dientes de ambas arcadas. En la protrusión dental participan músculos, ligamentos y huesos, que facilitan la movilidad. (48)
- ✓ **Enfermedades Periodontales:** Es el conjunto de patologías extremadamente infecciosas que destruyen a los tejidos que protegen, insertan y sostienen a las piezas dentarias. (49)
- ✓ **Higiene:** Es la agrupación de guías y practicas esenciales para la satisfacción más convenientes de las necesidades humanas. (43)
- ✓ **Sobremordida horizontal:** Es la discrepancia que ocurre desde el borde incisal de los IS a la cara vestibular de los incisivos inferiores. Esto se conoce como overjet. (42)

CAPTITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.2. Hipótesis General

- Existe una relación directa entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la I.E.P. N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca

3.1.3. Hipótesis específicas

- Los hábitos bucales en niños de 10 y 11 años de edad de la I.E.P. N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, son los hábitos de succión del dedo, onicofagia y respiración bucal.
- Las maloclusiones dentales en niños de 10 y 11 años de edad de la I.E.P. N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, son las maloclusiones clases II y III.

4.2. Variables; Definición Conceptual y Operacional

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Hábitos Bucales	Hábitos bucales fisiológicos	Succión
		Movimientos corporales
		Deglución
		Respiración nasal
		Deglución atípica
	Hábitos bucales no fisiológicos	Succión de dedo
		Respiración bucal
		Onicofagia
		Bruxismo
		Succión labial
Maloclusión	Clase I	
	Clase II	Clase II división 1 Clase II división 2
	Clase III	Clase III verdaderas Clase III falsas

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de investigación:

El presente estudio es de corte Transversales correlacional no experimental

4.1.2. Nivel de investigación:

El nivel es explicativo

4.2. Diseño muestral

Los estudiantes de 10 y 11 años de la I.E.P. N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, matriculados en el año 2018.

CUADRO N°01

POBLACION DE NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA I.E.P. N° 82668 SAN JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC BAMBAMARCA, CAJAMARCA.

ALUMNOS	POBLACION	
EDADES	TOTAL	PORCENTAJE
10 años	25	50.0
11 años	25	50.0
Total	50	100%

Fuente: Nóminas de Matrícula Año: 2018

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

ENCUESTA:

La encuesta consta de 20 preguntas que se les encuesta a los padres y niños de los niños IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca. La cual me permitió recolectar la información necesaria para cumplir los objetivos propuestos.

OBSERVACIÓN DIRECTA:

Se recolecta datos que tiene como finalidad analizar y explicar lugares, donde se realizó una observación directa en el establecimiento de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca.

PROCEDIMIENTO

Se realizó las gestiones pertinentes en esta investigación como enviar una solicitud anexa (1) al director de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca. También se les entregó a los padres de los niños un consentimiento informado anexo (3).

Es conveniente describir brevemente que se llevaron a cabo charlas sobre hábitos bucales y maloclusión a 50 alumnos y a 50 padres de familia donde aplicare una encuesta de 20 preguntas a los padres de los niños de 10 y 11 años que duró 20 minutos y posteriormente realizare exámenes extrabucal e intrabucal donde usare equipo de diagnóstico dental convencional:

- Mascarillas desechables (marca corporación castillo S.A)
- Guantes (marca alkhofar)
- Espejos bucales (marca rottmann stainless) o bajalenguas.
- Gofias
- Encuesta anexa (10)

4.3.1. Validez y Confiabilidad Del Instrumento

Se dio inicio a la validación de instrumento por nuestra docente de dicho curso y se realizó con unas encuestas dirigidas a los niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N°82668. Se realizó una charla de 2 horas y se aplicó una encuesta. Este instrumento tiene un alto rango de validez el cual se vio demostrado en los resultados y se utilizó un nivel cultural medio y un lenguaje sencillo, fluido y de fácil comprensión lo que a su vez ha permitido revalidar nuestra hipótesis general y en función de ello realizar las conclusiones y recomendaciones.

4.4. Técnicas de procesamiento de la información

Los datos que se lograron conseguir se procesaron en el software SPSS versión 20, Microsoft Word 2016 y Excel 2016. Para la comparación de los resultados se empleó la estadística descriptiva simple de frecuencias. Para realizar el análisis de relación interna entre la variable de estudio y los datos generales. Se realizaron con distribución de frecuencias y tablas de contingencia mostrada en gráficos de barra.

4.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

En este estudio se utilizó estadística descriptiva, tablas frecuenciales, principalmente frecuencia absoluta (Fa) y frecuencia relativa o porcentuales (Fr).

Al tener variables nominales-categoría y verificar lo hipotético de normalidad, se empleó estadística no paramétrica, además usaremos para la significancia estadística ($p < 0.05$) el método de correlación Spearman para variables no paramétricas. También se utilizó método chi cuadrado para las hipótesis específicas.

Para la contratación de hipótesis, se utilizó estadística paramétrica, además usaremos para la significancia estadística ($p < 0.05$) el método Análisis de Varianza con un factor Anova para comparar la variabilidad media que existe entre más de dos grupos.

CAPITULO: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.

Los datos obtenidos de la muestra serán resumida y presentadas en forma de tablas, luego se analizarán los datos clasificándolos y calculando usando métodos estadísticos que me permitirán contrastar las hipótesis planteadas.

Se usará las tablas de frecuencias, principalmente las frecuencias absolutas (F_a) y frecuencias relativas o porcentuales (Fr).

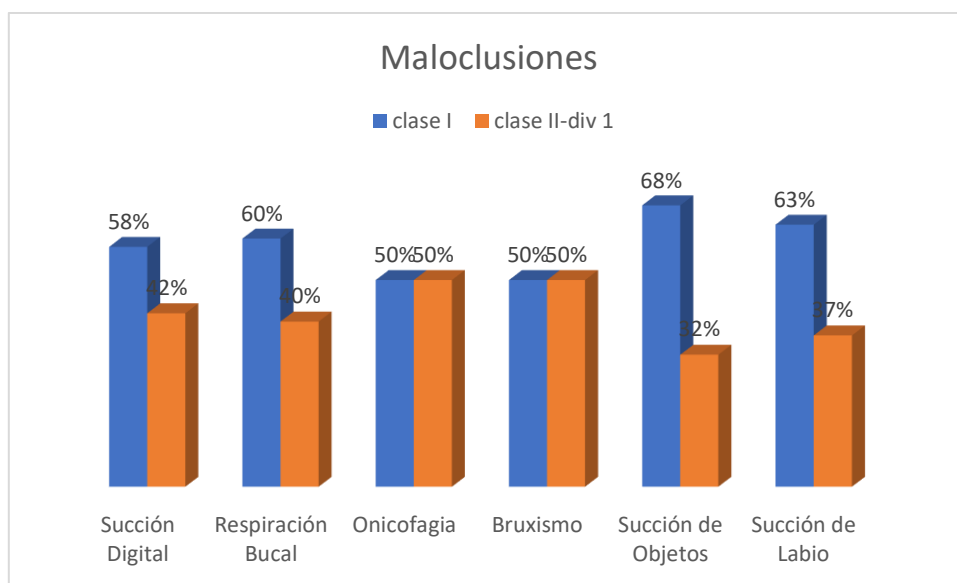
RESULTADOS ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Tabla 01: Determinar si existe relación entre hábitos y maloclusión en niños

Maloclusión	Succión Digital		Deglución Atípica		Respiración Bucal		Onicofagia		Bruxismo		Succión de Objetos		Succión de Labio	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
clase I	29	58%	24	60%	24	60%	24	50%	10	50%	34	68%	19	63%
clase II-div 1	21	42%	16	40%	16	40%	16	50%	10	50%	16	32%	11	37%
Total	50	100%	40	100%	40	100%	40	100%	20	100%	50	100%	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 01: Determinar si existe relación entre hábitos y maloclusión en niños



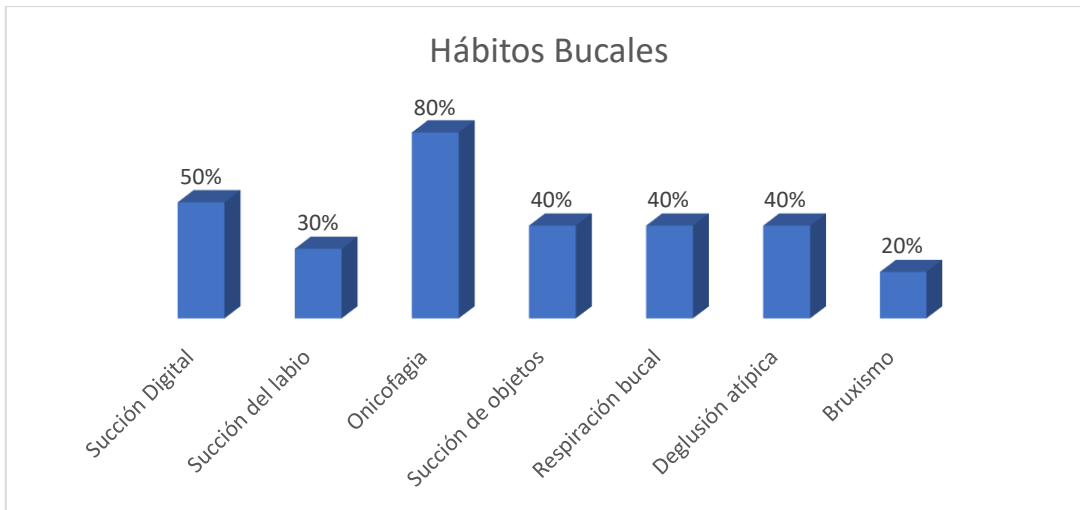
Como se observa en la tabla de los niños atendidos, el Hábito bucal más frecuente es la Succión de objetos con 50 casos, de los cuales el 68% presenta maloclusión clase I seguido de 16 casos 32% maloclusión clase II-div 1, en el caso de Succión digital también presenta 50 casos de los cuales 29 casos (58%) siendo maloclusión clase I y 21(42%) maloclusión clase II-div 1.

Tabla 02: Identificar los hábitos bucales en niños

Hábitos Bucales	Fa Fr
Succión Digital	
No presenta	25 50%
Presenta	25 50%
Succión del labio	
No presenta	35 70%
Presenta	15 30%
Onicofagia	
No presenta	10 20%
Presenta	40 80%
Succión de objetos	
No presenta	30 60%
Presenta	20 40%
Respiración bucal	
No presenta	30 60%
Presenta	20 40%
Deglución atípica	
No presenta	30 60%
Presenta	20 40%
Bruxismo	
No presenta	40 80%
Presenta	10 20%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 02: Identificar los hábitos bucales en niños



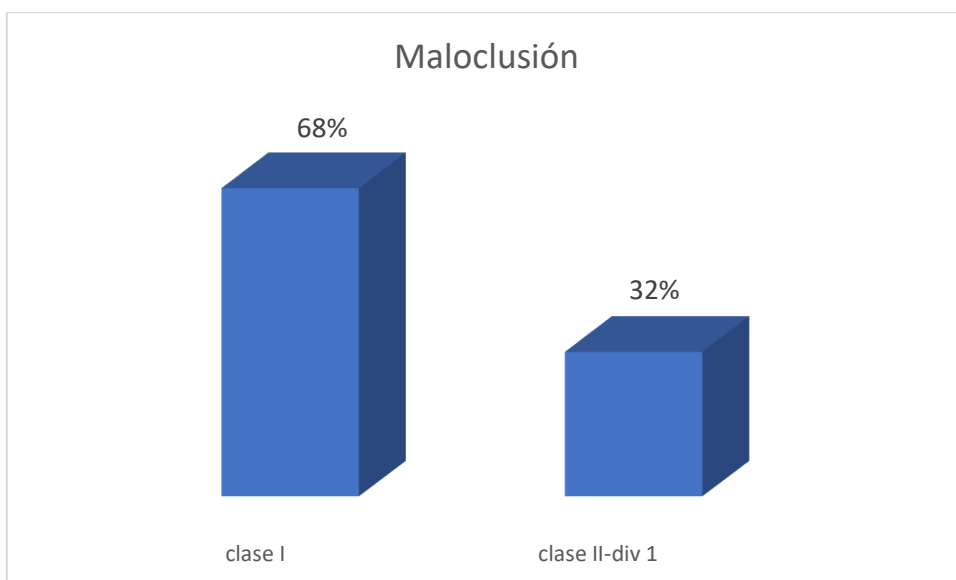
En el caso de identificar los hábitos bucales más frecuente en niños es la Onicofagia alcanzando un 80%, seguido de Succión digital en un 50%. Los hábitos Succión de objetos, Respiración bucal y Deglución atípica alcanzaron el 40% respectivamente, el hábito de succión del labio alcanzó el 30% y el bruxismo alcanzó el 20%.

Tabla 03: Identificar el tipo de las maloclusiones en niños

Maloclusión	Fa	Fr
clase I	34	68%
clase II-div 1	16	32%
Total	50	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 03: Identificar el tipo de las maloclusiones en niños



En el caso de identificar el tipo de maloclusión más frecuente en los niños es clase I con un 68% seguida de la maloclusión clase II sub división 1 con un 32%.

5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Al tener variables nominales-categorica y verificar el supuesto de normalidad, los datos analizados nos indican que la prueba es no paramétrica, además usaremos para la significancia estadística ($p < 0.05$) el método de correlación Spearman para variables no paramétricas. También se utilizó método chi cuadrado para las hipótesis específicas

Contratación de hipótesis:

Hipótesis General:

Los datos analizados nos indican que la prueba es paramétrica, además usaremos para la significancia estadística ($p < 0.05$) el método Análisis de Varianza con un factor Anova para comparar la variabilidad media que existe entre más de dos grupos.

H1: Existe una relación directa entre hábitos bucales y la maloclusión en niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca.

Tabla 04: Método Análisis de Varianza con un factor Anova para la hipótesis General

Correlaciones

	Succión Digital	Succión del labio	Onicofagia	Succión de objetos	Respiración bucal	Deglusión atípica	Bruxismo
Rho de Spearman	1.000	.218	.500**	.408**	.408**	.408**	.500**
Maloclusión Clase I, Clase II Div 1	.000	.028	.000	.003	.003	.003	.000
Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)							
N	50	50	50	50	50	50	50

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se puede apreciar en la Tabla, a través del método Correlación de Spearman que evalúa la relación en caso no paramétrico para la hipótesis alternativa planteada y aplicando dicho método determinamos que si se halla diferencias significativas en las variables mencionada donde p_valor cumple con ser menor al 5%.

Hipótesis Secundarias: H1: Los hábitos bucales en niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca. Son los hábitos de succión del dedo, onicofagia y respiración bucal.

Tabla 05: Método Chi Cuadrada para la hipótesis Secundaria 1

Estadísticos de prueba

	¿Su hijo se chupas el dedo? Succión Digital	¿Su hijo se muerde las uñas? Onicofagia	¿Su hijo respira por la boca cuándo duerme? Respiración bucal
Chi-cuadrado	,000 ^a	18,000 ^a	2,000 ^a
gl	1	1	1
Sig. asintótica	1,000	,000	,157

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 25,0.

Se puede apreciar en la Tabla, a través del método Chi Cuadrado para la hipótesis alternativa planteada y aplicando la evaluación determinamos que solo se cumple o se halla diferencia significativa en las variables Onicofagia donde $p_valor=0.000$ ($p<0.05$) por lo tanto la hipótesis se rechaza.

H2: Las maloclusiones dentales en niños de 10 y 11 años de edad de IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca. Son las maloclusiones clases II y III.

Tabla 06: Método Chi Cuadrada para la hipótesis Secundaria 2

Estadísticos de prueba		
	Clase II	Clase I
Chi-cuadrado	2,000 ^a	6,480 ^a
gl	1	1
Sig. asintótica	,157	,011

Se puede apreciar en la Tabla, a través del método Chi Cuadrado para la hipótesis alternativa planteada y aplicando la evaluación determinamos que solo se cumple o se halla diferencia significativa en las variables Maloclusión Clase I donde $p_valor=0.011$ ($p<0.05$) no encontrándose para Clase III por lo tanto la hipótesis se rechaza.

DISCUSIÓN

Esta investigación fue de tipo descriptiva y de corte transversal correlacional, se orientó a determinar si existen relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, entre los meses septiembre y diciembre del 2018.

Bhayya et al. y Urrieta et al; describieron los hábitos más prevalentes fueron la interposición lingual y la respiración bucal, lo cual difiere con los resultados de este estudio donde se encontró que el hábito frecuente fue la onicofagia y succión digital. (50)

Camblor et al. (11) encontraron que la maloclusión dominante es la clase I con un 36,10%; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% y, por último, la clase II tipo 1 con un 17,55%; algunos datos coinciden con el presente estudio, donde se encontró dominio de la maloclusión dentaria clase I (58%), maloclusión dentaria clase II división 1 (31%) y en una proporción menor la maloclusión dentaria clase II división 2 (11%). Asimismo, Camblor et al. Localizo que la deglución atípica fue el hábito más frecuente (12,08%) seguido de la respiración bucal (6,78%). Estos resultados difieren con los del presente estudio. (51)

Goncalves et al. no encontraron una relación significativa entre el bruxismo y las maloclusiones clase I, clase II y clase III, esto coincide con la presente investigación donde no se halló una relación de los hábitos bucales con la maloclusión dentaria anteroposterior. (52)

Se concluye que si existe relación entre hábitos bucales y la maloclusión en los niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668, por cual se recomienda realizar investigaciones en una población más amplia como a nivel regional de cada departamento de nuestro país.

CONCLUSIONES

El hábito bucal más frecuente relacionado con la maloclusión es la Succión de objetos, de los 68% presenta maloclusión clase I, el 32% de estos presentan clase II-div 1. En segundo lugar, el hábito bucal más relacionado a la maloclusión es succión digital con 58% siendo maloclusión clase I y con 42% clase II-div 1.

En el caso de identificar los hábitos bucales más frecuente en niños es la Onicofagia alcanzando un 80%, seguido de Succión digital en un 50%. En el estudio afirmamos que la onicofagia es una de las más frecuentes en los pacientes pediatras, seguido de la succión digital.

En los casos de identificar los Tipos de maloclusión más frecuente entre 10 y 11 años se encontró, clase I con un 68% seguida de la maloclusión clase II sub división 1 con un 32%. Existe diferencia significativa al comparar las medias por lo que en el estudio se afirma que el tipo de clase I es el más frecuente.

RECOMENDACIONES

Se recomienda tratamiento ortodóntico a los niños de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca.

Realizar charlas educativas por parte de los odontólogos a los colegios, para que así tengan más conocimiento sobre los malos hábitos que causan la maloclusión.

A los docentes y padres de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, que tomen conciencia y tengan conocimiento de patologías existentes en niños que pueden ser prevenidos.

Se recomienda a los futuros profesionales de estomatología que sigan las investigaciones para incrementar sus conocimientos.

Fuentes de Información

1. Cabaña Lores C MBRVMRVÁRCMWSCLea. Temas de Ortodoncia. Estomatología Infantil. La Habana. [Online].; 1982 [cited 2015 septiembre nueve. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011.
2. A BM. Tratado de Odontología. 2aed. Madrid. [Online].; 1998 [cited 2015 septiembre nueve. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011.
3. Abreu Fonseca Thomaz EB TCMOAA. Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: A multivariate analysis. [Online].; 2012 [cited 2012 abril cuatro. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587612000353>.
4. Thomazl EBAF, Cangussull MCT, AssisIII AMO. Brazilian Oral Research. [Online].; 2013 [cited 2012 mayo 19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242013000100011&lng=en.
5. Cruz Estupiñán D COLFMIDRB. Factores de riesgo de maloclusiones en adultos. [Online].; 2012 [cited 2012 enero dos. Available from: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/175/310>.
6. Yolainy Pulido Valladares1 MPMSG AARDYDA. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Online].; 2012 [cited 2012 junio once. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500011&lng=es.
7. Avilés BM,HME,FAM,VQJM. Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (IOTN). [Online].; 2012 [cited 2018 agosto. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2011/ora1139e.pdf>.
8. Álvarez DOQ. Cátedra de Ortodoncia de la Universidad Central de Venezuela. Volumen 56. [Online].; 2018 [cited 2018 Setiembre. Available from: https://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/caracteristicas_occlusion.asp.
9. Arón Aliaga-Del Castillo1 aMAMVRADC. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Online].; 2011 [cited 2010 noviembre 11. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v28_n1/pdf/a15v28n1.pdf.
- 1 Dra. Reni Muller K. (1) DSp(. MALOS HÁBITOS ORALES. REV. MED. CLIN. CONDES. 2014 febrero; 0. 25(2)(380-388).
- 1 Damle D1 DVMRKM. A study of occurrence of malocclusion in 12 and 15 year age group of 1. children in rural and backward areas of haryana, india. [Online].; 2014 [cited 2018 agosto. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25231033>.

- 1 J AO. The extraction of maxillary lateral incisors for the treatment of a Class II crowded malocclusion: a case report. [Online].; 2015 [cited 2018 agosto. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26219153>.
- 1 CROSSBITE. FORAFEOTOFA. Swed Dent J Suppl. [Online].; 2015 [cited 2018 agosto. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26939312>.
- 1 Orthod A. Malocclusion and treatment need in children and adolescents with sickle cell disease. [Online].; 2014 [cited 2018 agosto. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24274957>.
- 1 Kiru. Hábitos Bucales Y Su Relación Con Maloclusiones dentarias En Niños De 6 A 12 Años. [Online].; 2014 [cited 2018 agosto. Available from: <https://es.scribd.com/document/377106142/Kiru-v-11-Art-3-Tesis>.
- 1 C M, Villanueva N, Sánchez A. Hábitos Orales más frecuentes en una población de 5 a 13 años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar. [Online].; 2003 [cited 2018 AGOSTO. Available from: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/.
- 1 Dr. Armando Santiso Cepero DRJDBYDAGP. Diagnóstico ortodóntico del área de salud. [Online].; 1996 [cited 2018 Agosto. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol11_1_96/ord06196.htm.
- 1 Dra. Carmen Lugo1 DIT. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. revista latinoamerica de ortodoncia y odontopediatria. 2011.
- 1 Moss ML SL. The primary role of functional. [Online].; 1969 [cited 1969. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/bcf7/ebcd0aa4e627ad03063366f3b128c6abbc39.pdf>.
- 2 Ngan P FH. Open bite: a review of etiology and management. [Online].; 1997 [cited 1997 febrero 0. 19. Available from: <http://www.aapd.org/assets/1/25/Ngan-19-02.pdf>.
- 2 DW W. Effect of airway obstruction upon facial growth. Otolaryngol Clin North Am. 1990 Aug;23(4):699-712. [Online].; 1990 [cited 1990 agosto 23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2199902>.
- 2 Harari D1 RMMSHTGM. The effect of mouth breathing versus nasal breathing on dentofacial and craniofacial development in orthodontic patients. 2010 octubre.
- 2 Peter Ngan DHWFDMM. Open bite: a review of etiology and management. American Academy of Pediatric Dentistry. 1997 febrero; Pediatric Dentistry- 19:2, 1997.
- 2 Martí LMSPDGGTFG. Uso del chupete: beneficios y riesgos Pacifier use. Risks and benefits. Anales de Pediatría. 2000 julio; 53(580-585).

- 2 CA. S. Thumb- and finger-sucking by children. Am J Orthod. 1948 diciembre ; 34(1017).
5.
- 2 Singh SP1 UACH. Distribution of malocclusion types among thumb suckers seeking orthodontic
6. treatment. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2008 septiembre; 26(114).
- 2 Subtelny JD SJ. Oral habits--studies in form, function, and therapy. Angle Orthod.. 1973 octubre;
7. 43(4)(349-83).
- 2 D. C. Fundamentos de odontología pediátrica. 2nd ed.; 2000.
8.
- 2 Tanaka OM1 VRTGGACE. Nailbiting, or onychophagia: a special habit. Am J Orthod Dentofacial
9. Orthop. 2008 agosto; 134(305-8).
- 3 Meyer-Marcotty P1 HJSEA. Dentoalveolar open bite treatment with spur appliances. J Orofac
0. Orthop.. 2007 noviembre; 68(510-21).
- 3 Grández BAMT. Prevalencia De Las Maloclusiones Según Angle En Estudiantes De 17 Años De La
1. Academia Particular. [Online].; 2017 [cited 2018 agosto. Available from:
<http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1185/ALEX%20MARTIN%20TEJADA%20GRANDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 3 Germeç D1 TT. Lower lip sucking habit treated with a lip bumper appliance. Angle Orthod.. 2005
2. noviembre; 76(6)(1071-6.).
- 3 Hashish DI1 MY. Effect of lip bumpers on mandibular arch dimensions. Am J Orthod Dentofacial
3. Orthop.. 2009 JUNIO; 135(1)(106-9).
- 3 Ocampo Parra A JGNLÁM. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. [Online].; 2013 [cited
4. 2018 agosto. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434>.
- 3 Góis EG1 RJHVMPSSNJRJMPI. Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and
5. adenoid size on the development of malocclusion. Angle Orthod. 2008 JULIO; 78(4)(647-54).
- 3 Odenrick L BV. Nailbiting: frequency and association with root resorption during orthodontic
6. treatment. Br J Orthod. 1985 abril; 12(2)(78-81).
- 3 Schneider PE PJ. Oral habits: considerations in management. Pediatr Clin North Am. 1982
7. Jun;29(3):523-46. 1982 JUNIO; 29(3)(523-46).
- 3 SD. J. Habits affecting dental and maxillofacial. Dent Clin North Am. 1995 octubre; 851(60).
8.
- 3 Góis EG1 RJHVMPSSNJRJMPI. Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and
9. adenoid size on the development of malocclusion. Angle Orthod. 2008 julio ; 78(4)(647-54).

- 4 Bosnjak A1 VBVMIBDVM. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. J Oral Rehabil. 2009 septiembre; 29(9)(902-5).
- 4 Báez AMA, lúchese E, Salazar C, Rivera I, rivera F. Aproximación al perfil de oclusión dentaria en 1. preescolar del municipio Maracaibo. [Online].; 1999 [cited 2018 agosto. Available from: https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/aproximacion_perfil_oclusion_dentaria_preescolares_municipio_maracaibo.asp.
- 4 McDonald R, AVERY D. Odontología pediátrica y del adolescente. [Online].; 1998 [cited 2018 2. agosto. Available from: <http://especializada.unsaac.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=pb:HARCOURT/BRACE,%20>.
- 4 González E RNSMA. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de 3. la enseñanza primaria. [Online].; 2004 [cited 2018 agosto. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.pdf.
- 4 Yenileidy Fonseca Fernández EFPAMC. Ciencias Clínicas Y Patológica. [Online].; 2014 [cited 2018 4. agosto. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000400003.
- 4 Adriana Natera ERRCZAYJLM. [Online]. Available from: 5. http://uacjortodoncia.weebly.com/uploads/2/7/7/1/2771221/mordida_cruzada.pdf.
- 4 Carmen T. Medina A.1 MLLS,CVROQAADCALMJTA. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación 6. con maloclusiones en niños con dentición Primaria. [Online].; 2010 [cited 2018 agosto. Available from: <https://es.scribd.com/document/326515433/Habitos-Bucales-Mas-Frecuentes-y-Su-Relacion-Con-Malocusiones-en-Ninos-Con-Denticion-Primaria>.
- 4 Dra. María Gudelia Alemán Estévez DIMBDAPL. Necesidad de tratamiento ortodóncico en 7. escolares. [Online].; 2011 [cited 2018 agosto. Available from: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema06.htm>.
- 4 Gardey JPPyA. [Online].; 2015 [cited 2018 agosto. Available from: 8. <https://definicion.de/protusion/>.
- 4 n EG. Enfermedades periodontales y periimplantarias. Factores de riesgo y su diagnóstico. 9. [Online].; 2003 [cited 2018 agosto. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v15n3/original4.pdf>.
- 5 Urrieta E. LIQOFMRS LH. Hábitos bucales y Maloclusión presente en los pacientes atendidos 0. durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva U.G.M.A. Año 2006-2007. revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2008.
- 5 Adilén Camblor VCHGJV. Estudio retrospectivo de Maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 1. 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antímamo - Caracas en el período 2000-2007. revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2008.

- 5 Livia Patrícia Versiani Gonçalves* OAdTSAMO. The relationship between bruxism, occlusal.
2. Dental Press J. Orthod.. 2008 noviembre; 15(97-104).
- 5 Laboren M. MC,VC,QO. Hábitos Bucales mas frecuentes en su relación con maloclusiones en
3. niños con detinción primaria. [Online].; 2010 [cited 2018 agosto 2. Available from:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>.
- 5 O B. Estudio Epidemiológico de Maloclusiones en dos Zonas Rurales. [Online].; 2006 [cited 2018
4. agosto.
- 5 MsC. Daniel Enrique Reyes Romagosa DITPMLMQODMMFyDHELE. Hábitos bucales deformantes
5. en niños de 5 a 11 años. [Online].; 2014 [cited 2018 Agosto. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003.
- 5 [Online].; 1996 [cited 2018 agosto. Available from:
6. http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol11_1_96/ord06196.htm.
- 5 Singh SP1 UACH. Distribution of malocclusion types among thumb suckers seeking orthodontic
7. treatment. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2008 septiembre; 26(114).

ANEXOS

ANEXO 01: CARTA DE PRESENTACION



Chiclayo, 16 de octubre del 2018

CARTA DE SOLICITUD 01 C.A.C.P.

De: Mg.CD. VICTOR ANTONIO DURAND PICH0

Director de la escuela de estomatología

Para: SILVIA ELIZABETH MESTANZA PEREZ

Directora de la institución educativa N° 82668, San Juan De Lacamarca, Hualgayoc, Cajamarca

Asunto: autorización para la aplicación de tesis titulado

"RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES Y MALOCCLUSIÓN EN NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA IEP N° 82668, SAN JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC BAMBAMARCA, CAJAMARCA, 2018".

Tengo el agrado de dirigirme a su honorable despacho para expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle lo siguiente:

Que, el bachiller. Cristian Antenor Cruzado Paz, al ver egresado de la Escuela Profesional de Estomatología, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo, y según el currículo de estudios es requisito indispensable para ejecutar el proyecto de investigación relacionado a la carrera; motivo por el cual se ha creído conveniente elaborar una tesis titulada: **"RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES Y MALOCCLUSIÓN EN NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA IEP N° 82668, SAN JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC BAMBAMARCA, CAJAMARCA, 2018"**, en un tiempo determinado. Para la investigación se optado por ejecutar un diagnóstico odontológico en los niños y niñas de 10 y 11 años de edad de su prestigiosa institución educativa.

Por tanto:

Recorro a usted señora directora para solicitarle su aprobación y permita realizar el diagnóstico odontológico en sus niños menores de 10 y 11 años de su institución que tan dignamente la dirige. Es propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente:

BACH. CRISTIAN. A. CRUZADO PAZ
DNI:48166929

MG. VICTOR ANTONIO DURAND PICH0
Dir. De La Escuela de Profesional de estomatología



ANEXO 02: CONSTANCIA DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA DIRECCIÓN REGIONAL DE
EDUCACIÓN UGEL HUALGAYOC BAMBAMARCA I.E. N° 82668 SAN JUAN
DE LACAMACA**

CONSTANCIA

La directora I.E. N° 82668 san juan de Lacamaca, consta por el presente documento:

Que al Sr.

CRISTIAN ANTENOR CRUZADO PAZ

Egresado de la Escuela Profesional De Estomatología Facultad De Medicina Humana De La Universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo, ejecuto en esta I.E.P, su trabajo de investigación denominado “RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES Y MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA IEP N° 82668, SAN JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC BAMBAMARCA, CAJAMARCA, 2018”.

Se expide la presente constancia, careciendo de valor oficial para asuntos judiciales en contra del estado peruano.

San Juan De Lacamaca, 23 de octubre del 2018.

 GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UGEL HUALGAYOC BAMBAMARCA
I.E. N° 82668 SAN JUAN DE LACAMACA

Prof. Edilma Huabert Mestanza Pérez
DIRECTORA

ANEXO 03: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Por la presente Yo CARMEN VICTORIANO VASQUEZ identificado con DNI 27569042 domiciliado en Jr. RAMON CASTILLA # 216 con teléfono 946790906 acepto voluntariamente formar parte del estudio "RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES Y MALOCCLUSIÓN EN NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA IEP N°82668 SAN JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC BAMBAMARCA, CAJAMARCA" entiendo que la información que yo proporcione en el transcurso de este estudio es obligatoriamente secreto y no será usada para ninguna intención fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firma del Participante



huella

ANEXO 04: ENCUESTA



Encuesta de investigación

Nombres y apellidos:		N° PX:
1.Habitos		
¿Su hijo se chupas el dedo?	Si	No
¿Su hijo succiona el labio?	Si	No
¿Su hijo se muerde las uñas?	Si	No
¿Su hijo succiona algún objeto como lápices, borrador, etc.?	Si	No
¿Su hijo respira por la boca cuándo duerme?	Si	No
¿Su hijo permanece con la boca abierta durante el día y la noche?	Si	No
¿Su hijo rechina los dientes cuándo duerme?	Si	No

I. Examen extraoral		
1.Dedos	Limpios	Callosidades
2. Labios		
a) Labio superior	Normal	Labio corto
b) Cierre labial	Normal	Alterado
c) Labio inferior	Normal	Grueso y revertido
d) Irritación de piel cercana al labio inferior	SI	NO
3. Nariz		
a) Aletas nasales	redondeadas	aplanadas
b) Al sellar los labios	respiración normal	respiración se acelera o es insuficiente
II. Examen intraoral		
1. Lengua		
a) En deglución	Normal	Interpuesta
b) En reposo	Normal	Interpuesta
c) En fonación	Normal	Interpuesta
2.Oclusión		
a) Clase I		
b) Clase II	Clase II división 1	Clase II división 2
c)Clase III	Clase III verdaderas	Clase III falsas

ANEXO 05: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del experto: Tacilla Ramírez Rosa Marisol
 1.2. Institución donde labora: UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.3. Instrumento motivo de evaluación: BUCURSTA
 1.4. Autor del instrumento: Cristóbal Antenor Cruzado Paz

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN (Calificación cuantitativa)

Criterios	Indicadores	Inaceptables					Minimamente aceptables				Aceptables			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado.													
2. Objetividad	Esta adecuado a la leyes y principios científicos.													✓
3. Actualización	Este adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													✓
4. Organización	Existe una organización lógica.													✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. Intencionalidad	Esta adecuada para valorar las variables de las hipótesis.													✓
7. Consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. Coherencia	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													✓
9. Metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr la hipótesis.													✓
10. Pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación.													✓

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

Fecha 10/09/18. DNI: 10330922

95%

FIRMA DEL EXPERTO

[Firma manuscrita]
 Dra. Marisol Tacilla Ramírez
 CIRUJANO DENTISTA
 COP: 13969

V. DATOS GENERALES:

1.5. Apellidos y nombres del experto: Durán Pichó, Antonio Víctor
 1.6. Institución donde labora: Escuela - Univ. Mar del Plata
 1.7. Instrumento motivo de evaluación: Encuesta
 1.8. Autor del instrumento: Cristian Antenor Cruzado Paz

VI. ASPECTOS DE VALIDACIÓN (Calificación cuantitativa)

Criterios	Indicadores	Inaceptables					Mínimamente aceptables			Aceptables				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
11. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado.													
12. Objetividad	Esta adecuado a la leyes y principios científicos.												✓	
13. Actualización	Este adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												✓	
14. Organización	Existe una organización lógica.												✓	
15. Suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												✓	
16. Intencionalidad	Esta adecuada para valorar las variables de las hipótesis.												✓	
17. Consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.												✓	
18. Coherencia	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.												✓	
19. Metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr la hipótesis.												✓	
20. Pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación.												✓	

VII. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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

VIII. PROMEDIO DE VALORACION:

90%

Fecha 08-09-2018. DNI: 20425261

FIRMA DEL EXPERTO

UNIVERSIDAD
 LAS PLUMAS
 FILIAL ORILLANO

 ING. CD. ANTONIO DURÁN PICHÓ
 COORDINADOR DE ESCUELA PROFESIONAL
 ESTOMATOLOGÍA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del experto: Ramirez Arias Jesús
 1.2. Institución donde labora: U. Alas Perceñas
 1.3. Instrumento motivo de evaluación: Encuesta
 1.4. Autor del instrumento: Cristóbal Cruzado Paz

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN (Calificación cuantitativa)

Criterios	Indicadores	Inaceptables						Minimamente aceptables			Aceptables			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado.													
2. Objetividad	Esta adecuado a la leyes y principios científicos.													✓
3. Actualización	Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													✓
4. Organización	Existe una organización lógica.													✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. Intencionalidad	Esta adecuada para valorar las variables de las hipótesis.													✓
7. Consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. Coherencia	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													✓
9. Metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr la hipótesis.													✓
10. Pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación.													✓

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

Fecha 10/09/18

DNI: 444044004

FIRMA DEL EXPERTO

Mg. CD. Jesús Ramirez Arias

C.O.P 17609

ANEXO 06: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DISEÑO DEL ESTUDIO
<p>"RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES Y MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 10 Y 11 AÑOS DE LA IEP N° 82668, SAN JUAN DE LACAMACA, HUALGAYOC BAMBAMARCA, CAJAMARCA, 2018"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué relación existe entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668, San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca? • ¿Cuáles son los hábitos bucales en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, entre los meses de septiembre y diciembre del año 2018? • ¿Cuáles son las maloclusiones en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, entre los meses de septiembre y diciembre del año 2018? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si existen relación entre hábitos y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668 San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca • Identificar los hábitos bucales en niños de 10 y 11 años de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca • Identificar el tipo de las maloclusiones en niños de 10 y 11 años de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una relación directa entre hábitos bucales y la maloclusión en niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca • Los hábitos bucales en niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca. Son los hábitos de succión del dedo, onicofagia y respiración bucal. • Las maloclusiones dentales en niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N°82668 San Juan De Lacamaca, hualgayoc Bambamarca, Cajamarca. Son las maloclusiones clases II y III. 	<ul style="list-style-type: none"> • No experimental de corte transversal correlacional nivel explicativo



fig. 01. Llegada a la I.E.P N° 82668 san juan de Lacamarca.



Fig. 02. Empezando con las charlas sobre hábitos bucales y maloclusión con niños de 5° y 6° grado.



Fig. 03. Enseñando sobre hábitos bucales y maloclusión dental a niños de 5° y 6° grado.



Fig. 04. Encuesta a los padres de los niños de 5° y 6° grado.



Fig. 05. Examen extraoral



Fig. 06. Examen intraoral.



Fig. 07. Incisivos centrales superiores protruidos por hábitos de mordedura.



Fig. 08. Niños de 10 y 11 años de edad de la I.E.P. N° 82668 San Juan Bautista Lamacaca.