



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

**“HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON LAS
MALOCLUSIONES EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN NIÑOS DEL
NIVEL INICIAL DE LA IEI N°011520 LIMA 2022”**

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

PRESENTADO POR

Bach. SINCHE CONTRERAS CESAR JAIME

<https://orcid.org/0000-0001-5094-6476>

ASESOR

Mg. MEJÍA LÁZARO VICTOR ALEJANDRO

<https://orcid.org/0000-0003-4239-2914>

**LIMA - PERÚ
2022**

DEDICATORIA

A mi Madre Lucila, quién me dio la vida y me impulsó a seguir adelante en todo momento.

A mi esposa Yrene, a mis hijos; Joseph y Aracely, por haberse comprometido conmigo en esta hermosa Carrera.

A mi familia por estar a mi lado y brindarme su apoyo desinteresado.

AGRADECIMIENTO

A Dios, ante todo, por haber permitido abrimme paso en este mundo profesional.

A mi madre quién creyó en mí y me brindó su apoyo incondicional.

A mi alma máter, a mis profesores y asesores, por haberme guiado y dedicado su tiempo en mi formación.

A la institución educativa inicial por permitirme realizar este estudio en sus alumnos.

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Índice de tablas	v
Índice de gráficos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. Descripción de la realidad problemática	11
1.2. Formulación del problema	12
1.2.1. Problema principal	12
1.2.2. Problemas específicos	12
1.3. Objetivos de la investigación	12
1.3.1. Objetivo Principal	12
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Justificación de la investigación	13
1.4.1. Importancia de la investigación	13
1.4.2. Viabilidad de la investigación	144
1.5. Limitaciones de estudio	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.1.1 Antecedentes internacionales	15
2.1.2. Antecedentes nacionales	16
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Definición de términos básicos	28
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	30
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	30
3.2. Variables; definición conceptual y operacional	30
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
4.1. Diseño metodológico	32
4.2. Diseño muestral	32
4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	33
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	34
4.5. Aspectos éticos	34

CAPÍTULO V: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	35
5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos	35
5.2. Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas	35
5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas empleadas	54
5.4. Discusión	55
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
FUENTES DE INFORMACIÓN	60
Anexo N°1: Carta de presentación	67
Anexo N°2: Constancia de desarrollo de la investigación	68
Anexo N°3: Consentimiento Informado	69
Anexo N°4: Asentimiento Informado	70
Anexo N°5: Odontograma	71
Anexo N°6: Instrumento de recolección de datos	72
Anexo N°7: Ficha clínica	74
Anexo N°8: Base de datos	76
Anexo N°9: Fotografías	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación entre la succión digital y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	35
Tabla 2: Relación entre la succión labial y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	38
Tabla 3: Relación entre la onicofagia y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	41
Tabla 4: Relación entre la respiración bucal y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	44
Tabla 5: Relación entre el bruxismo y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	47
Tabla 6: Relación entre la deglución atípica y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	50
Tabla 7: Relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	53
Tabla 8: Prueba de independencia de Chi cuadrado para analizar la relación entre cada hábito bucal y las maloclusiones.	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Relación entre la succión digital y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	36
Gráfico 2: Relación entre la succión labial y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	39
Gráfico 3: Relación entre la onicofagia y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	42
Gráfico 4: Relación entre la respiración bucal y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	45
Gráfico 5: Relación entre el bruxismo y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	48
Gráfico 6: Relación entre la deglución atípica y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	51
Gráfico 7: Relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.	54

RESUMEN

La investigación buscó determinar la relación que existe entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022. Se realizó un modelo de estudio no experimental, de nivel descriptivo, correlacional, prospectivo y de corte transversal, la muestra utilizada fue de 120 estudiantes entre niños y niñas de 3 a 5 años de edad del nivel inicial, fueron seleccionados por tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión, se utilizó la técnica de encuesta y observación, empleando como instrumentos para la recolección de datos, un cuestionario y una ficha clínica, previa aceptación del consentimiento informado. Se encontró que el hábito bucal con mayor prevalencia fue la respiración bucal 31.7% relacionados con la mordida profunda con 15%, con plano terminal con escalón mesial 10.8%, con plano terminal con escalón distal 1.7% y la mordida cruzada unilateral 1.7%; y de menor prevalencia fue la succión digital 1.7% relacionada con plano terminal con escalón mesial 0.8%, mordida profunda 1.7%; la deglución atípica 6.7% fue la única que se relacionó con la mordida abierta anterior 1.7%; en maloclusión la mordida profunda obtuvo la mayor prevalencia 40.8%; y no se evidenció mordidas en tijera. Concluyendo que existe relación significativa entre los hábitos bucales y las maloclusiones.

Palabras clave: Hábitos bucales, maloclusión en dentición decidua.

ABSTRACT

The research sought to determine the relationship between oral habits and malocclusions in times of pandemic in children of the initial level of the IEI No. 011520 Lima 2022. A non-experimental study model was carried out, at a descriptive, correlational, prospective and cross-sectional, the sample used was 120 students between boys and girls from 3 to 5 years of age of the initial level, they were selected by type of simple random probabilistic sampling, including the inclusion and exclusion criteria, the survey technique was used and observation, using a questionnaire and a clinical record as instruments for data collection, prior acceptance of informed consent. It was found that the most prevalent oral habit was mouth breathing 31.7% related to deep bite with 15%, with terminal plane with mesial step 10.8%, with terminal plane with distal step 1.7% and unilateral crossbite 1.7%; and less prevalent was digital suction 1.7% related to the terminal plane with mesial step 0.8%, deep bite 1.7%; atypical swallowing 6.7% was the only one that was related to the previous open bite 1.7%; in malocclusion the deep bite obtained the highest prevalence 40.8%; and no scissor bites were evidenced. Concluding that there is a significant relationship between oral habits and malocclusions.

Keywords: Oral habits, malocclusion in deciduous dentition.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada: Hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022, busca como finalidad de estudio, los hábitos bucales y las maloclusiones de niños con dentición decidua y determinar si se relacionan.

Los hábitos bucales pueden ser fisiológicos o perniciosos, siendo materia de estudio a aquellos hábitos bucales que alteran el equilibrio de las fuerzas de los músculos periorales y la lengua, afectando el desarrollo dental y óseo, produciendo así las maloclusiones.

Estas alteraciones se pueden presentar como maloclusión dentaria vertical dentro de la cual tenemos a la mordida profunda y mordida abierta; maloclusión dentaria transversal que se presenta como mordida cruzada posterior y mordida en tijera; y las relaciones antero posteriores o sagitales.

La relación antero posterior está establecida por la relación molar según Angle en dentición permanente, tomando como referencia a los 1° molares permanentes. Los niños de 3 a 5 años del presente estudio presentan dentición decidua, motivo por el cual se evaluó la relación antero posterior de los 2° molares temporales, que utiliza los planos terminales, que nos dan como pronóstico la clase de Angle que podrían presentar los niños al cambiar su dentición. El plano terminal recto nos lleva a una clase I, el plano terminal con escalón mesial, nos lleva a una clase III y el plano con escalón distal nos lleva a una clase II de Angle.

Esta investigación aporta de información a la población en general, a los padres o apoderados de los niños, del tipo de hábitos bucales que sus hijos presentan, de esta manera orientarles y aconsejarles sobre el tratamiento que ellos les pueden brindar a sus menores o en todo caso solicitar ayuda especializada.

A continuación, se describe la estructura del trabajo de investigación del cual comprende:

Capítulo I: Se plantea la realidad problemática en la investigación, el problema principal, así como los problemas específicos, se describen los objetivos de la investigación, la justificación, importancia y viabilidad de la investigación, por último, las limitaciones.

Capítulo II: Se recolecta los antecedentes tanto internacionales como nacionales,

la teoría y bases científicas de la investigación, incluyendo conceptos básicos.

Capítulo III: Se postula la hipótesis general, se identificó, se describió la definición, de las variables y la operacionalización de estas.

Capítulo IV: De igual forma se describe el diseño, la metodología, el diseño muestral, la técnica y el instrumento de recolección de los datos, técnicas de procesamiento de información y la técnica estadística utilizada en la información de análisis.

Capítulo V: Se presentó el análisis y discusión, tanto el análisis descriptivo como inferencial, presentándolas en tablas de frecuencia y gráficos; y la discusión.

Por último, se mostró las conclusiones y recomendaciones. De igual forma, se menciona las fuentes de información consultadas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La investigación de este tema se originó por la coyuntura mundial producto de la pandemia por Covid-19, que se inició en la república china, y fue declarada como pandemia por la organización mundial de la salud. Esta situación llevó a los gobiernos de todo el mundo, a tomar una serie de medidas sanitarias, económicas y sociales. En el ámbito educativo, se dio lugar al cierre masivo de las clases presenciales de las instituciones educativas, con el fin de evitar la propagación del virus, lo que llevo a una cuarentena, dándose inicio a las clases virtuales. Motivo por el cual los niños en edad escolar estuvieron expuestos a largas horas frente al monitor de las computadoras, ocasionándoles una serie de problemas, como malas posturas corporales, alteraciones de la visión, problemas respiratorios por el polvo y ácaros del ambiente que les rodea; a eso le sumamos el estrés, fatiga y ansiedad que desencadenaron una serie de hábitos parafuncionales, como succión digital, succión labial, onicofagia, respiración bucal, obstruyendo el desarrollo normal del sistema estomatognático y cráneo facial, dando origen a las maloclusiones, afectando la salud de los niños. La organización mundial de la salud OMS, indica que las alteraciones oclusales, son más frecuentes después de caries y enfermedad periodontal, ocupando el tercer lugar en lo que respecta a problemas de salud bucal. Las maloclusiones es la alteración del alineamiento y contacto de los dientes, que conlleva a una serie de alteraciones funcionales; que afectan a la masticación, fonación, estética y a la parte psicológica, como la baja autoestima. Lo que puede llevar a un bajo rendimiento educativo, bullying, y malnutrición. Estas alteraciones en el alineamiento de los dientes están condicionados a factores genéticos, ambientales y psicológicos.

Por otro lado, los hábitos bucales que inicialmente se pueden producir de manera voluntaria se vuelven involuntarios al estar sometidos a factores como el estrés, fatiga, ansiedad, desencadenado por el cambio brusco del estilo de vida de los niños, al haber estado sometidos a las clases virtuales y a la restricción social. Producto de esta pandemia, los niños llegaron a generar hábitos que probablemente no generaban cuando no estaban sometidas a este tipo de

problemas, ya que la falta de interrelación personal también contribuyen a este tipo de situaciones, como el desarrollo de una maloclusión, o que aumente el desarrollo de estas maloclusiones y más aún, si el niño es propenso a desencadenar este tipo de problemas, durante el tiempo que se realizó el estudio no se encontraron investigaciones que relacionen los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia, por todo lo expuesto, con el siguiente estudio se determinó la relación que existe entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia de los niños del nivel inicial de la IEI N°011520 del AAHH. Las Galeras de José Carlos Mariátegui, distrito de San Juan de Lurigancho, Lima-Perú comprendidos entre el mes de junio y agosto del año 2022.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la relación que existe entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación que existe entre la succión digital y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre la succión labial y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre la onicofagia y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre la respiración bucal y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre el bruxismo y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre la deglución atípica y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo Principal

Determinar la relación que existe entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar la relación que existe entre la succión digital y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Determinar la relación que existe entre la succión labial y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Determinar la relación que existe entre la onicofagia y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Determinar la relación que existe entre la respiración bucal y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Determinar la relación que existe entre el bruxismo y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Determinar la relación que existe entre la deglución atípica y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

Presenta relevancia teórica porque se obtiene datos estadísticos nuevos de la relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones, porque el estudio fue realizado en tiempos de pandemia donde el niño estuvo sometido a estrés, fatiga y ansiedad. Presenta relevancia práctica porque sensibiliza a los cirujanos dentistas a realizar campañas de prevención, e identificar a los niños con problemas de maloclusión y así poder realizar tratamientos interceptivos. Presenta relevancia social, porque los beneficiados son la comunidad educativa de la IEI N°011520, instruyendo a los padres a saber identificar los hábitos bucales perjudiciales para sus niños y poder corregirlos a tiempo o buscar ayuda profesional para tratar los problemas de maloclusión. Presenta relevancia metodológica porque permitió realizar el estudio de manera eficiente y en el tiempo adecuado con respecto a la pandemia, llegándose a conocer de manera directa las variables de estudio, mediante una serie de procedimientos con la cual se consiguió alcanzar el objetivo

de la investigación. Presenta Interés personal porque mediante la realización de este estudio obtendré mi título profesional.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Esta investigación contó con recursos humanos imprescindibles para el estudio, como el investigador, asesor estadístico, el apoyo de la dirección de la IEI N°011520 y la disponibilidad de la población materia de estudió, respetando los protocolos establecidos por el ministerio de salud. Contó con recurso económicos propios.

Contó con recursos institucionales, porque tuvo la disponibilidad de la instalación de la IEI N°011520, materiales e insumos, previa realización de los trámites correspondientes de las instituciones involucradas (Universidad Alas Peruanas y la IEI N°011520), tuvo acceso a las instalaciones de la IEI N°011520 para informarles a los padres o apoderados de los niños del proyecto de investigación y hacerles llegar los instrumentos de recolección de datos. También conto con el tiempo necesario para la realización de la investigación.

1.5. Limitaciones de estudio

El presente estudio presentó limitación debido al aforo de la instalación de la institución educativa donde se realizó la evaluación clínica de los niños, debido a los protocolos establecidos por el ministerio de salud, lo cual se superó, realizando una programación de citas por día, para la evaluación clínica previa coordinación con los padres.

Debido a los constantes contagios de los niños, la normativa dispuesta por Minedu. establecía protocolos frente a casos confirmados de Covid-19 ya sea de estudiantes o maestras, realizándose cuarentena localizadas por aulas, lo que alargaba el plazo establecido para el estudio, el cual se retomó al superarse los problemas de salud de los niños.

Dificultad para el examen clínico, por ser pacientes poco colaboradores, debido a la edad y a su conducta, siendo superado con el manejo del comportamiento del paciente pediátrico, con el uso de técnicas como decir, mostrar, hacer.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Mendoza P. Méndez J. et. al. (2019) Paraguay; el objetivo fue determinar la presencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusiones y anomalías dentomaxilares en pre escolares de coronel Oviedo – Paraguay. La metodología fue un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con muestreo probabilístico estratificado bietápico. La población estuvo conformada por niños de ambos sexos en edad pre escolar, con una muestra de 344 niños a los cuales se les realizó el examen clínico bucodental y la encuesta dirigidas a sus padres. En los resultados se encontró el 13,08% (45) realizaba succión digital, el 9,59% (33) succión de chupete y el 38,95% (134) otros hábitos. Concluyendo que existe relación entre succión no nutritiva y maloclusión, siendo la succión no nutritiva la de mayor prevalencia.¹

Mesa N. Medrano J. (2017) Cuba; el objetivo fue determinar la afectación por hábitos bucales deformantes y las alteraciones oclusales en niños de 0-11 años de edad del Policlínico Máximo Gómez del municipio Holguín. El estudio fue descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 132 niños de ambos sexos, escogidos por muestreo estratificado a fijación igual. El mayor porcentaje fue para chupeteo de tete y biberón con 69,69% y el de menor porcentaje para succión digital con 45,45%, en las maloclusiones la distoclusión molar presenta la mayor prevalencia con 40,40% y el de menor prevalencia fue el apiñamiento inferior con 25,75%. Concluyendo que los hábitos bucales deformantes fueron la causa de las maloclusiones, siendo la distoclusión molar la que más prevalece.²

Escola M. (2017) Ecuador; el objetivo de la investigación fue determinar la relación de las alteraciones en la oclusión con hábitos bucales parafuncionales en niños con dentición primaria en la Escuela República de Venezuela de la ciudad de Quito. Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, con una muestra de 75 niños entre 3 a 5 años de edad, de ambos sexos, se realizó una encuesta a los padres para saber si sus niños presentan alguna cualidad que indiquen la existencia de hábitos bucales deformantes, en la segunda fase se realizó el examen clínico para

verificar la información sobre hábitos bucales deformantes y maloclusión, utilizando para ello la observación de la cavidad bucal. Los resultados fueron, 26.70% de la población presentó maloclusión, siendo la de mayor prevalencia la mordida abierta con un 18.7%; el 31.9% correspondió a los hábitos bucales deformantes, siendo la de mayor prevalencia la succión digital y la de menor frecuencia succión labial con 3.9%. Concluyendo que se encontró relación entre las alteraciones en la oclusión y los hábitos bucales parafuncionales.³

2.1.2. Antecedentes nacionales

Caller W. (2017) Cusco; el objetivo de este estudio fue determinar la influencia de hábitos bucales para funcionales en la manifestación de maloclusiones en dentición primaria en niños de 3 a 5 años en el Jardín "Patrón de San Jerónimo". Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Para la muestra se consideró 178 niños seleccionados de manera aleatoria, para la recolección de datos se realizó una encuesta a los padres y el examen clínico intraoral a los niños. Como resultado se obtuvo a la succión labial con un 89.4% como el mayor porcentaje y al bruxismo con un 45.3% con el menor porcentaje, con respecto a maloclusión predominó la clase I con un 88.3% y como el de menor porcentaje la clase III con un 2.2%. El presente trabajo concluye que los hábitos bucales para funcionales influyen en las manifestaciones de maloclusiones en dentición primaria en niños de 3 a 5 años de edad en el jardín "Patrón de San Jerónimo".⁴

Trocones A. (2018) Lima; El objetivo del estudio fue determinar la asociación de Hábitos Orales y la Prevalencia de Maloclusión dentaria en niños de 7 a 12 años en la I.E. Próceres de la Independencia N°138 en el año 2018. En la metodología, fue un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo. La muestra utilizada fue de 150 alumnos pertenecientes a la I.E. Próceres de la Independencia N°138. En los resultados se observaron que dentro de los niños que presentan maloclusión, 16.60% corresponden a los respiradores bucales, siendo ellos el de mayor porcentaje y en menor porcentaje los que presentan onicofagia y succión labial. Concluyendo que existe asociación entre los hábitos orales con las maloclusiones y el que presentó mayor porcentaje fue respirador Bucal.⁵

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Hábitos bucales

Se define como hábito, a la capacidad de un individuo para adquirir una acción de manera constante.⁶

Los hábitos orales o bucales son conductas parafuncionales que se pueden considerar normales durante una etapa de la vida y puede llevarnos a una alteración de la oclusión, si se hace constante y perdurable en el tiempo.⁶

Son considerados como el origen primario o secundario de las maloclusiones o alteraciones dentomaxilofaciales. El nivel de maloclusión está sujeto a la intensidad, frecuencia y duración del hábito. Los hábitos bucales se presentan inicialmente de manera inconsciente y se desencadenan por frustración, estrés, fatiga o aburrimiento, suelen encontrarse en niños desatendidos, con presión familiar e inmadurez emocional.⁷

Etiología de los hábitos bucales

Se debe a la aparición de factores psicológicos vinculados a la inadecuada alimentación materna del bebe, y para evitar la aparición de hábitos orales anormales es necesario empezar con una correcta alimentación materna que cubra las necesidades del recién nacido.⁸

Existe una armonía bucal y facial, donde los tejidos musculares tanto el orbicular de los labios, como el músculo buccinador, se contraponen a la lengua, proporcionando una estabilidad a los dientes. Los músculos faciales intervienen en este equilibrio, pero al romperse el equilibrio pueden influir en la aparición de alteraciones estructurales de los huesos maxilares, evidenciándose una desviación de los dientes en sentido opuesto al músculo que ejerce mayor resistencia sobre los dientes, distanciándose de ellos.⁹

Clasificación de los hábitos bucales

Hábitos fisiológicos: Son aquellos hábitos innatos del ser humano, como la deglución, respiración nasal, movimientos corporales, deglución y succión.⁷

Hábitos no fisiológicos: Cuando los dientes, arco dentario y tejidos blandos son sometidos a fuerzas que van a perjudicar su desarrollo, como succión digital, deglución infantil y la respiración bucal.⁷

2.2.2 Hábitos bucales no fisiológicos o perniciosos

Succión digital

El neonato está provisto de una estructura aproximadamente bien desarrollada para succionar, porque es su medio de relacionarse exteriormente, esta estructura o mecanismo lo utiliza para alimentarse y percibir sensaciones gratificantes.¹⁰

Durante la infancia temprana, la succión digital no ocasiona alteraciones, si paralela a ello se realizan hábitos de alimentación.⁸

Succión del pulgar y de otros dedos

Considerada como un acto normal la succión digital transcurre en los infantes sin problemas. Si desaparece entre los 2 años o 3 años de edad no ocasionan en los maxilares, mayores alteraciones, ni movimientos anormales de las piezas dentarias, pero la persistencia después de la erupción de los incisivos permanentes aumenta la probabilidad de producir alteraciones en la oclusión en la zona anterior. Además, el succionar los dedos en infantes de mayor edad está relacionado con problemas sociales o psicológicos subyacentes.¹¹

Onicofagia

Es un hábito nocivo que se realiza al morderse las uñas y las yemas de los dedos, el objetivo es desaparecer o menguar la tensión acumulada remplazándola por una percepción de mejoría y gratificación de manera rápida.¹²

En otras palabras, es la consecuencia de la acción repetitiva de un acto no deseado que, al volverse constante, se realiza después de manera inconsciente, perjudicial para el Sistema estomatognático ya que causa lesiones en el sistema masticatorio. Estos hábitos son efectuados de manera constante e involuntariamente, donde la persona disminuye su autonomía.¹³

La onicofagia es responsable de las infecciones en los dientes, encías, uñas, cutículas, articulaciones temporomandibulares. Es un acto involuntario o adrede en algunos sujetos, que señalan que se muerden las uñas para disimular el estado en las que se encuentran.¹⁴

Etiología de la onicofagia

Están ligados a los problemas psiquiátricos, entre ellos tenemos a la ansiedad y el trastorno obsesivo compulsivo, factores genéticos y familiares. Según algunas investigaciones concluyen que los afectados presentan familiares con historial

médico de afecciones crónicas, alteraciones mentales, desórdenes mandibulares, infecciones de las uñas y onicofagia.¹⁴

Características clínicas

Las uñas y los dedos son los más afectados y con menos incidencia a la oclusión. Pueden presentarse algunas mordidas cruzadas de uno o dos elementos, y esto debido a la presión producida sobre la pieza dentaria en el momento de morderse las uñas. Además de presentar casos de intrusión de piezas dentarias, principalmente de los incisivos superiores.¹⁵

Respiración bucal

En la tesis de Mallqui J. hace referencia a Asensi C. El cual indica que la respiración bucal, consiste en el remplazo de la respiración nasal fisiológica por una respiración bucal, donde prevalece la presencia de adenoides, un paladar angosto y alargado, presenta también un paladar profundo; inclinándose a una maloclusión con mordida abierta, en donde la ubicación de la lengua dentro de la cavidad oral es baja.^{16 17}

Fisiológicamente la respiración es nasal, porque de esta manera el flujo de aire que ingresan a los pulmones, es humedecidos y libre de impurezas. Cuando hay un incremento del esfuerzo físico o en cuadros de estrés, se combinan ambos tipos de respiración, tanto nasal como bucal. El niño va a ser respirador bucal cuando existan un mecanismo que impida el ingreso del aire a través de la nariz. Estas obstrucciones se dividen de acuerdo a la zona que afectan, si se localizan en cavidad nasal puede presentar un aumento de tamaño de los cornetes o presentar desplazamiento lateral del tabique nasal e inflamación de la mucosa nasal de origen alérgico; si es por nasofaringe encontramos aumento del tamaño de las amígdalas faríngeas o adenoideas y si es por bucofaríngea, encontramos aumento del tamaño de las amígdalas palatinas.¹⁶

La respiración bucal es señalada como un hábito y también como una enfermedad, sin ser esto tan relevante. Y eso se debe porque cuando es tratado el problema que obstruye la respiración nasal el niño sigue siendo respirador bucal, si no practica la respiración nasal. Para ello existen diversas técnicas, que ayuda a recuperar esa funcionalidad.¹⁸

La etiología de la respiración bucal

Está vinculada con el bloqueo del paso del aire por los conductos respiratorios

superiores, debido a una mucosa nasal inflamada por alergia, hipertrofia de los adenoides, desviación del tabique nasal, hipertrofia de las amígdalas palatinas, como consecuencia tenemos una función respiratoria deficiente, que acarrea alteraciones en la posición de la lengua, así como también en los labios y la mandíbula.¹⁸

Las alteraciones de una respiración bucal son: labio entreabierto con lengua baja afectando así su facultad morfofuncional, que si permitiría un crecimiento transversal correcto del maxilar, en cambio estas alteraciones traerían como consecuencia mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.¹⁸

Zarate R. En su estudio hace referencia a García G. Señalando que, al presentar un aumento de presión en el aérea intrabucal, en los respiradores bucales, el paladar susceptible a la presión ejercida se profundiza, alterando así su forma y se produce también atrofia de los senos maxilares por falta de flujo de aire por la cavidad nasal, dándole la característica de facie alargada.^{19 20}

Succión labial

El hábito de succión labial casi siempre aparece después de un hábito de succión digital o producto de un hábito de deglución atípica, y esto se debe a que en estos pacientes se evidencia un overjet muy aumentado. Este hábito puede aparecer en cualquier etapa de la niñez. En las características clínicas, se evidencian a nivel labial, irritación, grietas y resequedad, así como también erosión de los labios.²¹

Las alteraciones a nivel bucofacial de los pacientes con hábito de succión labial son: Incisivos superiores protruidos, incisivos inferiores retruidos, tonicidad del labio superior disminuido, tonicidad del labio inferior aumentado, ausencia del sellado labial, músculo mentoniano hipertrofiado. La succión labial inferior obstruye el desarrollo normal de la arcada de los dientes inferiores, produce mordida profunda, el borde incisal de los dientes inferiores contacta con la mucosa palatina, también presenta retracción mandibular. Es importante el uso del Lip Bumper, porque interviene positivamente en el crecimiento del arco dentario mandibular, al actuar distanciando los labios inferiores de los dientes anteriores con el maxilar inferior, y como consecuencia se produce la expansión espontánea de la arcada mandibular.²²

La succión labial se observa en aquellas alteraciones oclusales donde existe un

gran resalte incisivo, sin embargo, pueden presentarse como variaciones o como remplazo de la succión digital. Generalmente se presenta la succión en el labio inferior, pero se ha encontrado mordisqueo del labio superior. Al interponerse constantemente el labio inferior entre los incisivos, traen como consecuencia el prognatismo del maxilar superior, lingualización de los incisivos inferiores, ocasionando un aumento del resalte y mordida abierta anterior.²³

Bruxismo

Es un hábito donde el sujeto rechina los dientes y lo puede realizar de manera consciente e inconsciente, esto produce desgaste dentario, que en algunos casos es posible que llegue hasta la pulpa coronal. El bruxismo está vinculado a disfunciones en el ATM, alteraciones de la oclusión y comúnmente a personas con dificultades emocionales y/o trastornos psicológicos, además de disturbios neurológicos.²⁴

Etiología

El bruxismo en niños es de origen multifactorial, dentro de estos factores tenemos el periodo de dentición mixta, alteraciones en la oclusión, desarrollo de la articulación temporomandibular, tensión emocional, hábitos bucales, también se relaciona con la existencia de parásitos. Varios estudios concluyeron que la ansiedad es uno de los factores que afectan directamente en las manifestaciones clínicas del bruxismo. Así mismo un paciente pediátrico con bruxismo, aumenta la posibilidad 16 veces de desarrollar ansiedad. Los medicamentos que actúan a nivel del sistema nervioso central están relacionados con la existencia de bruxismo; niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, apnea del sueño, aquellos que padecen de migrañas, o los que hablan dormidos tienen mayor posibilidad de desarrollar bruxismo.²⁵

El bruxismo además se puede desencadenarse por procesos alérgicos, asma y por afecciones de las vías respiratorias.²⁵

Manifestaciones clínicas

Diversas son las manifestaciones clínicas del bruxismo a nivel del sistema estomatognático, afectan directamente a las estructuras dentarias, musculares y articulares, se evidencia desgaste dentario parafuncional en piezas anteriores y posteriores, rechinado de los dientes, rotura de dientes y restauraciones, dientes

que presenten movimiento durante las primeras horas del día, músculos masetero y temporal hipertrofiado, mialgia, exostosis, artralgia del ATM, trismus, sonidos articulares y tercio inferior de la cara disminuido debido al desgaste dentario por pérdida de la dimensión vertical oclusal.²⁶

Deglución atípica

Definición

Definida como la fuerza que ejerce la lengua sobre los dientes de las arcadas, tanto en dirección anterior, como lateral, esto ocurre por los movimientos inadecuados de la lengua durante la deglución. Esta presión es realizada por la lengua al ubicarse entre los incisivos y su cara posterior. La presión constante ejercida por la lengua durante el acto de deglución en estos pacientes, interfiere en el desarrollo normal y en la función de la musculatura oro facial. La fuerza desencadenada durante el acto de deglución en pacientes con deglución atípica es suficiente para provocar las alteraciones dentarias y dentoalveolares sin ocasionar alteraciones esqueléticas. Esta interferencia redirecciona el crecimiento y desarrollo de algunas estructuras orofaciales, lo que puede producir algunas maloclusiones como mordida abierta, mordida cruzada anteriores y laterales, inhibición de la erupción dentaria, vestibuloversión o linguoversión y protrusión dentoalveolar.²⁷

Etiología de la deglución atípica

Conocida como interposición lingual, se origina cuando el niño continúa utilizando como patrón de alimentación, a la deglución infantil, llamada también visceral, a pesar del brote dental en el sector anterior, debido a que la lengua realiza una actividad inapropiada a lo largo la fase bucal y la fase faringolaríngea en el proceso de deglutir los alimentos, siendo las degluciones atípicas una de las principales causas de las maloclusiones.²⁸

Los estudios han determinado que, durante la transición de la forma que utilizan los infantes al momento de deglutir y la deglución de una persona adulta, hay una persistencia de la deglución infantil a pesar incluso de la erupción de los dientes permanentes, catalogada esta como deglución atípica. Los investigadores no se ponen de acuerdo en cuanto a su origen o etiología, siendo también posibles causas la respiración bucal, alteraciones anatómicas, uso de biberones, alteraciones del sistema nervioso central y la succión sin fines nutritivos.²⁸

Características clínicas

Dentro de las características clínicas tenemos, respiración bucal, lengua hipotónica ubicada hacia adelante y entre los incisivos, no presenta sellado de los labios debido a la hipotonicidad de los músculos periorales, alteraciones oclusales y maxilares, se observa paladar ojival y estrecho impidiendo la ubicación de la lengua adecuadamente.²⁹

Relacionados a clase II, tenemos una inclinación hacia los labios de los incisivos superiores e inferiores, hipotonicidad labial superior e interposición labial.²⁹

Relacionados a clase III, la lengua adopta una posición sobrepasando la boca, hipotonicidad y proyección del labio inferior, labio superior hipertónico.²⁹

Diagnóstico

Para poder detectar a los niños con deglución atípica observamos la posición de la lengua en la cara palatina de los incisivos, al abrir la mordida se genera un espacio que luego va ocupar la lengua. Esto repercute en alteraciones de la fonación, al no poder pronunciar correctamente fonemas como: N, R, D, T, L.²⁷

La deglución atípica es común detectarse en edad escolar y ante las primeras manifestaciones clínicas se debe acudir al logopeda, quién se encargará de la valoración y su rehabilitación. Sin embargo, el diagnóstico de este hábito para funcional dependerá de un equipo multidisciplinario como: el estomatólogo, otorrino, psicólogo y logopeda. El medico foniatra al evaluar un trastorno, considera: la entrevista con los apoderados, prueba de pronunciación, prueba de desarrollo intelectual y psicomotricidad, así como también comportamiento de la respiración, discriminación de los sonidos, fonemas y palabras.³⁰

2.2.3. Maloclusión

Definición

Es una variación en el crecimiento y desarrollo normal, llegando a modificar las funciones y la estética facial. No sé a encontrado un factor específico, sin embargo, suele presentarse también como consecuencia de algunos factores genéticos.³¹

La organización mundial de la salud señala a las maloclusiones como un problema de salud pública, ocupando el tercer lugar de las enfermedades que aqueja al sistema estomatognático, después de caries y enfermedad periodontal.³¹

Etiología

Las maloclusiones presentan diversas causas etiológicas, entre ellas tenemos a los factores genéticos, así como también los ambientales y no hay causas específicas. No está definido el origen real de estas alteraciones.³¹ Se clasifican en:

Factores genéticos

El resultado de algunas investigaciones concluyó que las maloclusiones pueden ser hereditarias, este origen genético se puede observar en las facciones de la cara, el perfil del maxilar inferior y la forma de sonreír. Por ejemplo, estudios realizados concluyeron que algunos tipos de maloclusión se heredan, como el maxilar inferior protruido de la familia real europea.³¹

Factores ambientales:

Se debe generalmente a las presiones y a las fuerzas que provienen de los actos fisiológicos, la cual actúa durante el desarrollo y crecimiento de los maxilares; los dientes y la cara. La consecuencia de las fuerzas y presiones que rompen el ambiente de equilibrio, está relacionado primordialmente a la duración y no a la intensidad.³¹

2.2.4. Relación molar en dientes deciduos

Planos terminales

En los dientes deciduos, la relación molar se analiza por medio de los planos terminales, relacionando la cara distal de los segundos molares temporales tanto superiores como inferiores.³² se clasifican en:

Plano Terminal Recto

Está presente cuando la cúspide mesiovestibular del segundo molar temporal superior, ocluye en la cúspide mesiovestibular del segundo molar temporal inferior. Entonces sus caras distales de estos dientes se van a encontrar en el mismo plano vertical. Es posible que, en este plano terminal, los primeros molares permanentes superiores e inferiores contacten cúspide a cúspide, si utilizan los espacios dentales les corresponderá una oclusión clase I, y si no aprovecha los espacios dentales, va a recaer en una oclusión clase II.³²

Plano Terminal con Escalón Mesial

Esto ocurre si la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior temporal

ocluye con su antagonista, el segundo molar inferior temporal en el surco principal. Entonces la cara distal del segundo molar inferior deciduo se encuentra por delante de la cara distal del segundo molar superior deciduo. Es posible que el primer molar permanente ocluya en clase I y si aprovechara solo el espacio de deriva inferior además de existir factores hereditarios de prognatismo, recaería en una oclusión de clase III.³²

Pero si la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior temporal ocluye detrás del surco superior principal vestibular del segundo molar inferior temporal, en ese caso los primeros molares permanentes recaerán en una maloclusión de clase III.³²

Plano Terminal con Escalón Distal

Este tipo de plano aparece, si en el segundo molar temporal superior su cúspide mesiovestibular contacta entre el primer molar temporal inferior y el segundo molar temporal inferior, se observa además que la cara distal de segundo molar inferior temporal se ubica por detrás de la cara distal del segundo molar superior temporal. Esto trae como consecuencia una relación oclusal de clase II en molares permanentes.³²

2.2.5. Clasificación de las maloclusiones

Es fundamental, ya que sirve como instrumento de diagnóstico y de planificación de los tratamientos, hoy en día es necesario clasificar las maloclusiones en los tres planos espaciales, en el plano anteroposterior, en el plano vertical y en el plano trasversal; y así poder diagnosticar de manera integral el sistema estomatognático.³³ Como:

Plano anteroposterior o sagital

Según estudios realizados por Angle, los cuales fueron llevados en cráneos y en personas vivas, notó la presencia del primer molar superior que se ubica bajo el contrafuerte del arco cigomático, quien le puso de nombre cresta llave del maxilar superior, también advirtió que aquella asociación era biológicamente invariable, estableciendo a sí los pilares de su clasificación.³³

Bajo este sustento decidió colocar el termino clase, para indicar las diversas interrelaciones mesiodistales de los dientes y arcadas dentarias; de tal modo que

en función de las relaciones entre los molares inferiores y los molares superiores; y considerando como base el primer molar superior permanente, realizó la clasificación de Angle como: Clase I, Clase II división 1, Clase II división 2, y Clase III.³³

Clasificación anteroposterior de Angle

Clase I

Referidas a todas las maloclusiones que presentan una relación anteroposterior normal, correspondiente a las arcadas dentarias inferiores y superiores, manifestada por la llave molar. Angle llamo llave molar a la oclusión adecuada entre los molares permanentes superiores e inferiores, por consiguiente, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. La característica de los pacientes con clase I de Angle, presentan por lo general un perfil facial recto, así como también, encontramos la actividad masticatoria, las funciones de los músculos de la zona bucal, y los movimientos fisiológicos de la lengua, balanceadas.³⁴

Clase II

A esta clasificación le corresponden las alteraciones oclusales, en donde el primer molar inferior permanente está ubicado distalmente con respecto al primer molar superior permanente, llamada también distoclusión. En la clase II el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente ocluye distalmente con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente. Los pacientes con clase II muestran un perfil facial convexo.³⁴

Estas se dividen en clase II división 1 y clase II división 2:

Clase II división 1, Son aquellas maloclusiones de clase II que presentan vestibularización de los incisivos superiores. Estos pacientes se caracterizan por la pérdida del equilibrio de la musculatura facial, generada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores. Esta diferencia anteroposterior de los incisivos se denomina overjet. Estos pacientes presentan generalmente un perfil convexo.³⁴

Clase II división 2, Son aquellas maloclusiones de clase II, que no presentan vestibularización de los incisivos superiores, sin embargo, ellos pueden estar

palatinizados o verticalizados. Estos pacientes tienen la característica de perfil recto y ligeramente convexo.³⁴

Clase III, Son aquellas maloclusiones donde el primer molar inferior permanente, y por ende el surco mesiovestibular se encuentran mesializados en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente. Su principal característica es la presencia de un perfil cóncavo y la musculatura se encuentra por lo general desequilibrada. Presenta comúnmente cruzamientos de mordida abierta anterior o posterior. También pueden presentar falta o exceso de espacio, presenta mordida abierta o profunda, malposiciones dentarias individuales. Si solo presenta un lado con clase III, se le llama subdivisión.³⁴

Maloclusiones verticales

Son aquellas maloclusiones ocasionadas debido a la variación en la dimensión vertical, como: mordida abierta y mordida profunda.³⁵

Mordida abierta

Es la condición en donde las piezas dentarias no llegan a la línea de oclusión y por consiguiente los dientes no contactan con sus antagonistas. La mordida abierta se sub divide en: mordida abierta esquelética, aquella que presenta la falta de contacto dentario debido a una alteración ósea, y mordida abierta dental, si la falta de contacto tiene una causa dental o una causa ambiental, independientemente de las bases óseas.³⁵

Mordida profunda

Su rasgo distintivo, es el desarrollo insuficiente del maxilar inferior, retrognatia y retroinclinación. Se caracteriza por un overbite aumentado de los incisivos superiores sobre los inferiores. Okeson en su publicación de 1995, afirma que una sobre mordida está determinado por el espacio entre los bordes incisales de los dientes anteriores superiores y sus antagonistas, establece que una oclusión normal le corresponde una sobremordida de 3 a 5 mm. Tomando en cuenta la longitud coronal incisal que es de 9 mm aproximadamente, llegando a la conclusión que se considera sobremordida cuando más del 50% de la superficie de los dientes incisivos es cubierto por su antagonista. Otros autores definen como sobremordida a la superposición vertical de los incisivos superior e inferiores. O cuando los bordes incisales de los dientes inferiores presentan un contacto mayor al tercio incisal y

medio de la cara lingual de sus antagonistas, acercándose al nivel de los cúngulos, lo normal es que presenten sobremordida de 1 o 2 mm. De igual manera, cuando los incisivos superiores cubren más del 40% de su antagonista, correspondiendo más del 3mm de overbite se denomina sobremordida.³⁶

Maloclusiones transversales

Corresponden a aquellas maloclusiones que se desarrollan en el plano horizontal, tomando como referencia que las cúspides palatinas de los dientes molares y premolares superiores, contactan en las fosas principales y triangulares de los molares y premolares inferiores.³⁷

Mordida cruzada posterior:

En este tipo de maloclusión están involucradas las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores que contactan en las fosas de los premolares y molares inferiores, las piezas dentarias inferiores van a desbordar a las superiores en sentido lateral. Esta forma de maloclusión se puede hallar en ambas hemiarquadas, en una sola hemiarquada e incluso se puede presentar en un solo diente, como en los molares, en piezas premolares y también en caninos.³⁷

Mordida en Tijera:

Esta forma de maloclusión se presenta cuando la superficie palatina de los premolares y molares superiores ocluyen con las superficies vestibulares de las piezas dentarias inferiores. Son menos frecuentes que las mordidas cruzadas, sin embargo, se presentan en ambas hemiarquadas o una sola hemiarquada.³⁷

2.3. Definición de términos básicos

Maloclusión: Es la consecuencia de la alteración en la forma y la función de los órganos dentarios, musculares y estructuras óseas que forman parte del sistema estomatognático.³⁸

Hábitos bucales: Es la acción adoptada de forma repetitiva de un mismo acto que se realiza inicialmente de manera voluntaria y que luego se realiza de manera involuntaria.³⁹

Labios hipotónicos: Es la disminución del tono muscular de los labios.⁴⁰

Estrés: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones

psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.⁴¹

Ansiedad: Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.⁴²

Sistema estomatognático: Está constituido por un grupo de órganos y tejidos que permiten las funciones fisiológicas de masticación, fonación, deglución y expresiones faciales.⁴³

Sobremordida: Es la superposición de los incisivos superiores que cubren la superficie vestibular de los incisivos inferiores.⁴⁴

Parafunción bucal: Son aquellas actividades que no cumplen con ninguna función propia del sistema estomatognático.⁴⁵

Oclusión dental: Son relaciones que se constituyen cuando los dientes superiores entran en contacto con los dientes inferiores, ya sea en céntrica, como en los movimientos de protrusión y lateralidad.⁴⁶

Onicofagia: Es la acción o costumbre de morderse las uñas.¹²

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis principal

Existe relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

3.1.2. Hipótesis derivadas

Existe relación entre la succión digital y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación entre la succión labial y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación entre la onicofagia y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación entre la respiración bucal y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación entre el bruxismo y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación entre la deglución atípica y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

3.2. Variables; definición conceptual y operacional

Variable independiente

V₁ Hábitos bucales: Es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente.³⁹

Variable dependiente

V₂ Maloclusión: Es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático.³⁸

Operacionalización de variables

variables	dimensiones	indicadores	Escala de medición	valor
Hábitos bucales	Succión digital Onicofagia Succión labial Respiración bucal Bruxismo Deglución atípica	Ficha clínica/Encuesta	Nominal	Si /no
Maloclusiones	anteroposterior de los 2° molares temporales Maloclusión dentaria vertical Maloclusión dentaria transversal	Plano terminal recto Plano terminal con escalón mesial Plano terminal con escalón distal Mordida Profunda Mordida Abierta Mordida Cruzada posterior Mordida en tijera unilateral	Nominal	Si/no

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño metodológico

El tipo de estudio apropiado para la investigación fue no experimental, debido a que no se manipularon las variables en estudio. El nivel de estudio fue descriptivo, porque se buscó medir la existencia de las características anatómicas y funcionales; de los órganos y tejidos que conforman el sistema estomatognático en una determinada población. A su mismo fue una investigación correlacional, porque el objetivo fue determinar la relación que existe entre los hábitos bucales y las maloclusiones. Tuvo un diseño prospectivo, porque la recopilación de los datos fue de manera directa y de corte transversal porque el instrumento se aplicó en un solo momento de tiempo.

4.2. Diseño muestral

Población

La población estuvo conformada por 223 niños de 3 a 5 años de edad del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 120 niños de 3 a 5 años de edad del nivel inicial de la IEI N°011520, el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

Niños de la IEI N°011520 Lima.

Niños y niñas.

Niños de 3 a 5 años de edad.

Niños cuyos padres acepten que sus hijos participen de la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

Niños que presenten la segunda molar decidua.

Criterios de exclusión:

Niños que presente fiebre, dolor de garganta, tos y estornudos.

Niños con necesidades educativas especiales.

Niños con presencia de enfermedades sistémicas o degenerativas.
Niños con tratamiento actuales de ortodoncia.

4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

A. Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizó en la investigación fue la observación, empleándose una encuesta utilizada anteriormente por otros investigadores. Todos los datos obtenidos se plasman en un cuestionario en relación al tipo de hábito bucal del niño y para determinar el tipo de maloclusión se realizó un examen clínico para el llenado de la ficha clínica. El cuestionario para los hábitos bucales contó con 21 preguntas y la ficha clínica contó con 20 ítems.

B. Procedimientos

Se solicitó la carta de presentación de manera virtual al director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas para la aplicación del estudio. Una vez obtenida la carta de presentación, se presentó a la directora de la IEI N°011520 del distrito de San Juan de Lurigancho, provincia de Lima, se coordinó la actividad y las horas que se encontraron disponibles, con la finalidad de no interferir con sus labores institucionales. Se les solicitó a los padres o apoderados de los niños de manera virtual, la aceptación del consentimiento informado, para incluir a sus hijos en el proyecto de investigación. La que fue firmada de manera presencial dándole conformidad al proyecto.

Ya con la aprobación de la directora, se solicitó el uso de sus instalaciones, lavaderos, mesas y sillas, procediéndose a la recopilación de datos. Para el examen bucal en el diagnóstico de maloclusión se utilizaron, espejos bucales, regla milimétrica, hilo dental, posteriormente con la información obtenida fue registrada en una ficha clínica.

Para los hábitos bucales se realizaron en dos etapas, En la primera etapa se les brindó a los padres de familia, un cuestionario que fue llenado de manera presencial en la institución educativa con la cual se determinó los tipos de hábitos bucales que presentaron sus hijos, y la segunda etapa fue un examen clínico, intraoral y extraoral al niño para determinar el tipo de maloclusión y corroborar la información del padre. Se consideró positivo para el tipo de hábito bucal, cuando la información

del padre coincidió con el examen clínico y solo para deglución atípica el diagnóstico fue exclusivamente clínico.

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Una vez aplicado los instrumentos y habiendo recolectado la información, estas fueron sometidas a procedimientos estadísticos establecidos en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 26 en español, para ello se usaron tablas de frecuencia para la distribución de los datos y gráficos, para poder realizar el análisis de los resultados. A fin de confirmar la hipótesis se empleó prueba de independencia de Chi cuadrado, que corresponde a una prueba no paramétrica que es usada en el estudio de variables nominales de correlación.

4.5. Aspectos éticos

Cumplió con los fines determinados por el código de ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú, la cual consiste que todo profesional de salud que interviene en la investigación, debe realizarlo cumpliendo la normativa nacional e internacional que reglamenta los estudios con seres humanos, como son las Buenas Prácticas Clínicas, el Consejo Internacional de Organizaciones de las Ciencias Médicas (CIOMS), la Conferencia Internacional de Armonización, la Declaración de Helsinki, y el Reglamento de Ensayos Clínicos del Ministerio de Salud.

En toda investigación realizadas en personas, se debe facilitar primero el consentimiento informado en individuos calificados.

Todos los datos obtenidos en una investigación, al momento de su difusión e independientemente de sus resultados no deben estar inmersos en manipulación, ni plagio y manifestando si ostenta o no conflicto de interés.

En todo momento de la investigación se mantuvo en reserva la identidad de los participantes y considerando los ideales de ecuanimidad equidad y sobre todo justicia.

CAPÍTULO V:

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos

Tabla 1: Relación entre la succión digital y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Relación anteroposterior de los 2° molares temporales		Succión digital				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Plano terminal recto		1	0.8%	74	61.7%	75	62.5%
Plano terminal con escalón mesial		1	0.8%	38	31.7%	39	32.5%
Plano terminal con escalón distal		0	0.0%	6	5.0%	6	5.0%
Total		2	1.7%	118	98.3%	120	100.0%

Maloclusión dentaria vertical		Presencia				Ausencia		Total	
		Presencia		Ausencia		N	%	N	%
		N	%	N	%				
Mordida	Presenta	2	1.7%	47	39.2%	49	40.8%		
Profunda	No presenta	0	0.0%	71	59.2%	71	59.2%		
Total		2	1.7%	118	98.3%	120	100.0%		
Mordida	Presenta	0	0.0%	3	2.5%	3	2.5%		
Abierta	No presenta	2	1.7%	115	95.8%	117	97.5%		
Total		2	1.7%	118	98.3%	120	100.0%		

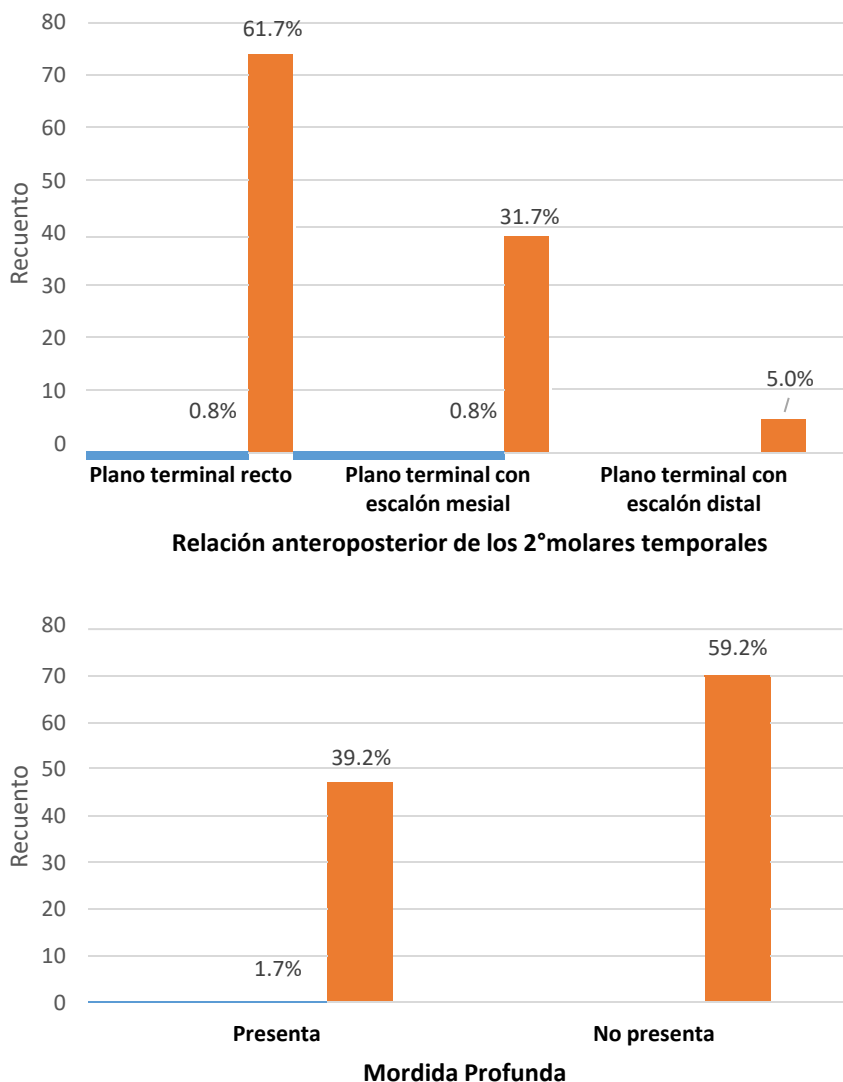
Maloclusión Dentaria transversal		Presencia				Ausencia		Total	
		Presencia		Ausencia		N	%	N	%
		N	%	N	%				
Mordida	Unilateral	0	0.0%	2	1.7%	2	1.7%		
Cruzada	Bilateral	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%		
Posterior	No Presenta	2	1.7%	115	95.8%	117	97.5%		
Total		2	1.7%	118	98.3%	120	100.0%		
Mordida de	Presenta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
tijera posterior unilateral	No Presenta	2	1.7%	118	98.3%	120	100.0%		
Total		2	1.7%	118	98.3%	120	100.0%		

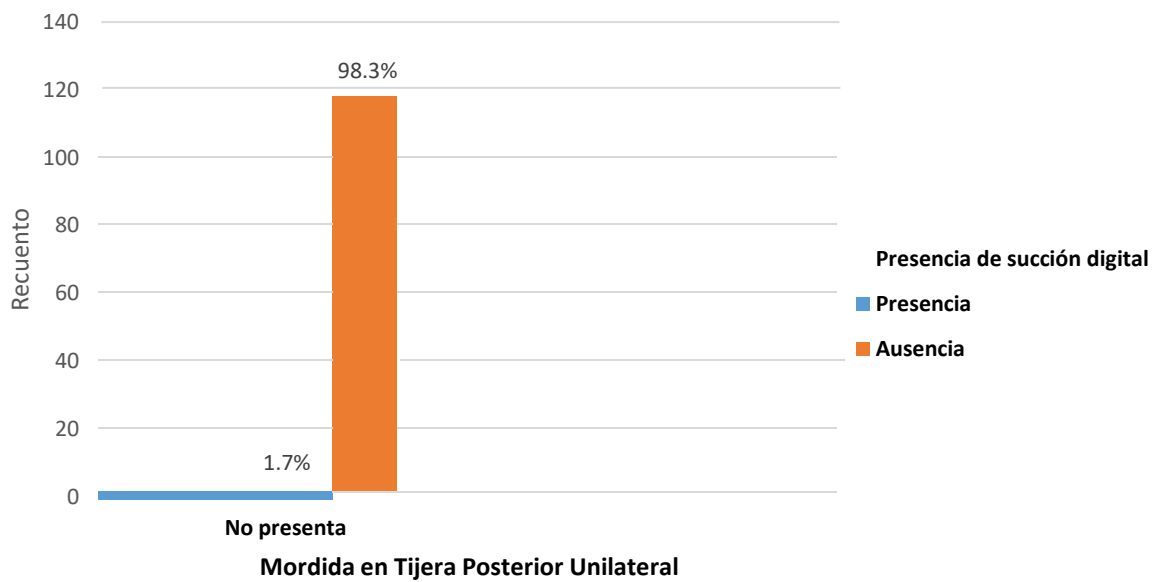
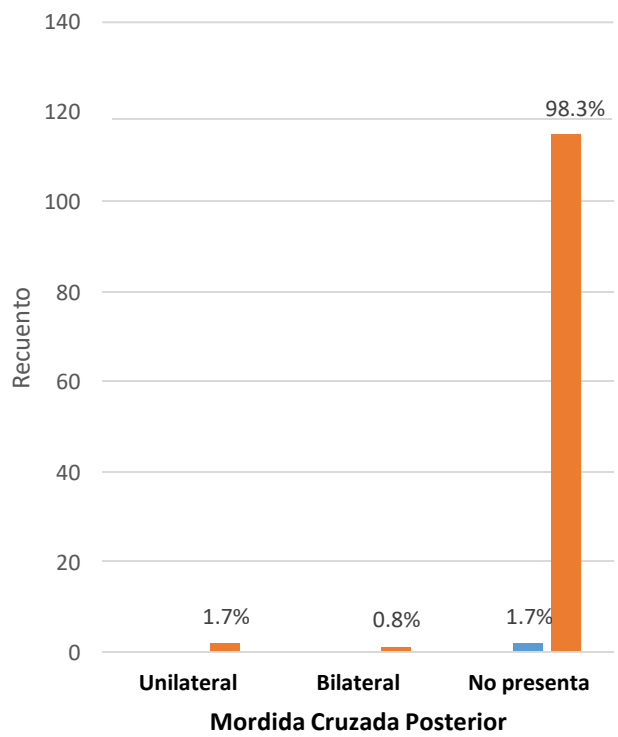
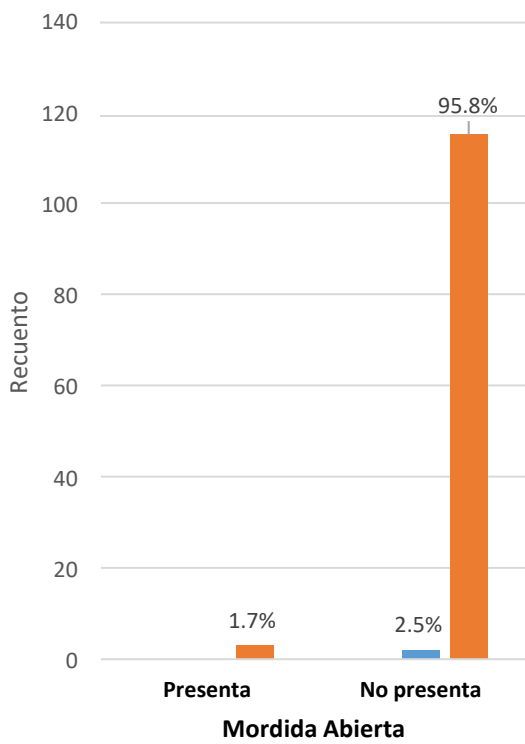
Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Interpretación: En la tabla 1, se observa que de un total de 120 niños, con respecto a la Relación anteroposterior de los 2° molares temporales, 1 (0,8%) que presentó plano terminal recto, tenía el hábito de succión digital, mientras que 74 (61,7%) no presentaron dicho hábito; 1 (0,8%) que presentó plano terminal con escalón mesial,

tenía el hábito de succión digital, mientras que 38 (31,7%) no presentaron dicho hábito, por otro lado los 6 (5,0%) niños que presentaron plano terminal con escalón distal, no manifestaron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión en sentido vertical, 2 (1,7%) que presentaron mordida profunda tuvieron el hábito de succión digital, mientras que 47 (39,2%) no lo tuvieron, por otro lado 3 (2,5%) que presentaron mordida abierta no tuvieron el hábito de succión digital. Con respecto a la maloclusión dentaria transversal, 2 (1,7%) que presentaron mordida cruzada posterior unilateral no tuvieron el hábito de succión digital, 1 (0,8%) que presentó mordida cruzada posterior bilateral no tuvo dicho hábito, mientras que ningún niño presentó mordida en tijera posterior unilateral. En resumen, se evidenció que solo 2 (1,7%) niños presentaron el hábito de succión digital, de los cuales solo un niño presentó Plano terminal con escalón mesial y los dos presentaron mordida profunda.

Gráfico 1





Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Tabla 2: Relación entre la succión labial y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Relación anteroposterior de los 2°molares temporales		Succión labial				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Plano terminal recto		8	6.7%	67	55.8%	75	62.5%
Plano terminal con escalón mesial		4	3.3%	35	29.2%	39	32.5%
Plano terminal con escalón distal		1	0.8%	5	4.2%	6	5.0%
Total		13	10.8%	107	89.2%	120	100.0%

Maloclusión dentaria vertical		Succión labial				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Presenta	7	5.8%	42	35.0%	49	40.8%
Profunda	No presenta	6	5.0%	65	54.2%	71	59.2%
Total		13	10.8%	107	89.2%	120	100.0%
Mordida	Presenta	0	0.0%	3	2.5%	3	2.5%
Abierta	No presenta	13	10.8%	104	86.7%	117	97.5%
Total		13	10.8%	107	89.2%	120	100.0%

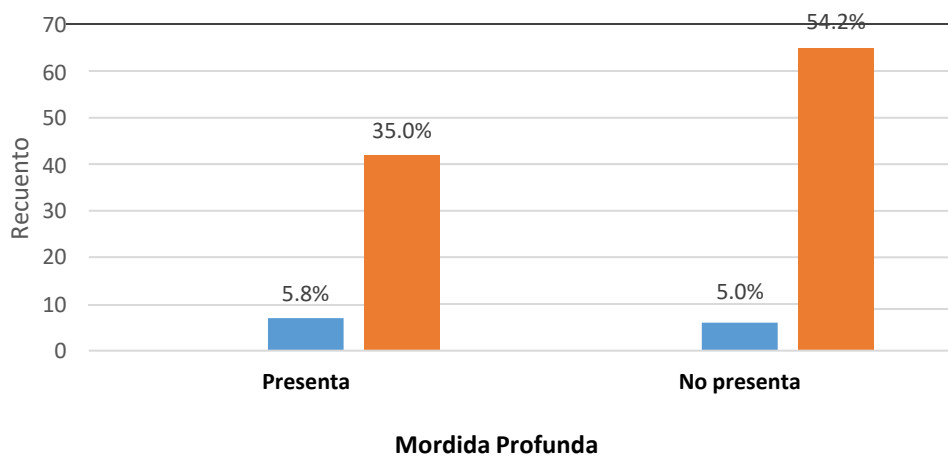
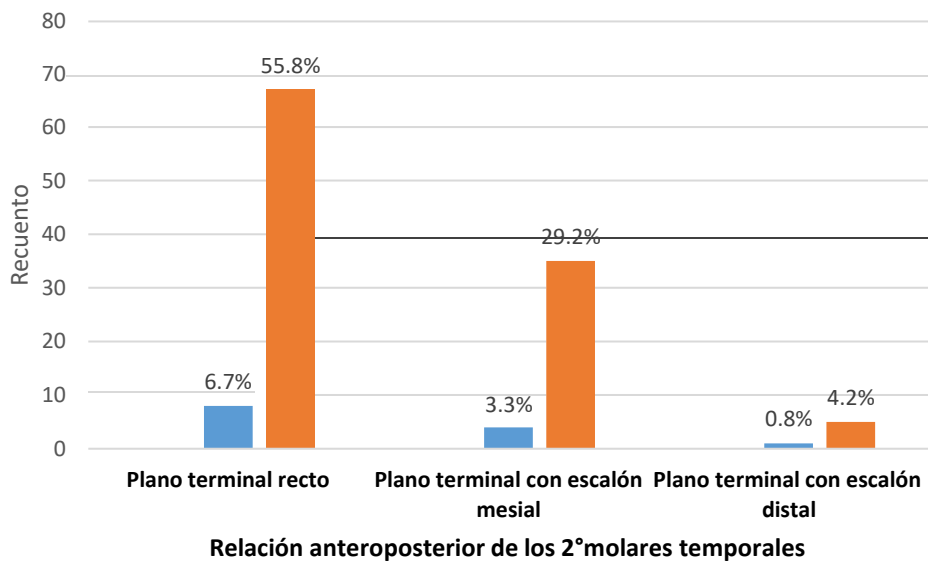
Maloclusión Dentaria transversal		Succión labial				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Unilateral	0	0.0%	2	1.7%	2	1.7%
Cruzada	Bilateral	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%
Posterior	No Presenta	13	10.8%	104	86.7%	117	97.5%
Total		13	10.8%	107	89.2%	120	100.0%
Mordida de	Presenta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
tijera posterior unilateral	No Presenta	13	10.8%	107	89.2%	120	100.0%
Total		13	10.8%	107	89.2%	120	100.0%

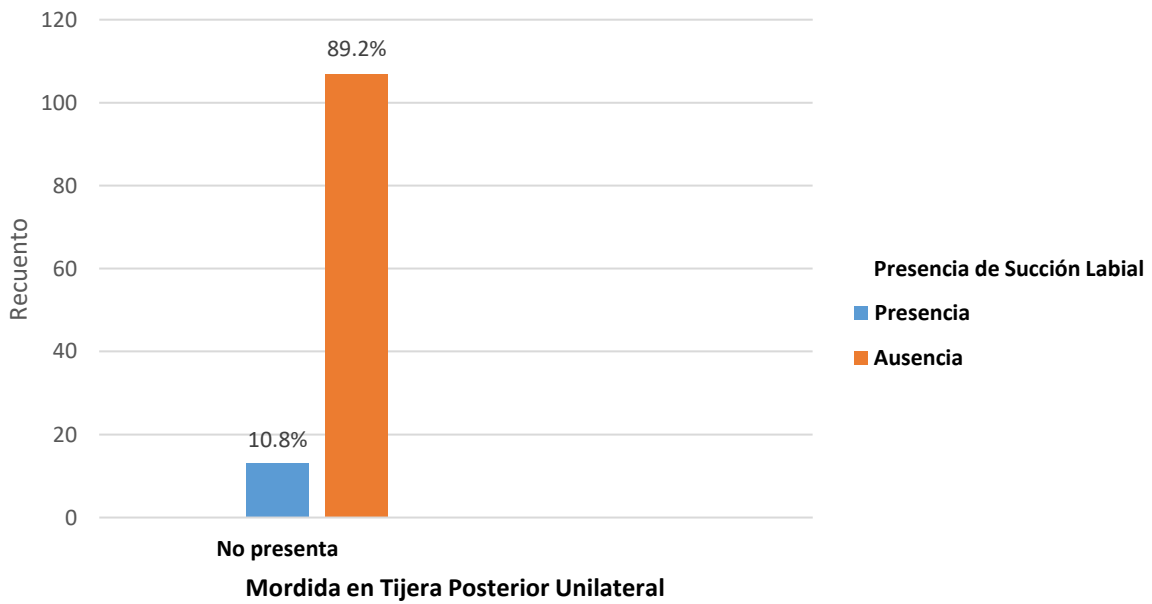
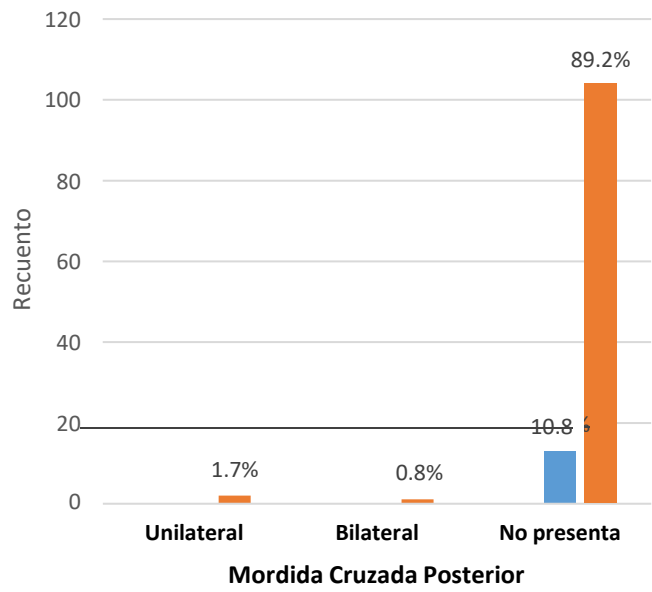
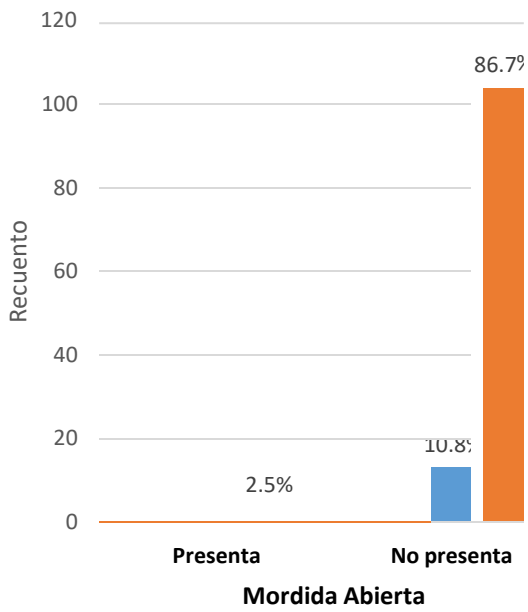
Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Interpretación: En la tabla 2, se observa que de un total de 120 niños, con respecto a la Relación anteroposterior de los 2°molares temporales, 8 (6,7%) que presentaron plano terminal recto, tenían el hábito de succión labial, mientras que 67 (55,8%) no presentaron dicho hábito; 4 (3,3%) que presentaron plano terminal con escalón mesial, tenían el hábito de succión labial, mientras que 35 (29,2%) no presentaron dicho hábito, por otro lado 1 (0,8%) que presentó plano terminal con escalón distal, tenía el hábito de succión labial, mientras que 5 (4,2%) no presentaron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión en sentido vertical, 7 (5,8%) que presentaron mordida profunda tuvieron el hábito de succión labial,

mientras que 42 (35,0%) no lo tuvieron, por otro lado 6 (5,0%) que no presentaron mordida abierta tuvieron el hábito de succión labial, por otro lado 3 (2,5%) que presentaron mordida abierta no tuvieron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión dentaria transversal, 2 (1,7%) que presentaron mordida cruzada posterior unilateral no tuvieron el hábito de succión labial, 1 (0,8%) que presentó mordida cruzada posterior bilateral no tuvo dicho hábito, mientras que ningún niño presentó mordida en tijera posterior unilateral. En resumen, se evidenció que solo 13 (10,3%) niños presentaron el hábito de succión labial, de los cuales 4 (3,3%) presentaron plano terminal con escalón mesial, 1 (0,8%) plano terminal con escalón distal y 7 (5,8%) presentaron mordida profunda.

Gráfico 2





Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Tabla 3: Relación entre la Onicofagia y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Relación anteroposterior de los 2°molares temporales		Onicofagia				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Plano terminal recto		24	20.0%	51	42.5%	75	62.5%
Plano terminal con escalón mesial		6	5.0%	33	27.5%	39	32.5%
Plano terminal con escalón distal		2	1.7%	4	3.3%	6	5.0%
Total		32	26.7%	88	73.3%	120	100.0%

Maloclusión dentaria vertical		Onicofagia				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Presenta	12	10.0%	37	30.8%	49	40.8%
Profunda	No presenta	20	16.7%	51	42.5%	71	59.2%
Total		32	26.7%	88	73.3%	120	100.0%
Mordida	Presenta	0	0.0%	3	2.5%	3	2.5%
Abierta	No presenta	32	26.7%	85	70.8%	117	97.5%
Total		32	26.7%	88	73.3%	120	100.0%

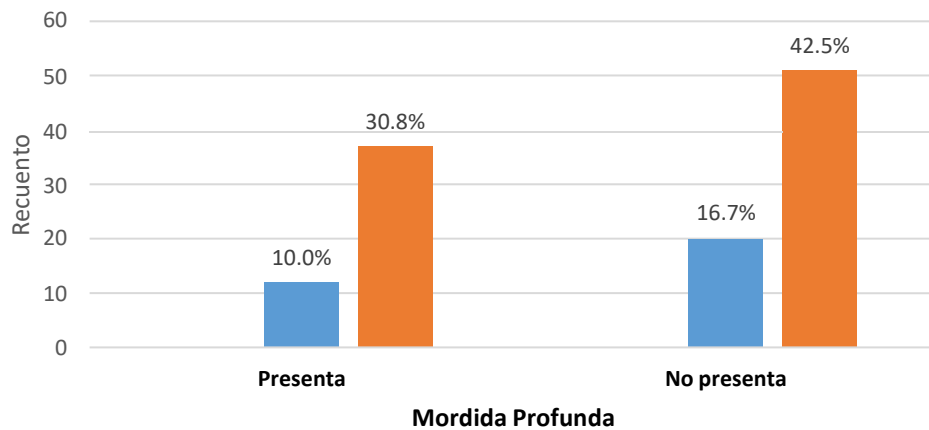
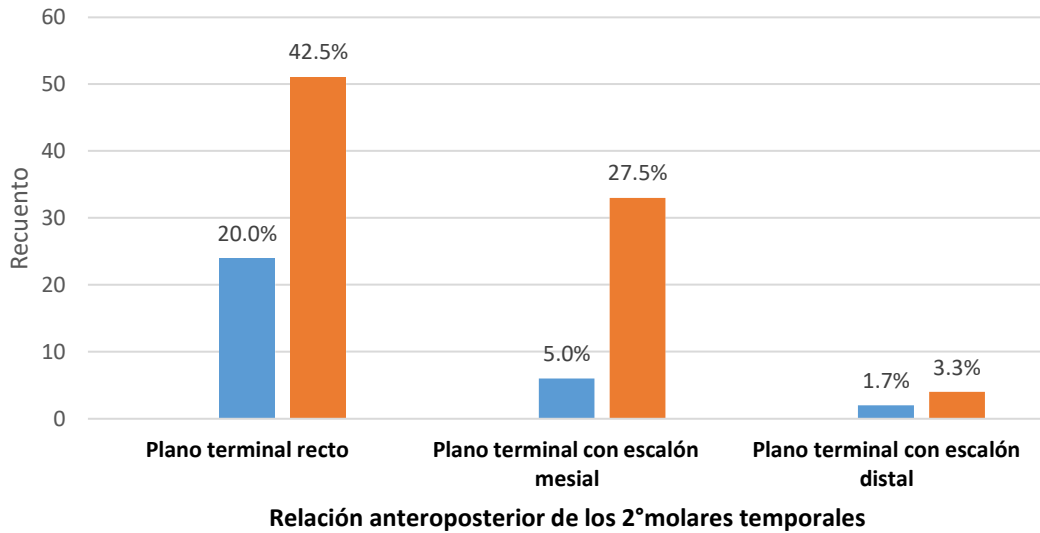
Maloclusión Dentaria transversal		Onicofagia				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Unilateral	0	0.0%	2	1.7%	2	1.7%
Cruzada	Bilateral	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%
Posterior	No Presenta	32	26.7%	85	70.8%	117	97.5%
Total		32	26.7%	88	73.3%	120	100.0%
Mordida de	Presenta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
tijera posterior unilateral	No Presenta	32	26.7%	88	73.3%	120	100.0%
Total		32	26.7%	88	73.3%	120	100.0%

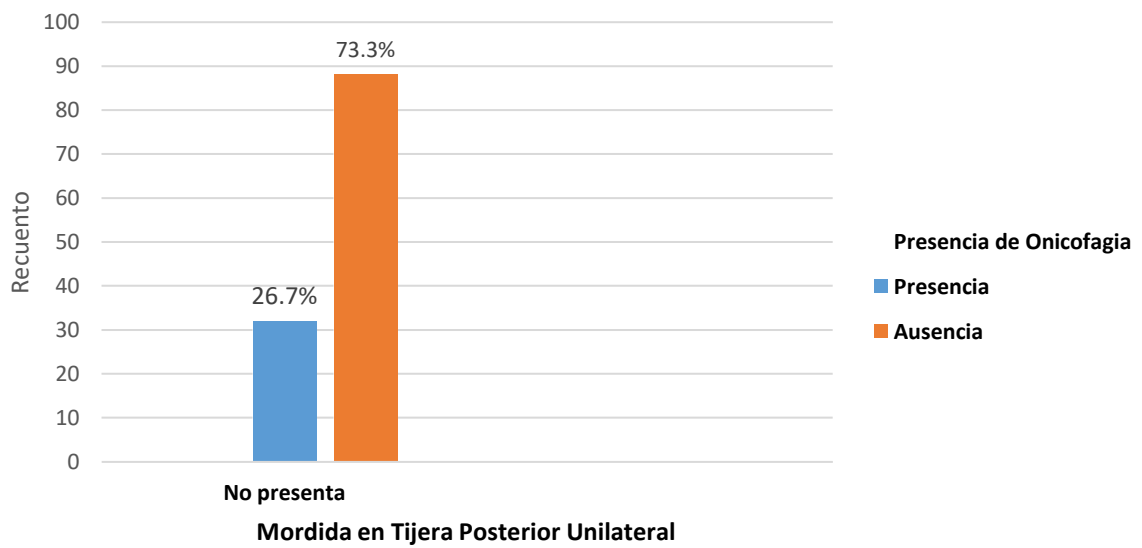
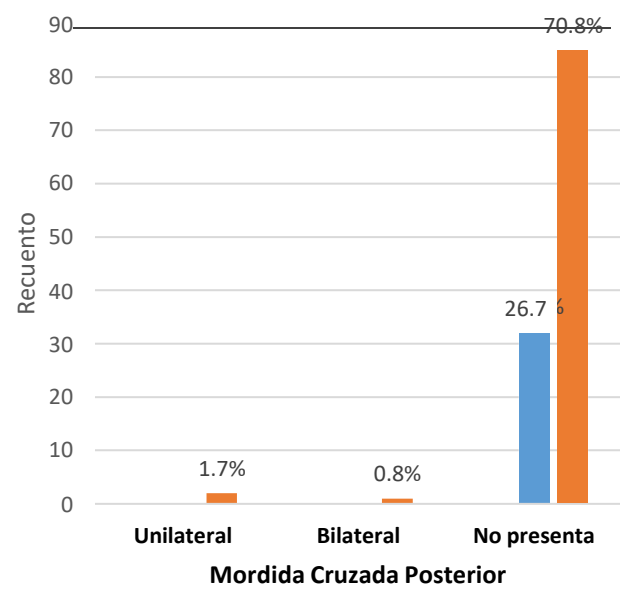
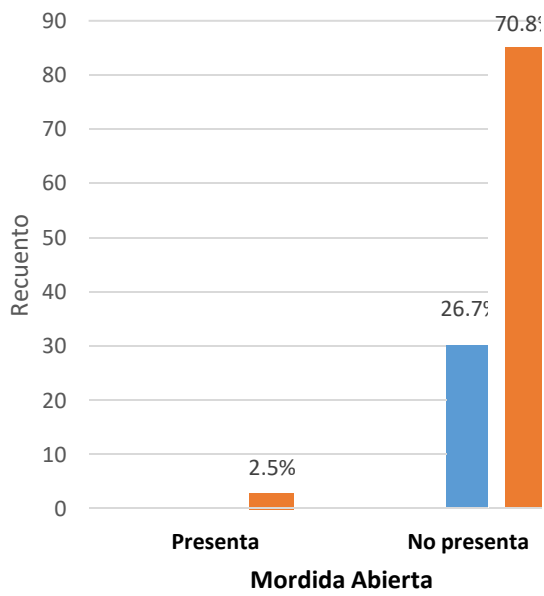
Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Interpretación: En la tabla 3, se observa que de un total de 120 niños, con respecto a la Relación anteroposterior de los 2°molares temporales, 24 (20,0%) que presentaron plano terminal recto tenían el hábito de onicofagia, mientras que 51 (42,5%) no presentaron dicho hábito; 6 (5,0%) que presentaron plano terminal con escalón mesial tenían el hábito de onicofagia, mientras que 33(27,5%) no presentaron dicho hábito, por otro lado 2 (1,7%) niños que presentaron plano terminal con escalón distal tuvieron el hábito de onicofagia, mientras que 4 (3,3%) no tuvieron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión en sentido vertical, 12 (10,0%) que presentaron mordida profunda tuvieron el hábito de onicofagia,

mientras que 37 (30,8%) no lo tuvieron, por otro lado 20 (16,7%) que no presentaron mordida profunda tuvieron la presencia del hábito de onicofagia, por otro lado 3 (2,5%) que presentaron mordida abierta no manifestaron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión dentaria transversal, 2 (1,7%) que presentaron mordida cruzada posterior unilateral no manifestaron el hábito de onicofagia, 1 (0,8%) que presentó mordida cruzada posterior bilateral no tuvo dicho hábito, mientras que ningún niño presentó mordida en tijera posterior unilateral. En resumen, se evidenció que 32 (26,7%) niños presentaron el hábito de onicofagia, de los cuales 6 (5,0%) presentaron plano terminal con escalón mesial, 2 (1,7%) plano terminal con escalón distal y 12 (10,0%) presentaron mordida profunda.

Gráfico 3





Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Tabla 4: Relación entre la respiración bucal y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N° 011520 Lima 2022.

Relación anteroposterior de los 2° molares temporales		Respiración bucal				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Plano terminal recto		23	19.2%	52	43.3%	75	62.5%
Plano terminal con escalón mesial		13	10.8%	26	21.7%	39	32.5%
Plano terminal con escalón distal		2	1.7%	4	3.3%	6	5.0%
Total		38	31.7%	82	68.3%	120	100.0%

Maloclusión dentaria vertical		Respiración bucal				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Presenta	18	15.0%	31	25.8%	49	40.8%
Profunda	No presenta	20	16.7%	51	42.5%	71	59.2%
Total		38	31.7%	82	68.3%	120	100.0%
Mordida	Presenta	0	0.0%	3	2.5%	3	2.5%
Abierta	No presenta	38	31.7%	79	65.8%	117	97.5%
Total		38	31.7%	82	68.3%	120	100.0%

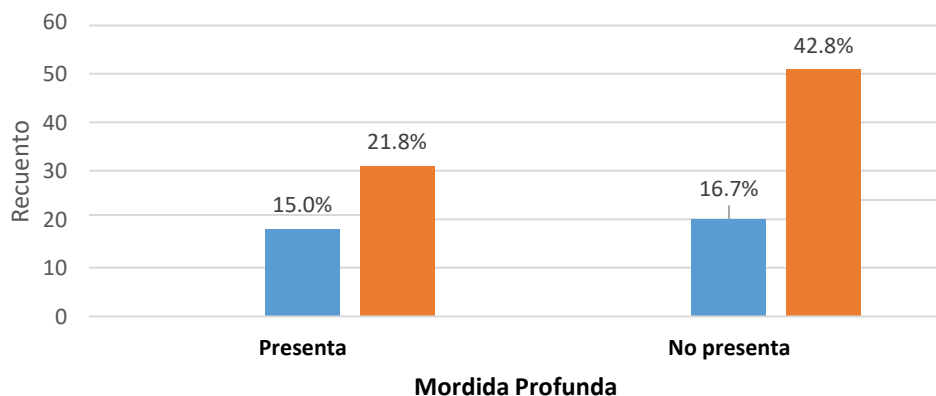
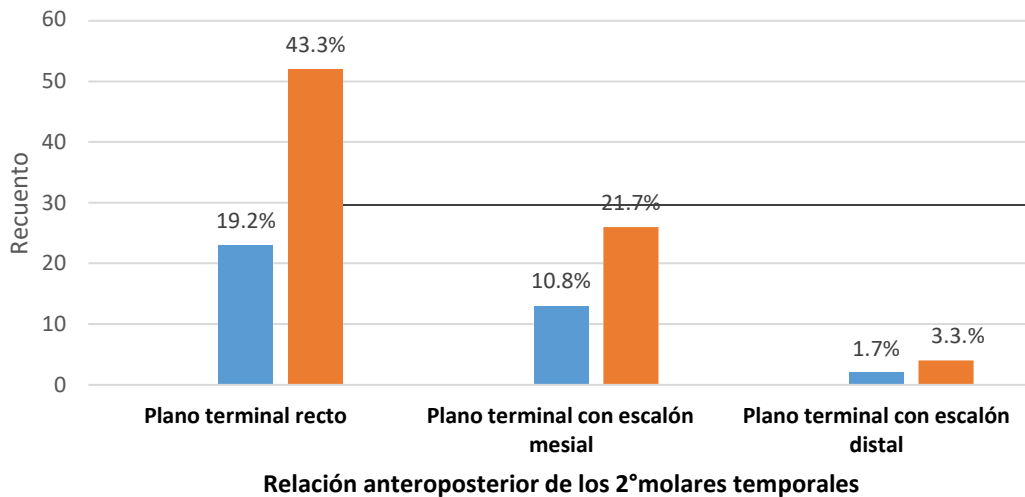
Maloclusión Dentaria transversal		Respiración bucal				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Unilateral	2	1.7%	0	0.0%	2	1.7%
Cruzada	Bilateral	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%
Posterior	No Presenta	36	30.0%	81	67.5%	117	97.5%
Total		38	31.7%	82	68.3%	120	100.0%
Mordida de	Presenta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
tijera posterior unilateral	No Presenta	38	31.7%	82	68.3%	120	100.0%
Total		38	31.7%	82	68.3%	120	100.0%

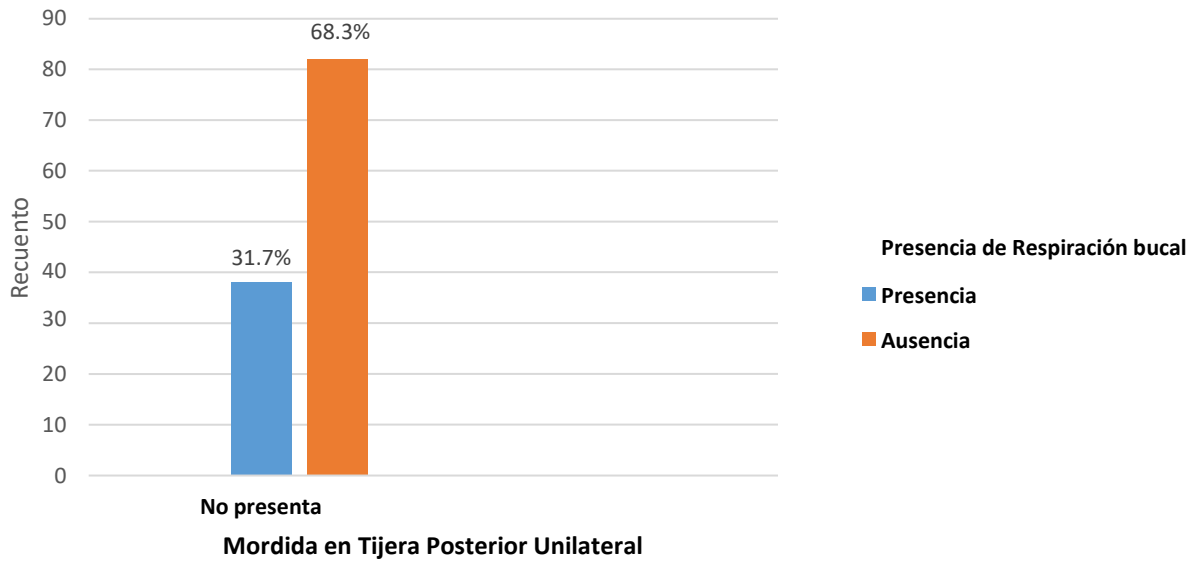
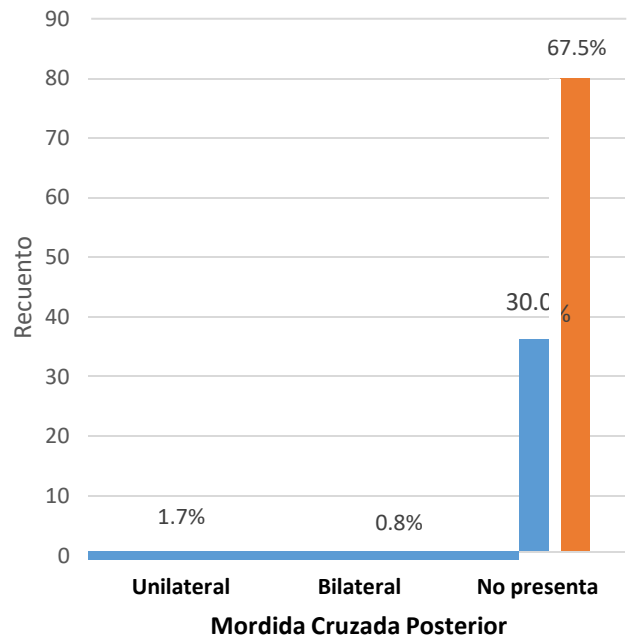
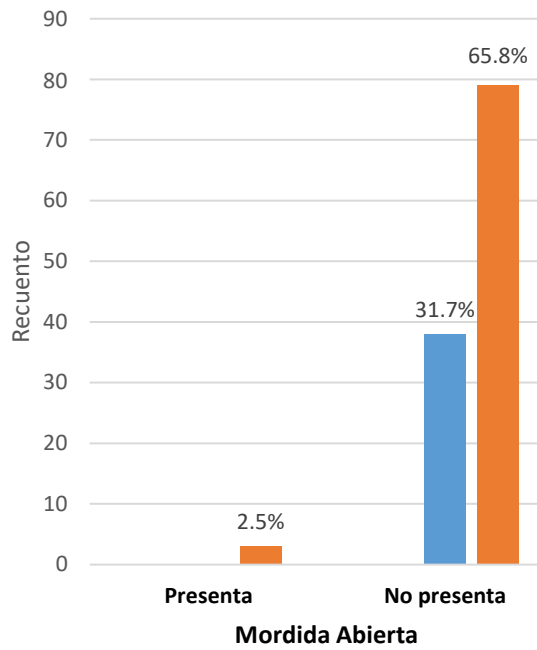
Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Interpretación: En la tabla 4, se observa que de un total de 120 niños, con respecto a la Relación anteroposterior de los 2° molares temporales, 23 (19,2%) que presentaron plano terminal recto tenían el hábito de respiración bucal, mientras que 52 (43,3%) no presentaron dicho hábito; 13 (10,8%) que presentaron plano terminal con escalón mesial tenían el hábito de respiración bucal, mientras que 26(21,7%) no presentaron dicho hábito, por otro lado 2 (1,7%) niños que presentaron plano terminal con escalón distal tuvieron el hábito de respiración bucal, mientras que 4 (3,3%) no tuvieron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión en sentido vertical,

18 (15,0%) que presentaron mordida profunda tuvieron el hábito de respiración bucal, mientras que 31 (25,8%) no lo tuvieron, por otro lado 20 (16,7%) que no presentaron mordida profunda tuvieron la presencia del hábito de respiración bucal, por otro lado 3 (2,5%) que presentaron mordida abierta no manifestaron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión dentaria transversal, 2 (1,7%) que presentaron mordida cruzada posterior unilateral tuvieron el hábito de respiración bucal, 1 (0,8%) que presentó mordida cruzada posterior bilateral no tuvo dicho hábito, mientras que ningún niño presentó mordida en tijera posterior unilateral. En resumen, se evidenció que 38 (31,7%) niños presentaron el hábito de respiración bucal, de los cuales 13 (10,8%) presentaron plano terminal con escalón mesial, 2 (1,7%) plano terminal con escalón distal, 18 (15,0%) presentaron mordida profunda y 2 (1,7%) presentaron mordida cruzada posterior unilateral.

Gráfico 4





Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Tabla 5: Relación entre el bruxismo y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Relación anteroposterior de los 2°molares temporales		Bruxismo				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Plano terminal recto		10	8.3%	65	54.2%	75	62.5%
Plano terminal con escalón mesial		5	4.2%	34	28.3%	39	32.5%
Plano terminal con escalón distal		0	0.0%	6	5.0%	6	5.0%
Total		15	12.5%	105	87.5%	120	100.0%

Maloclusión dentaria vertical		Bruxismo				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Presenta	7	5.8%	42	35.0%	49	40.8%
Profunda	No presenta	8	6.7%	63	52.5%	71	59.2%
Total		15	12.5%	105	87.5%	120	100.0%
Mordida	Presenta	0	0.0%	3	2.5%	3	2.5%
Abierta	No presenta	15	12.5%	102	85.0%	117	97.5%
Total		15	12.5%	105	87.5%	120	100.0%

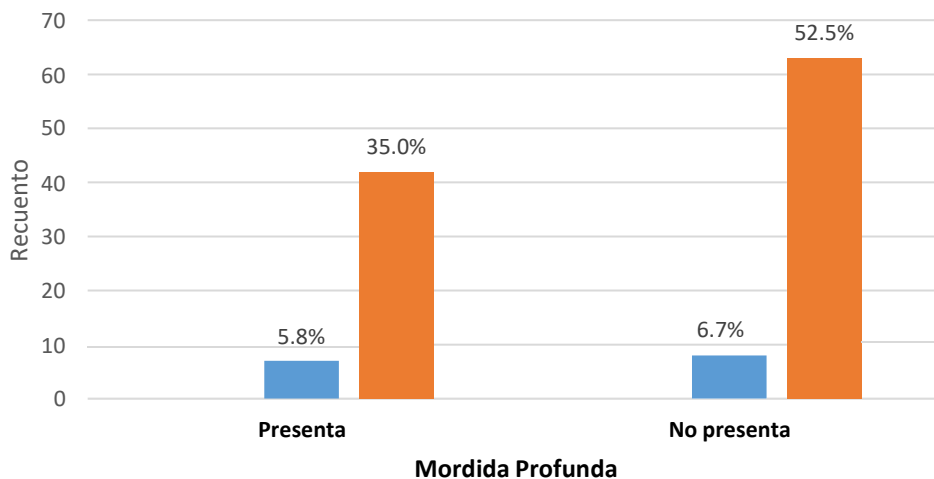
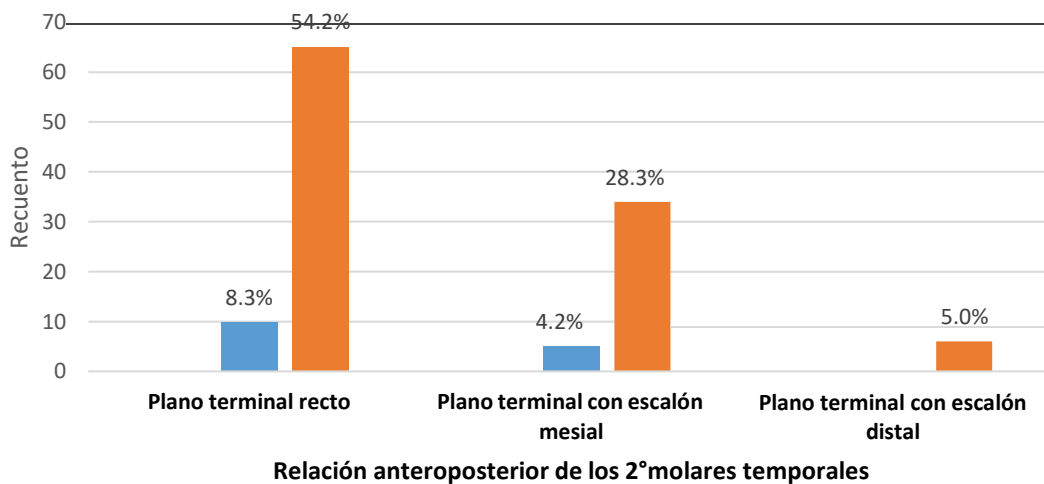
Maloclusión Dentaria transversal		Bruxismo				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Unilateral	1	0.8%	1	0.8%	2	1.7%
Cruzada	Bilateral	1	0.8%	0	0.0%	1	0.8%
Posterior	No Presenta	13	10.8%	104	86.7%	117	97.5%
Total		15	12.5%	105	87.5%	120	100.0%
Mordida de	Presenta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
tijera posterior unilateral	No Presenta	15	12.5%	105	87.5%	120	100.0%
Total		15	12.5%	105	87.5%	120	100.0%

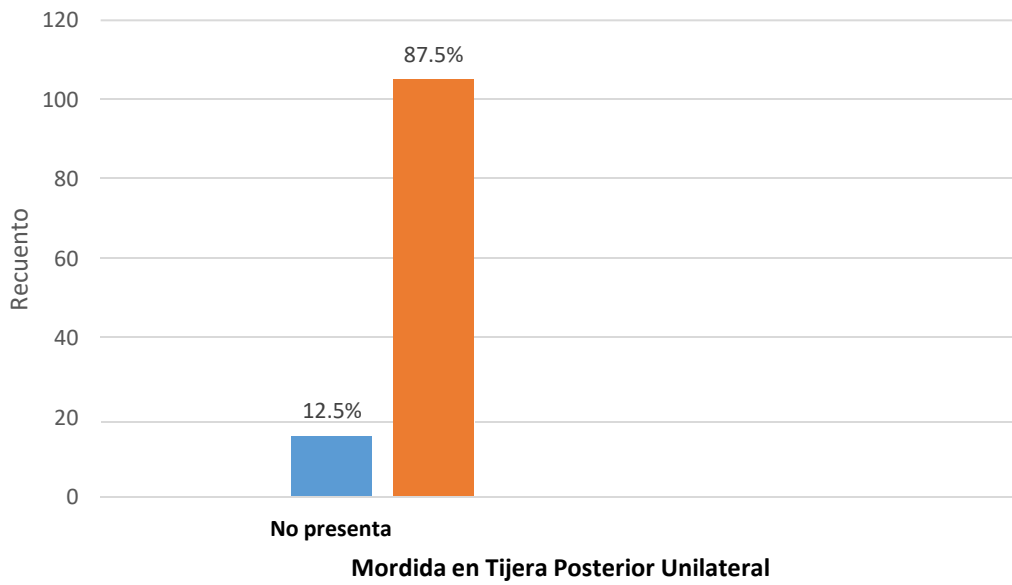
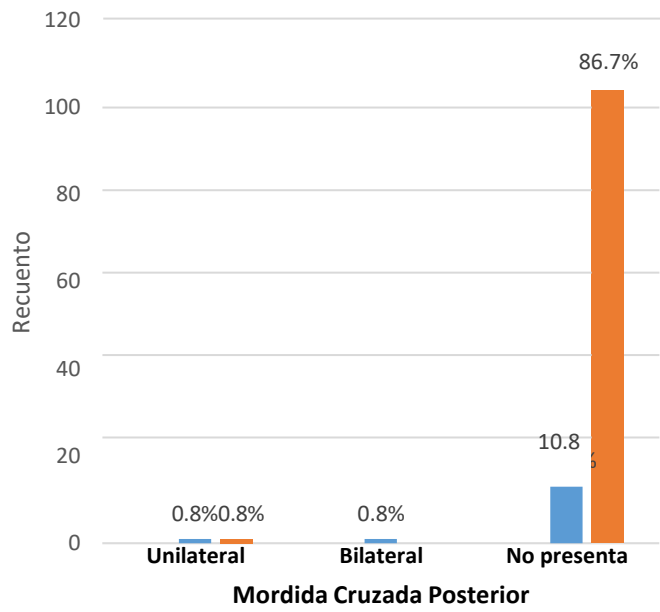
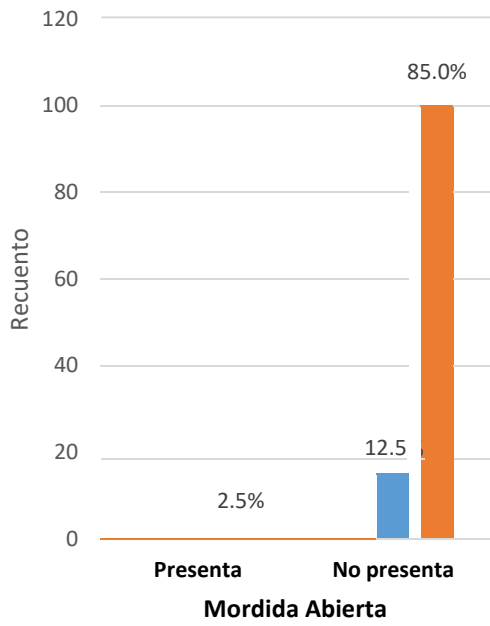
Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Interpretación: En la tabla 5, se observa que de un total de 120 niños, con respecto a la Relación anteroposterior de los 2°molares temporales, 10 (8,3%) que presentaron plano terminal recto tenían el hábito de bruxismo, mientras que 65 (54,2%) no presentaron dicho hábito; 5 (4,2%) que presentaron plano terminal con escalón mesial tenían el hábito de bruxismo, mientras que 34 (28,3%) no presentaron dicho hábito, de igual manera 6 (5,0%) niños que presentaron plano terminal con escalón distal no tuvieron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión en sentido vertical, 7 (5,8%) que presentaron mordida profunda tuvieron el hábito

de bruxismo, mientras que 42 (35,0%) no lo tuvieron, por otro lado 8 (6,7%) que no presentaron mordida profunda tuvieron la presencia del hábito de bruxismo, por otro lado 3 (2,5%) que presentaron mordida abierta no manifestaron dicho hábito. Con respecto a la maloclusión dentaria transversal, 1 (0,8%) que presentó mordida cruzada posterior unilateral tuvo el hábito de bruxismo, mientras otro niño que también presentó dicho tipo de mordida no manifestó el hábito, 1 (0,8%) que presentó mordida cruzada posterior bilateral tuvo el hábito, mientras que ningún niño presentó mordida en tijera posterior unilateral. En resumen, se evidenció que 15 (12,5%) niños presentaron el hábito de bruxismo, de los cuales 5 (4,2%) presentaron plano terminal con escalón mesial, 7 (5,8%) presentaron mordida profunda, 1 (0,8%) niño presentó mordida cruzada posterior unilateral y otro niño (0,8%) presentó de tipo bilateral.

Gráfico 5





Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Tabla 6: Relación entre la deglución atípica y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Relación anteroposterior de los 2° molares temporales		Deglución atípica				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Plano terminal recto		5	4.2%	70	58.3%	75	62.5%
Plano terminal con escalón mesial		2	1.7%	37	30.8%	39	32.5%
Plano terminal con escalón distal		1	0.8%	5	4.2%	6	5.0%
Total		8	6.7%	112	93.3%	120	100.0%

Maloclusión dentaria vertical		Presencia				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Presenta	2	1.7%	47	39.2%	49	40.8%
Profunda	No presenta	6	5.0%	65	54.2%	71	59.2%
Total		8	6.7%	112	93.3%	120	100.0%
Mordida	Presenta	2	1.7%	1	0.8%	3	2.5%
Abierta	No presenta	6	5.0%	111	92.5%	117	97.5%
Total		8	6.7%	112	93.3%	120	100.0%

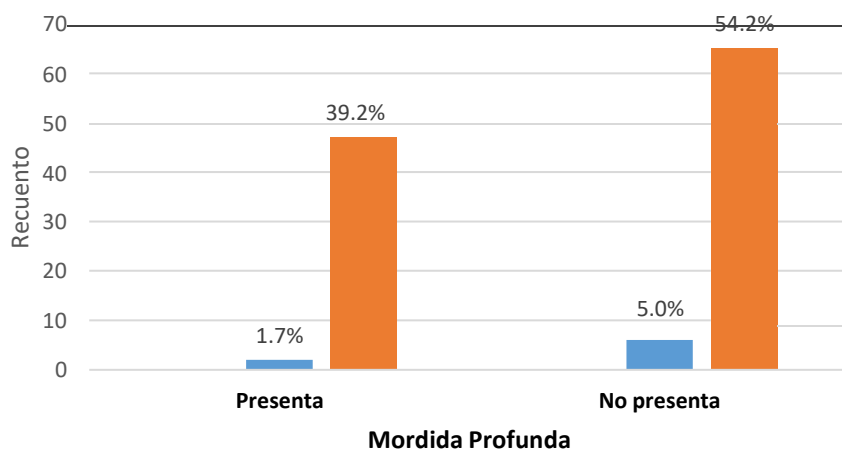
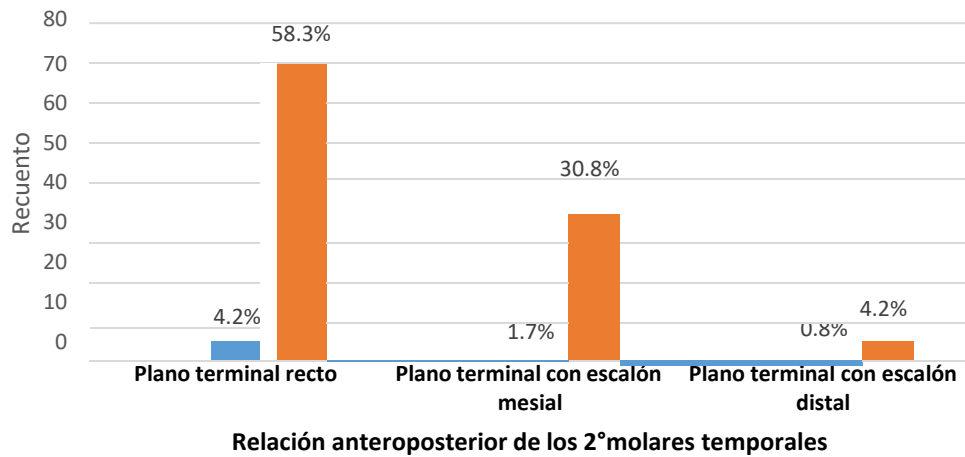
Maloclusión Dentaria transversal		Presencia				Total	
		Presencia		Ausencia		N	%
		N	%	N	%		
Mordida	Unilateral	0	0.0%	2	1.7%	2	1.7%
Cruzada	Bilateral	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%
Posterior	No Presenta	8	6.7%	109	90.8%	117	97.5%
Total		8	6.7%	112	93.3%	120	100.0%
Mordida de	Presenta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
tijera posterior unilateral	No Presenta	8	6.7%	112	93.3%	120	100.0%
Total		8	6.7%	112	93.3%	120	100.0%

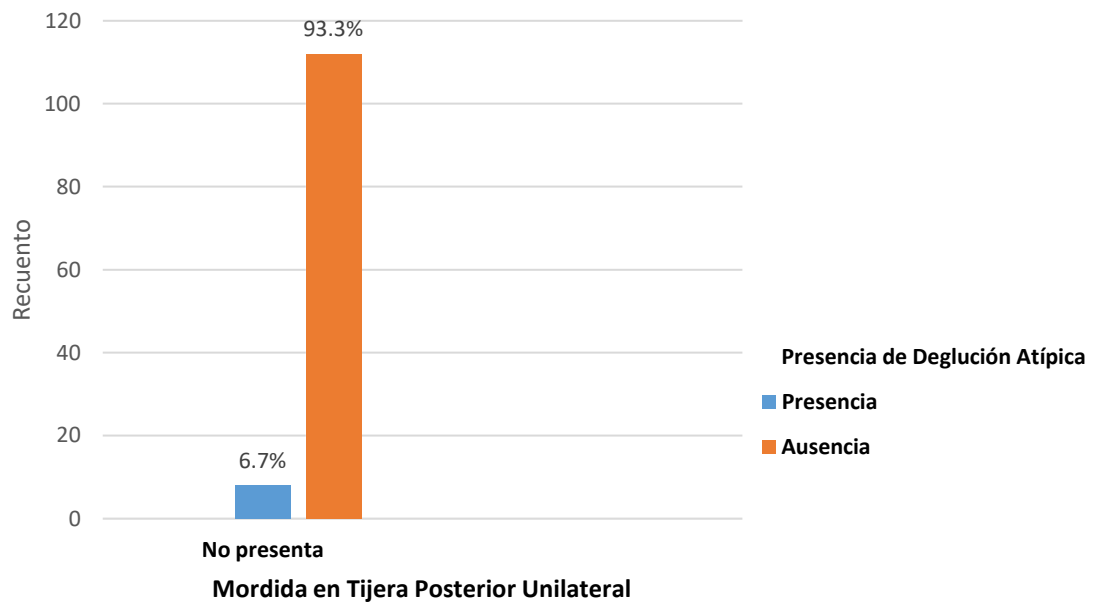
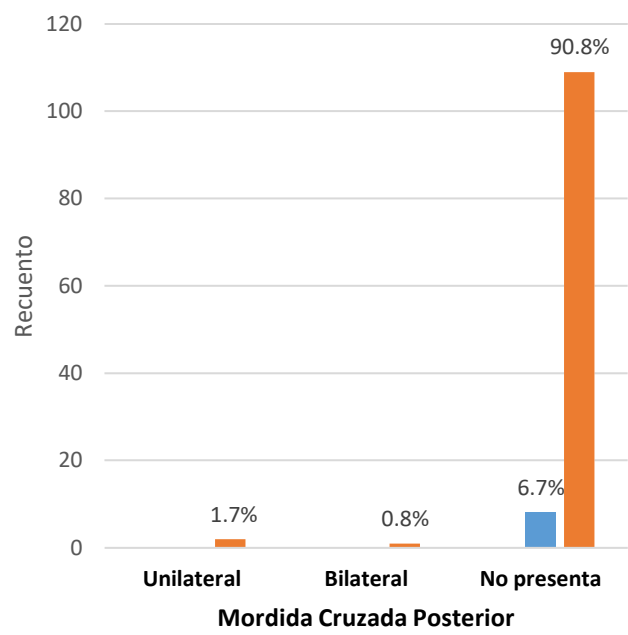
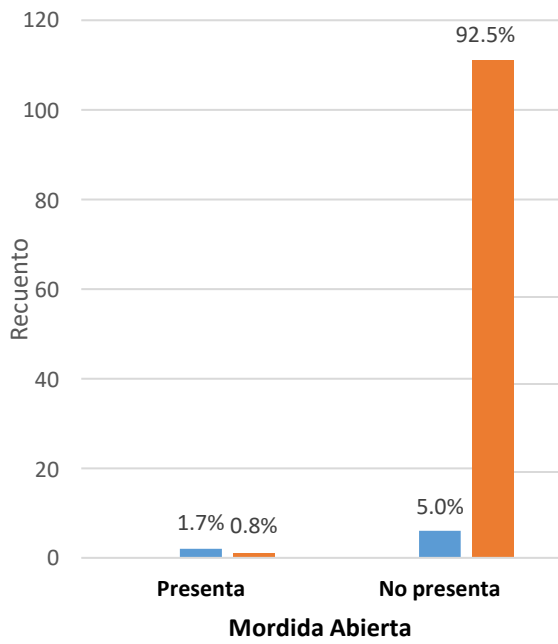
Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Interpretación: En la tabla 6, se observa que, de un total de 120 niños, con respecto a la Relación anteroposterior de los 2° molares temporales, 5 (4,2%) que presentaron plano terminal recto, tenía el hábito de deglución atípica, mientras que 70 (58,3%) no presentaron dicho hábito; 2 (1,7%) que presentaron plano terminal con escalón mesial, tenían el hábito de deglución atípica, mientras que 37 (30,8%) no presentaron dicho hábito, por otro lado 1 (0,8%) niño que presentó plano terminal con escalón distal manifestó el hábito de deglución atípica y 5 (4,2%) no lo manifestaron. Con respecto a la maloclusión en sentido vertical, 2 (1,7%) que presentaron mordida profunda tuvieron el hábito de deglución atípica, mientras que

47 (39,2%) no lo tuvieron, por otro lado 2 (1,7%) que presentaron mordida abierta manifestaron dicho hábito y 1 (0,8%) no lo manifestó. Con respecto a la maloclusión dentaria transversal, 2 (1,7%) que presentaron mordida cruzada posterior unilateral no tuvieron el hábito de deglución atípica, 1 (0,8%) que presentó mordida cruzada posterior bilateral no tuvo dicho hábito, mientras que ningún niño presentó mordida en tijera posterior unilateral. En resumen, se evidenció que 8 (6,7%) niños presentaron el hábito de deglución atípica, de los cuales 2 (1,7%) presentaron plano terminal con escalón mesial, 1 (0,8%) presentó plano terminal con escalón distal, 2 (1,7%) presentaron mordida profunda y 2 (1,7%) presentaron mordida abierta.

Gráfico 6





Fuente: IBM SPSS en español versión 26

5.2. Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas

HIPÓTESIS PRINCIPAL

H₀: $\pi_1 \geq \pi_2$ No existe relación significativa entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

H₁: $\pi_1 < \pi_2$ Existe relación significativa entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Nivel de significancia: = 0.05.

Estadística de prueba: Siendo un estudio relacional con requerimiento de análisis bivariado con enfoque cuantitativo, y variables de tipo nominal, se optó por la Prueba de Independencia de Chi cuadrado de poder contrastar tanto la Hipótesis General como derivadas.

Tabla 7: Relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Prueba no paramétrica	Valor	gl	Significación asintótica
Prueba de Independencia de Chi cuadrado	8,113	2	,002
Nº de casos válidos	120		

Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Tabla 8: Prueba de independencia de Chi cuadrado para analizar la relación entre cada hábito bucal y las maloclusiones

Hábito bucal	Valor de Chi cuadrado	gl	Significación asintótica (bilateral)
Succión digital	3,844	1	,000
Succión labial	5,997	2	,000
Onicofagia	3,876	1	,000
Respiración bucal	6,092	2	,001
Bruxismo	5,998	1	,000
Deglución atípica	6,863	1	,001
Nº de casos válidos	120		

Fuente: IBM SPSS en español versión 26

5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas empleadas

Al emplear la prueba no paramétrica:

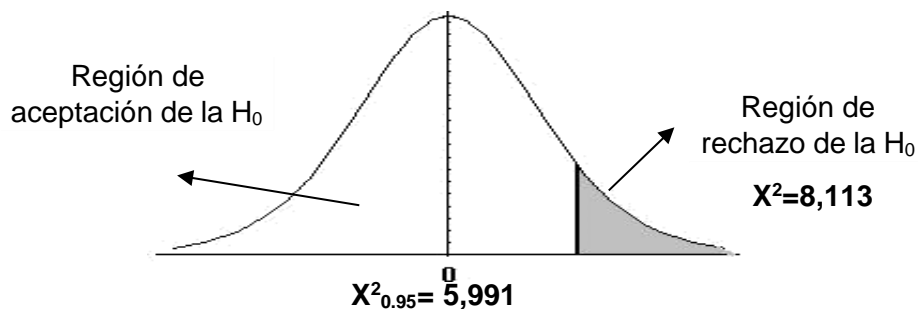
Si valor $p = <0.05$ se acepta la hipótesis alterna (H_1) y se rechaza la hipótesis nula (H_0).

Si valor $p = >0.05$ se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la hipótesis nula (H_0).

Comprobación de la Hipótesis principal

Regla de decisión: con un gl 2, $Z=0.05$ y un $p= 0,002$.

Gráfico 7: Relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.



Fuente: IBM SPSS en español versión 26

Toma de decisión:

Como el valor X^2 (**8,113**) mayor al valor X^2 crítico y/o teórico de la tabla (**5,991**) y con un $p= 0,002$ optamos por rechazar la hipótesis nula.

Conclusión:

Con un $X^2=8,113$ podemos concluir que existe relación significativa entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Comprobación de la Hipótesis derivada

Nivel de significancia: = 0.05.

5.4. Discusión

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre hábitos bucales y maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI 011520, del AAHH. Las Galeras de José Carlos Mariátegui, distrito de San Juan de Lurigancho, Lima-Perú comprendidos entre el mes de junio y agosto del año 2022. Para ello, se realizó un estudio no experimental, descriptivo, correlacional, prospectivo y de corte transversal. Con una muestra de 120 niños, en sus resultados se encontró que el hábito bucal con mayor prevalencia fue la respiración bucal relacionados con la mordida profunda, plano terminal con escalón mesial, plano terminal con escalón distal y la mordida cruzada unilateral; y de menor prevalencia fue la succión digital relacionada con plano terminal con escalón mesial y mordida profunda. Concluyendo que existe relación significativa entre hábitos bucales y maloclusiones.

Mendoza P. Méndez J. realizó un estudio para determinar la presencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusiones y anomalías dentomaxilares en pre escolares, donde encontró que la succión digital está relacionada con mordida abierta, mordida cruzada, la oclusión de vista transversal y sagital o antero posterior, la cual coincide con nuestro estudio en donde encontramos que la succión digital está relacionada con mordida profunda y la relación antero posterior o sagital; así mismo la succión labial está altamente relacionada con mordida profunda y las relaciones antero posterior o sagital, coincidiendo ambos estudios en que existe relación entre hábitos bucales y las maloclusiones.

Mesa N. Medrano J. buscó determinar la afectación por hábitos bucales deformantes y las alteraciones oclusales en niños de 0 a 11 años de edad del Policlínico Máximo Gómez del municipio Holguín, encontrando una alta prevalencia en los hábitos de chupete de tete y biberón, a diferencia de nuestro estudio donde el mayor porcentaje fue para la respiración bucal, sin embargo hubo coincidencia en succión digital, donde ambos estudios presentan una prevalencia baja, concluyendo los dos estudios en que existe relación entre hábitos bucales y las maloclusiones.

Escola M. Buscó determinar la relación de las alteraciones en la oclusión con hábitos bucales parafuncionales en niños con dentición primaria en la Escuela República de Venezuela de la ciudad de Quito, encontrando a la maloclusión con

mayor prevalencia, a la mordida abierta 18.7%; y los hábitos para funcionales con 31.9%, presentándose con mayor frecuencia, la succión digital, mientras que en nuestro estudio encontramos con mayor prevalencia a la mordida profunda 40.8% y con una prevalencia de hábitos bucales en la población de 90% siendo la respiración bucal con 31.7% la de mayor frecuencia, evidenciando que existe asociación entre hábitos bucales y maloclusiones.

Estudios para determinar la influencia de hábitos bucales parafuncionales en la manifestación de maloclusiones en dentición primaria en niños de 3 a 5 años en el Jardín "Patrón de San Jerónimo" realizados por **Caller W.** encontraron a succión labial 89.4% con mayor porcentaje, mientras que en nuestro estudio el mayor porcentaje fue para la respiración bucal 31.7%, sin embargo, ambos estudios obtienen porcentajes elevados para maloclusión de clase I 88.3% y plano terminal recto 62.5%. respectivamente, coincidiendo ambos estudios que los hábitos bucales influyen en las maloclusiones.

Trocones A. buscó determinar la asociación de Hábitos Orales y la Prevalencia de Maloclusión dentaria en niños de 7 a 12 años en la I.E. Próceres de la Independencia N°138, encontrando con mayor porcentaje la respiración bucal con 16.60%, coincidiendo con nuestros estudios que también obtuvo con el mayor porcentaje la respiración bucal con 31.7%; y de menor porcentaje a onicofagia y succión digital respectivamente. Coincidiendo ambos estudios en la existencia de relación entre hábitos bucales y las maloclusiones.

Por otro lado, **Chung S.** en su estudio, Asociación entre hábitos orales deletéreos y anomalías dentomaxilares en niños de 3-5 años de la I.E.I. balsa puerto de la etnia Shawi, año 2019. Obtuvo con mayor porcentaje a respiración bucal con 4,5% y de menor porcentaje a succión digital; coincidiendo con nuestros resultados, que fueron con el mayor porcentaje para respiración bucal con 31.7% y de menor porcentaje a succión digital con 1.7%; ambos estudios tuvieron como resultado de maloclusión, con mayor prevalencia a mordida profunda o sobremordida y de menor prevalencia a mordida cruzada, probablemente, no se encontró relación significativa, debido a factor poblacional reducido, discrepando con el presente estudio.

Lazarte G. en su estudio de prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos y su relación con las maloclusiones dentarias en niños de 3 a 5 años de la I.E.I nuestros

Héroes de la Guerra del Pacífico Tacna-2016, determino una prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos de 40.7 %, siendo la más frecuente onicofagia, relacionándose mayormente con maloclusiones verticales y transversales, por otro lado nuestro estudio determinó una prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos de 90% siendo la más frecuente la respiración bucal seguido por onicofagia que estuvo relacionada con maloclusiones verticales. En maloclusiones antero posteriores ambos estudios indican mayor prevalencia para plano terminal recto, seguido de plano terminal con escalón mesial, concluyendo en la influencia entre los hábitos bucales y las maloclusiones, coincidiendo con nuestro estudio.

Reyner A. en su estudio relación entre hábitos bucales y maloclusión en pacientes pediátricos atendidos en una clínica estomatológica universitaria de Piura - Perú, 2017-2020, encontró relación entre onicofagia con los planos terminales y mordida profunda; y deglución atípica con mordida abierta, resultados que también se encontraron en nuestro estudio, concluyendo ambos en que existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones.

CONCLUSIONES

Existe relación significativa entre los hábitos bucales y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación significativa entre la succión digital y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación significativa entre la succión labial y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación significativa entre la onicofagia y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación significativa entre la respiración bucal y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación significativa entre el bruxismo y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022.

Existe relación significativa entre la deglución atípica y las maloclusiones en tiempos de pandemia en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 Lima 2022

RECOMENDACIONES

Realizar estudios de los hábitos bucales considerando la frecuencia, intensidad y duración que presentan en los niños, relacionándolos con los tipos de maloclusión.

Desarrollar nuevos estudios comparativos sobre los hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en diferentes poblaciones, ya que pueden estar influenciados por el clima, geografía, nivel cultural y nivel socioeconómico.

Realizar estudios longitudinales para medir la evolución de las maloclusiones en niños cuyos padres han recibido orientación y recomendación en el tratamiento de los hábitos que presentan sus hijos.

Realizar estudios de los hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en poblaciones mayores, con una muestra significativa como en centro poblados, comunidades campesinas y regiones.

Ya que el estrés y la ansiedad influyen en la aparición de los hábitos bucales, se recomiendan realizar estudios relacionando los hábitos bucales y las maloclusiones en familias disfuncionales determinando la prevalencia que presentan.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mendoza P. Méndez J. et. al. Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusión y anomalías dentomaxilares en preescolares de Cnel. Oviedo, Paraguay. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud [Internet]. 2019 [citado 28 Ene 2022]; 2vol. 17, no 3, p. 49-54 Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/581>
2. Mesa N. Medrano J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. Correo Científico Médico [Internet]. 2017 [citado 28 Ene 2022]; vol. 21, no 2, p. 458-467 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156043812017000200011&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Escola M. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales. Tesis de pregrado. Quito, Ecuador. Universidad Central de Ecuador, 2017. 5-51pp.
4. Caller W. Influencia de hábitos bucales parafuncionales en la manifestación de maloclusiones en dentición primaria en niños de 03 – 05 años en el jardín Patrón de San Jerónimo del Cuzco 2017. Tesis para optar por el título profesional de cirujano dentista. Cusco, Perú. Universidad Andina del Cuzco 2017.
5. Trocones A. Asociación entre hábitos orales y la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7-12 años. Tesis de grado. Lima, Perú. Universidad inca Garcilaso de la vega. 2018. 52-100 pp.
6. Ocampo A, Johnson N, Lema M. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev. nac. odontol. [Internet]. 2014 [citado 29 de diciembre de 2021]; 9 edición especial 84pp. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434>
7. Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [internet]. 2011 [citado el 29 de diciembre del 2021]; "Ortodoncia.ws edición electrónica art-5: 2-3. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
8. Graber T. Orthodontic principles and practice, 3era Ed. Philadelphia: WB Saunders Co.;1972 p.893-928.

9. Proffit W. Myofunctional therapy for tongue-thrusting: background and recommendations. The Journal of the American Dental Association [internet] 1975 [citado 29 de diciembre del 2021]; 90(2): 403-411. Disponible en: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1975.0075>
10. Cárdenas D. Odontología pediátrica. 3era Ed. Medellín: corporación para investigaciones biológicas; 2003. p. 303.
11. Cameron A; Widmer R. Manual de odontología pediátrica. 3era Ed. España: Harcourt Brace; 1998. p. 171-172.
12. Rodríguez M. Onicofagia y su relación con afecciones en piezas anteriores permanentes a causa del estrés. Tesis de Grado. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil, 2021. 9-10 pp.
13. Ojeda L, Espinoza A, Biotti J. Relación entre la onicofagia y las manifestaciones clínicas de los trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. rehabilitación Oral [Internet]. abril de 2014 [consultado el 2 de febrero de 2022]; 7 (1): 37-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-
14. Erdogan H, Arslantas D, et al. Prevalence of onychophagia and its relation to stress and quality of life. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat. [internet] 2021 [citado el 2 febrero del 2022] ; 30(1):15-19. Disponible en : <https://www.acta-apa.org/journals/acta-dermatovenerol-apa/papers/10.15570/actaapa.2021.4/actaapa.2021.4.pdf>
15. Mendizábal G. Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de odontología pediátrica del centro médico naval en el año 2006. Tesis de pregrado. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de san Marcos, 2007. 33pp.
16. Mallqui J. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I.E.P. Mater Purissima en el año 2017, Tesis de grado. Lima, Perú. Universidad mayor de san Marcos, 2017.p. 43-44
17. Asensi C. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2da Ed. Barcelona: Masson; 2005: 467-468.
18. Barberia E. Odontopediatria. 2da Ed. España: Masson; 2001. P. 371-372.

19. Zarate, R. Hábitos bucales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N°70621, “20 de enero”. Juliaca 2019. Tesis de pregrado. Puno, Perú. Universidad Nacional del Altiplano, 2021. 28-29 pp. Disponible: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/15422>
20. García G. Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucles en edades tempranas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [internet]. 2011. [Consultada 04/02/2022]; art.13 3p. Obtenible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art18.asp>
21. Ruiz J. Hábitos de Succión y su Relación con las Maloclusiones. Tesis posgrado. Tacna, Perú. Universidad Privada de Tacna, 2019. 9 pp.
22. Albán G. Tratamiento ortodóntico interceptivo en paciente clase II con hábito de succión labial inferior. Tesis pregrado. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil, 2016. 4 pp.
23. Zapata, M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores tesis pregrado. Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2013. 28 pp.
24. Reynaldo L. Ferelle A. Issao M. Odontología para él bebe, odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. 1era Ed. Brasil: Artes medicas Ltda.; 2000. P. 62.
25. Mota B, Gómez N. Bruxismo en niños: a propósito de un caso. Odontología Pediátrica. [internet]. 2016, [citado 7/ 2/ 2022];24 (3): p. 221.
26. Hernández-Reyes B, Lazo-Nodarse R, et al. Bruxismo y manifestaciones clínicas en el sistema estomatognático. Archivo Medico Camagüey [Internet]. 2019 [citado 07 de febrero del 2022]; 23(3): 311. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000300309&lng=es.
27. Moreira T, Zurita T, Neira C. Deglución atípica considerada como factor predisponente para la maloclusión presente en niños con dentición temporal o mixta. Rev. Especialidades Odontológicas UG [Internet]. 2021 [citado 7 de febrero de 2022];1(2): 2-3. Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/17>
28. Jiménez J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Rev. Odontología Sanmarquina [Internet]. 2016 [citado 10 de febrero de

2022];19(2):42.

Disponible

en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/12917>

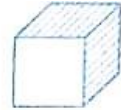
29. Castillo J. Tratamiento con aparatología miofuncional en pacientes con hábito de deglución atípica o interposición lingual. Tesis de pregrado. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil, 2021. 22pp.
30. Blanco V, Quirós O. Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [internet]. 2013. [Consultado el 7 febrero del 2022]; 13(21) 4 Obtenible: en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-16/>
31. Escola M. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales. Tesis de pregrado. Quito, Ecuador. Universidad Central del Ecuador, 2017. 10-11pp.
32. Calderón C. Correlación entre la relación canina y los planos terminales de la dentición decidua en pacientes de 04 a 06 años de la Institución Educativa Nacional Jorge Basadre Grohmann–Arequipa–2016. Tesis de grado. Arequipa, Perú. Universidad Católica Santa María, 2016. 41-45 pp.
33. Zarate R Hábitos bucales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N°70621, 20 de Enero. Juliaca 2019. Tesis de pregrado. Puno, Perú. Universidad Nacional del Altiplano, 2021. 35-36 pp.
34. Vellini F. Ortodoncia Diagnostico y planificación clínica: 1era Ed. São paulo; Artes medicas Ltda.; 2002. p. 100-110
35. Rodríguez L. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017. [Tesis de pregrado]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2018. 30 pp.
36. Torres G. Prevalencia de maloclusiones verticales en pacientes de 15 a 25 años atendidos en el servicio de imagenología del Hospital Regional Moquegua-2019. Tesis de grado. Moquegua, Perú. Universidad José Carlos Mariátegui, 2020. 18 pp.
37. González A. Frecuencia de pacientes con mordida cruzada derivados al Programa conducente al título profesional de especialista en Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad

- de Chile entre los años 2013-2015. Tesis de pregrado. Santiago, Chile. Universidad de Chile, 2016. 19 pp.
38. García V, Ustrell J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar. *Revista Tarragona y Barcelona. Avances en odontoestomatología*, [internet]. 2011. [Consultado el 7 febrero del 2022]; 27(2), p. 75-84. Obtenible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0213-12852011000200003
39. Medina C, Laboren M, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [internet]. 2010. [Consultado el 7 febrero del 2022]; 14(1), p. 4. Obtenible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
40. García B, Alazo E, Soto L., et al. Estudio de la fuerza labial inferior en niños. Policlínico Tomás Romay. Habana Vieja. *Rev haban cienc méd* [internet]. 2019. [Consultado el 7 febrero del 2022]; 8(4), p. 1. Obtenible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400032
41. Obaco E. Estrés docente: causas y repercusiones laborales. *Magazine De Las Ciencias: Revista De Investigación E Innovación* [internet]. 2019. [Consultado el 7 febrero del 2022]; 4(4), p. 147. Obtenible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/magazine/article/view/683>
42. Navia R, Barcia M, Tapia W. Estudio exploratorio de identificación y prevención de la ansiedad, en la asignatura de educación física en estudiantes de educación básica. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. [Internet]. 2018 [citado 07 de febrero del 2022]; 2(1), p.3. Obtenible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/08/estudio-ansiedad-estudiantes.html>
43. Fuenzalida R, Hernández C, Pérez J. Alteraciones Estructurales y Funcionales del Sistema Estomatognático: Manejo fonaudiológico. *Revista Areté*. [Internet]. 2017 [citado 07 de febrero del 2022]; 17(1), p.31. Obtenido de: <https://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/arete/article/view/1054>
44. Castro X, Espinoza D. Sobremordida vertical y horizontal en los estudiantes de la carrera de odontología de UNAN-León en el segundo semestre 2011. Tesis

- Doctoral. León, Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2012. 7 pp.
45. Cartes R, Araya N, Avilés A. Parafunciones y caries dental en preescolares de comunidades pehuenches. Revista Cubana Estomatología [Internet]. 2012 [citado el 07 de febrero del 2022]; 49(4), 296. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000400005&lng=es
46. Cisneros G, Cruz I. Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba. Revista Medisan [Internet]. 2017 [citado el 07 de febrero del 2022]; 21(7), 781. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700002&lng=es.
47. Chung S. Asociación entre hábitos orales deletéreos y anomalías dentomaxilares en niños de 3-5 años de la IEI. Balsapuerto de la etnia Shawi, año 2019. Tesis para optar el grado académico de cirujano dentista. Lima, Perú. Universidad Científica del Sur, 2019. 9 pp.
48. Lazarte A. Ayca I. Martínez N. Condori W. Prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos y su relación con las maloclusiones dentarias en niños de 3 a 5 años de la IEI nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico Tacna-2016. Revista Odontológica Basadrina [internet]. 2019 [Consultado el 10 mayo del 2022]; 3(1), 20-24 Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/821>
49. Reyner A. Relación entre hábitos bucales y maloclusión en pacientes pediátricos atendidos en una clínica estomatológica universitaria de Piura - Perú, 2017-2020. Tesis para optar el grado académico de cirujano dentista. Piura, Perú. Universidad César Vallejo, 2020. 6 pp.

ANEXOS

Anexo N°1: Carta de presentación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD Escuela Profesional de Estomatología

Pueblo Libre, 19 de Mayo del 2022

CARTA DE PRESENTACION

SRA YRENE LLUNCOR LÓPEZ.

IEI 011520 – UGEL 05, SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado Sinche Contreras Cesar Jaime, con DNI 10108429 y código de estudiante 2010153688 Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON LAS MALOCLUSIONES EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN NIÑOS DEL NIVEL INICIAL DE LA IEI N° 011520 LIMA 2022"

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

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

Atentamente,

 UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

DR. PEDRO MARTIN JESUS APARCANA QUIJANDRIA
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



Yrene Lluncor López
RECTORA
UNIVERSIDAD DE EDUCACIÓN

Recibido 01/06/2022

Anexo N°2: Constancia de desarrollo de la investigación



CONSTANCIA

LA DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N°115-20 "DIVINO NIÑO JESÚS" AAHH.LAS GALERAS - JOSE CARLOS MARIATEGUI DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, QUE SUSCRIBE.

HACE CONSTAR:

Que el Sr. **CESAR JAIME SINCHE CONTRERAS**, con **DNI: 10108429**, y Código de estudiante 2010153688, bachiller de la Escuela Profesional De Estomatología- Facultad De Medicina Humana Y Ciencias De La Salud – Universidad Alas Peruanas ha ejecutado el trabajo de investigación titulado **"HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON LAS MALOCLUSIONES EN TIEMPO DE PANDEMIA EN NIÑOS DEL NIVEL INICIAL DE LA IEI N° 011520 LIMA 2022"** desde el 4 de julio hasta el 19 de agosto del presente año, asignándosele dos secciones de 3 años, tres secciones 4 años y dos secciones de 5 años; para tal fin, realizó una charla informativa a los padres de familia sobre el tema estudio, así como también el examen clínico a todos los niños y niñas de nuestra institución educativa, previo consentimiento de sus padres, los cuales firmaron el documento brindado por el investigador, el cual siguió los protocolos establecidos por el MINSA. Cumpliendo satisfactoriamente su proceso de Investigación según el cronograma.

Se expide la presente constancia a solicitud escrita del interesado para los fines que estime conveniente.

San Juan de Lurigancho, 22 de agosto 2022

Atentamente

The image shows a circular stamp of the institution on the left and a handwritten signature on the right. Below the signature is a printed name: 'Yolanda Luján López'.



Anexo N°3: Consentimiento Informado

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

Yo _____ identificado con DNI N°
_____ autorizo al Bachiller, Cesar Jaime Sinche Contreras a realizar
la Ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi menor hijo (a)

_____.

Me han informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Se me informó que se realizará un examen clínico para determinar la relación que existe entre hábitos bucales y las maloclusiones en niños del nivel inicial de la IEI N°011520 del distrito de San Juan de Lurigancho. El tiempo de duración será aproximadamente de 15 minutos por niño y se realizará en presencia de sus padres. Se tomarán todas las medidas de bioseguridad recomendadas por el Minsa.

He comprendido las explicaciones del investigador en un lenguaje claro y sencillo, también se me brindó la oportunidad de hacer todas las observaciones del caso, dando aclaración a toda duda presente.

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

Lima,

Firma del Investigador

Firma del Apoderado

Anexo N°4: Asentimiento Informado

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Asentimiento informado

Hola, mi nombre es Cesar Jaime Sinche Contreras, realizo un trabajo de investigación en la Universidad Alas Peruanas, y para ello te pedimos tu colaboración. Voy a realizar una evaluación dental y necesitamos que abras tu boca para poder revisar tus dientes con un espejo bucal.

Tu participación es voluntaria, y solo con tu decisión voy a poder realizarlo.

Toda la información que nos proporcionas, lo que se observa en tu boca, dientes y algunos exámenes que realizaré, nos ayudará a saber cómo está tu salud. Todos los datos que recopilemos de tu evaluación y sus resultados, solo serán de conocimiento del personal que realizamos el estudio y tus padres.

Marca con una X en el recuadro:



Si quiero participar



No quiero participar

Nombre: _____

Fecha: _____

Anexo N°6: Instrumento de recolección de datos

Cuestionario

Nombre del alumno: Edad: Sexo: ...

Sección: Aula: Fecha:

Succión digital:

1) ¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé? SI__NO__

2) ¿Actualmente se sigue chupando el dedo? SI__NO__

3) ¿Qué dedo se chupa?

Pulgar__Índice__Medio__Anular__Meñique__Varios dedos__

4) ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día o durante la noche? _____

5) ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo? SI__NO__

Respiración bucal:

6) ¿Su hijo respira por la boca? SI__NO__

7) ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo? SI__NO__

8) ¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches? SI__NO__

9) ¿Se resfría constantemente? SI__NO__

10) ¿Tiene rinitis alérgica? SI__NO__

11) ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado? SI__NO__

12) ¿Tiene asma? SI__NO__

13) ¿Le han diagnosticado amígdalas grandes? SI__NO__

Bruxismo:

14) ¿Su hijo aprieta o frota los dientes? SI__NO__

15) ¿Lo hace durante el día o la noche? _____

16) ¿Se queja de dolor al despertar? SI__NO__

Succión labial:

17) ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior? _____

18) ¿Lo hace de día o de noche? _____

19) ¿En qué momento lo hace? _____

Onicofagia:

20) ¿Su hijo se muerde las uñas? SI__NO__

21) ¿Lo hace siempre o a veces? _____

FUENTE:

Zapata, M. (2013). Prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años colegio los Educadores. Tesis para máster. Perú.

Anexo N°7: Ficha clínica

FICHA CLÍNICA

Nombre del alumno: _____

Aula: _____ Sección: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

1. Relación anteroposterior de los 2° molares temporales

	MOLAR DERECHO	MOLAR IZQUIERDO
Plano terminal recto		
Plano terminal con escalón mesial		
Plano terminal con escalón distal		

2. **Sobremordida horizontal:** Normal () Borde a borde () Cruzada ()

Excesiva () mm ()

3. **Sobremordida vertical:** Normal () Aumentada () Excesiva () mm ()

4. **Mordida Profunda:** Presenta () No presenta ()

5. **Mordida Abierta:** Presenta () mm () No presenta ()

6. **Mordida Cruzada Posterior:** Unilateral () Bilateral () No presenta ()

7. **Mordida en Tijera Unilateral:** Presenta () No presenta ()

8. **Diastemas:** Anterior () Posterior () No presenta ()

9. **Apiñamiento:** Ligero () Moderado () Severo () No presenta ()

10. **Desviación Línea Media: Superior:** Der. () mm Izq. () mm

Inferior: Der. () mm Izq. () mm

11. **Biotipo Facial:** Mesofacial () Braquifacial () Dolicofacial ()

12. **Nariz, aletas nasales:** Normal (), Aplanadas ()

Respiración al sellar los labios: Normal () Acelerada () Insuficiente ()

13. **Labios:** Competencia () Incompetencia () Evertido: Sup. (), Inf. ()

Superior: Normal () Corto () Humectados () Resecos () Agrietados ()

Hipotónico () Hipertónico ()

Inferior: Normal () Corto () Humectados () Resecos () Agrietados ()

Hipotónico () Hipertónico ()

14. **Forma del arco:** Oval () Cuadrado () Triangular ()

15. **Paladar:** Normal () Profundo () Muy profundo () Simétrico () Asimétrico ()

16. **Lengua:** Normal () Microglosia() Macroglosia ()
Interposición anterior () Interposición lateral () No presenta ()
17. **Amígdalas:** Normal () Inflamadas () Hipertrofia ()
18. **Dedo:** Normal () Arrugado () Enrojecido () Callo () Deformado ()
19. **Uñas:** Normales () Cortas () Muy cortas ()
20. **Facetas de desgaste:** SI () NO ()

Anexo N°8: Base de datos

ID	EDAD	SEXO	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	SUCCIÓN DIGITAL	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 13	RESPIRACION BUCAL	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 16	BRUXISMO	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	SUCCIÓN LABIAL	ITEM 20	ITEM 21	ONCOLOGIA	RELACIÓN MOLARES CALON	SOBREMORDIDA HORIZONTAL	SOBREMORDIDA VERTICAL	MORDIDA ABERTA	MORDAZA APOSTERIOR	MORDIDA ANTERIOR
1	5	1	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	1	2	5	3	3
2	4	1	1	2	8	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	5	2	1	2	1	1	1	5	3	3	
3	4	2	1	1	6	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	5	3	3
4	5	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	3	3	1	2	1	2	2	1	1	5	3	3
5	5	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	5	3	3
6	4	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	3	5	3	3
7	5	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	3	7	1	2	1	2	2	2	1	5	3	3
8	4	1	2	2	8	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	4	2	5	3	3
9	5	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	2	5	3	3	
10	4	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	5	3	3	
11	4	1	1	1	6	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	5	3	3	
12	4	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	5	3	3	
13	4	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	5	3	3	
14	4	1	2	2	8	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	5	3	3	
15	4	1	1	1	6	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	3	2	2	2	5	3	3	
16	4	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	4	2	5	3	3
17	5	1	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	5	3	3
18	4	2	1	2	8	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	5	3	3	
19	4	1	1	2	6	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	5	3	3	
20	3	1	1	1	1	4	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	4	1	5	3	3
21	4	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	4	2	5	3	3
22	3	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	5	3	3
23	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	4	1	3	3

24	4	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	3	5	3	3		
25	4	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	4	2	5	3	3	
26	3	2	2	2	8	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	5	3	3	
27	3	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	5	3	3	
28	4	2	1	1	6	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	5	2	1	2	2	1	4	3	5	3	3	
29	3	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	5	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3	
30	5	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	5	3	3	
31	5	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	5	3	3	
32	5	2	1	2	8	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	6	1	2	1	2	1	4	1	5	3	3	
33	5	1	1	2	8	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	5	3	3	
34	5	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	3	10	1	1	2	1	1	1	1	5	3	3	
35	5	1	1	2	8	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	5	3	3
36	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3	
37	5	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	5	3	3
38	5	1	2	2	8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	5	3	3
39	5	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4	6	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3
40	5	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	5	3	3	
41	5	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3	
42	5	1	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	10	2	2	1	2	2	1	1	5	3	3	
43	5	1	2	2	8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	9	1	2	1	2	1	4	3	5	3	3	
44	5	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	1	5	3	3	
45	5	2	1	2	8	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	9	1	1	3	2	2	1	2	5	3	3
46	5	1	1	1	6	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	3	5	3	3
47	5	2	1	2	8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	5	3	3
48	5	2	1	2	6	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	5	3	3
49	5	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	4	3	8	1	2	1	2	1	1	2	5	3	3	
50	5	2	1	2	8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	5	1	1	2	2	1	1	1	5	3	3	
51	5	1	1	1	8	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	5	3	3	

52	5	2	1	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3			
53	5	1	1	2	8	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	5	2	1	2	1	3	4	1	5	3	3			
54	5	2	2	2	8	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	5	3	3		
55	5	1	2	2	8	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	5	3	3		
56	4	2	1	2	8	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	13	1	2	1	2	3	1	3	5	3	3
57	4	2	1	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	1	1	5	3	3	
58	5	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	4	3	5	3	3	
59	5	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	4	1	5	3	3		
60	5	1	1	2	8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	5	3	3	
61	5	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3		
62	4	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	5	3	3		
63	3	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	3	10	2	1	3	1	1	1	2	5	3	3	
64	4	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	4	3	5	3	3		
65	3	1	2	2	8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	5	3	3		
66	3	2	1	2	8	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	5	3	3		
67	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6	2	1	2	1	1	2	1	5	3	3	
68	3	2	1	1	2	3	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	1	1	5	3	3	
69	3	1	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	5	3	3		
70	4	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	5	3	3		
71	4	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	5	3	3		
72	4	1	1	2	8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	5	3	3	
73	4	1	1	2	6	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	4	1	3	3		
74	4	1	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	5	3	3		
75	5	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	5	1	3		
76	5	1	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	5	3	3		
77	4	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	4	1	5	3	3		
78	4	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3		
79	4	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	3	5	3	3	

80	5	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3				
81	4	1	1	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	5	3	3			
82	4	2	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	5	3	3			
83	4	2	1	2	8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	11	2	2	1	2	2	1	5	3	3		
84	5	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	4	3	5	3	3		
85	5	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	5	3	3		
86	5	1	1	2	8	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	4	4	6	2	2	2	2	2	1	5	3	3	
87	5	2	1	1	6	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	8	1	1	2	2	2	2	1	5	3	3
88	5	1	1	2	5	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	5	3	3		
89	5	2	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	3	12	2	1	2	2	1	2	1	5	3	3	
90	5	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	4	4	1	3	3		
91	5	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	5	3	3		
92	5	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	4	2	5	3	3	
93	5	2	2	2	8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	1	5	3	3	
94	5	2	2	2	8	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3	
95	5	2	1	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	5	3	3	
96	5	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	5	3	3	
97	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	1	5	3	3	
98	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3	
99	4	2	1	2	8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	4	5	2	1	2	2	1	1	1	5	3	3	
100	5	1	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	4	10	2	1	2	2	2	1	3	5	3	3	
101	4	1	2	2	8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	1	2	5	3	3		
102	4	1	2	2	8	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	2	1	1	5	3	3	
103	5	1	2	2	8	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	1	3	5	3	3	
104	5	1	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	5	3	3	
105	4	1	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	5	3	3	
106	5	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	5	3	3	
107	4	1	1	1	6	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	3	1	1	1	1	5	3	3	

108	4	1	2	2	8	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	5	3	3
109	4	1	2	2	8	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	5	1	2	1	2	1	1	2	5	3	3	
110	5	1	1	2	8	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	4	1	1	3	3		
111	4	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	5	3	3	
112	5	2	1	2	6	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	5	3	3	
113	4	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	10	1	1	2	2	1	1	3	5	3	3	
114	5	2	1	2	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	4	3	5	3	3	
115	4	2	2	2	8	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	5	2	3		
116	4	1	1	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	8	1	2	1	2	1	4	3	5	3	3	
117	5	1	2	2	8	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	5	3	3	
118	4	2	1	2	8	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	4	1	5	3	3	
119	4	1	1	2	8	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	3	2	2	1	1	5	3	3	
120	4	2	1	2	8	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	5	1	3

LEYENDA		
Valor		Etiqueta
SEXO	1	Masculino
	2	Femenino
ITEM1	1	Si
	2	No
ITEM2	1	Si
	2	No
ITEM3	1	Pulgar
	2	Índice
	3	Medio
	4	Anular
	5	Meñique
	6	Varios dedos
	7	Si
	8	No
ITEM4	1	Si
	2	No
	3	Dia
	4	Noche
ITEM5	1	Si
	2	No
SUCCIÓNDIGITAL	1	Presencia
	2	Ausencia
ITEM6	1	Si
	2	No
ITEM7	1	Si
	2	No
ITEM8	1	Si
	2	No
ITEM9	1	Si
	2	No
ITEM10	1	Si
	2	No
ITEM11	1	Si
	2	No
ITEM12	1	Si
	2	No
ITEM13	1	Si
	2	No

RESPIRACIÓN BUCAL	1	Presencia
	2	Ausencia
ITEM14	1	Si
	2	No
ITEM15	1	Si
	2	No
ITEM16	1	Si
	2	No
BRUXISMO	1	Presencia
	2	Ausencia
ITEM17	1	Si
	2	No
	3	Superior
	4	Inferior
	5	Superior e Inferior
ITEM18	1	Si
	2	No
	3	Día
	4	Noche
ITEM19	1	Si
	2	No
	3	Día
	4	Noche
	5	Al jugar
	6	Al dormir
	7	A veces
	8	Tardes
	9	Después de comer
	10	Cualquier momento
	11	Al salir
	12	Al mirarse al espejo
	13	Al beber agua
SUCCIÓN LABIAL	1	Presencia
	2	Ausencia
ITEM20	1	Si
	2	No
ITEM21	1	No lo hace
	2	A veces
	3	Siempre
ONICOFAGIA	1	Presencia
	2	Ausencia

RELACIÓN MOLARE ESCALON	1	Plano terminal recto
	2	Plano terminal con escalón mesial
	3	Plano terminal con escalón distal
SOBREMORDIDA HORIZONTAL	1	Normal
	2	Borde a borde
	3	Cruzada
	4	Excesiva
SOBREMORDIDA VERTICAL	1	Normal
	2	Aumentada
	3	Excesiva
	4	No registra
MORDIDA PROFUNDA	1	Presenta
	2	No presenta
MORDIDA ABIERTA	1	Presenta
	2	No presenta
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	1	Unilateral
	2	Bilateral
	3	No presenta
MORDIDA TIJERA POSTERIOR UNILATERAL	1	Presenta
	2	No presenta

Anexo N°9: Fotografías



Recepción de la carta de presentación por la directora de la IEI 011520.



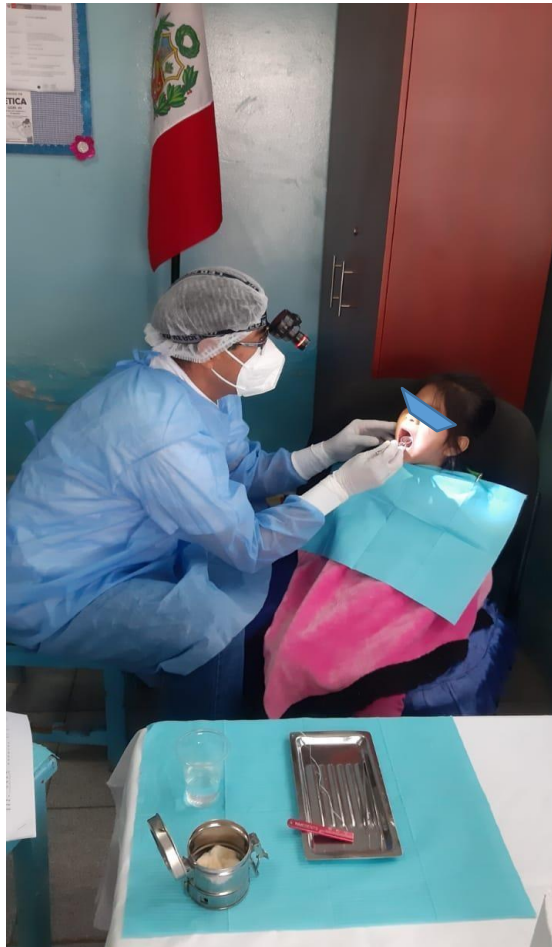
Charla informativa a los padres o apoderados de los niños.



Firma de la hoja de consentimiento informado y llenado del cuestionario.



Materiales e instrumentales para el examen clínico



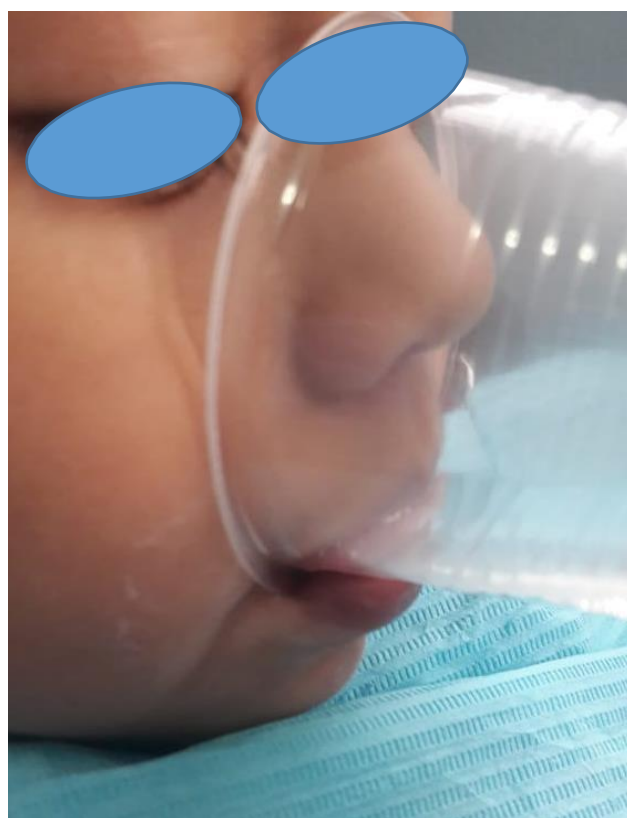
Examen clínico.



Mordida Profunda.



Mordida cruzada



Deglución atípica



Llenado de la ficha clínica