



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

TESIS

**RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ORALES Y PLANO TERMINAL
CON Y SIN ESPACIOS PRIMATES EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA AMÍLCAR SILVA RABINES
CASAGRANDE - ASCOPE. LA LIBERTAD 2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: CABRERA CHAVEZ, KATHERINE MARIA DE LOS ANGELES

ASESOR: DR. ANDÍA TICONA MARCELINO E.

LIMA – PERÚ

2017



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

TESIS

**RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ORALES Y PLANO TERMINAL
CON Y SIN ESPACIOS PRIMATES EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA AMÍLCAR SILVA RABINES
CASAGRANDE - ASCOPE. LA LIBERTAD 2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: CABRERA CHAVEZ, KATHERINE MARIA DE LOS ANGELES

Área de interés: Preventiva

Eje temático: Hábitos orales, plano terminal, espacios primates,
dentición decidua.

LIMA – PERÚ

2017

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

A mi hijo Milan, por ser mi motivo de superación y la razón de mi vida

A mi tía, Martha Chávez Vilca, por haberme apoyado en todo momento, y sobre todo por su paciencia y amor incondicional

A mi madre y abuela, que me brindaron una excelente educación y sobre todo por ser un ejemplo de vida a seguir.

A mi padre, hermanos y tíos, que me brindaron su apoyo para llegar a mi primera meta profesional

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Marcelino Andía, por su apoyo y dedicación de tiempo para asesorarme en el desarrollo de esta investigación.

RECONOCIMIENTO

A la directora Gisela Acevedo Santiago, docentes y auxiliares de la I.E. Inicial Amílcar Silva Rabines, quienes permitieron que desarrolle este trabajo en su institución

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la relación entre los hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad en el presente año. Se obtuvo una muestra a 90 niños de ambos sexos. Se utilizaron dos fichas clínicas (previamente validadas); la primera para registrar la presencia de hábitos orales como respiración bucal, interposición lingual, interposición labial y onicofagia; y la segunda ficha para evaluar los planos terminales y la presencia de espacios primates. Los resultados demostraron que el hábito predominante es la onicofagia con 24,4%, seguido de la respiración bucal 12,2%, y la interposición lingual 6,7%; mientras que la interposición labial no se encontró en ninguno de los niños. Se encontró que el plano terminal más frecuente fue el plano terminal recto y en menor proporción se encontró el escalón distal. Y los espacios primates se encontraron en mayor porcentaje en el maxilar superior. Concluyendo que existe una relación entre la respiración bucal y la interposición lingual con el plano terminal con espacios primates. Por otro lado en la onicofagia no se encontró relación con el plano terminal con espacios primates. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los hábitos orales y plano terminal sin espacios primates.

Palabras clave: hábitos orales; plano terminal; espacios primates; dentición decidua.

SUMMARY

The objective of this research was to evaluate the relationship between oral habits and terminal planes with and without primate spaces in children from 3 years to 6 years of the Amílcar Silva Rabines Educational Institution. Casagrande - Ascope. La Libertad in the current year. A sample was obtained from 90 children of both sexes. Two clinical files (previously validated) were used; the first to record the presence of oral habits such as mouth breathing, lingual interposition, labial interposition and onychophagia; and the second sheet to evaluate the terminal plans and the presence of primate spaces. The results showed that the predominant habit is onychophagia with 24,4%, followed by mouth breathing 12,2%, and lingual interposition 6,7%; while labial interposition was not found in any of the children. It was found that the most frequent terminal plane was the straight plane and in a lower proportion the distal step was found. And the primate spaces were found in a higher percentage in the upper jaw. Concluding that there is a relationship between buccal respiration and lingual interposition with the terminal plane with primate spaces. On the other hand, in the onychophagia, no relation was found to the terminal plane with primate spaces. No statistically significant association was found between oral habits and terminal plan without primate spaces.

Key words: oral habits; terminal plan; primate spaces; deciduous dentition.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RECONOCIMIENTO

RESUMEN

SUMMARY

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

INTRODUCCIÓN 24

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 26

1.1. Descripción de la realidad problemática 26

1.2. Formulación del problema 29

1.2.1. Problema principal 29

1.2.2. Problemas derivados 29

1.3. Objetivos de la investigación 30

1.3.1. Objetivo general 30

1.3.2. Objetivos específicos 30

1.4. Justificación de la investigación 31

1.4.1. Importancia de la investigación 31

1.4.2. Viabilidad de la investigación 32

1.5. Limitaciones de la investigación 32

	Pág.
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	33
2.1. Antecedentes de la investigación	33
2.1.1. Antecedentes internacionales	33
2.1.2. Antecedentes nacionales	36
2.2. Bases teóricas	37
2.2.1. Oclusión	37
2.2.2. Oclusión normal	38
2.2.3. Oclusión decidua	38
2.2.3.1. Características normales de la dentición decidua	39
2.2.3.1.1. Forma de arco	39
2.2.3.1.2. Espacios primates	39
2.2.3.1.3. Relación molar	40
2.2.3.1.3.1. Plano terminal recto o nivelado	40
2.2.3.1.3.2. Plano terminal escalón mesial	41
2.2.3.1.3.3. Plano terminal escalón distal	41
2.2.3.1.4. Relación canina	41
2.2.3.1.5. Relación incisal	42
2.2.3.1.6. Presencia o no de diastemas	43
2.2.4. Hábitos orales	43
2.2.4.1. Hábitos orales de succión	44
2.2.4.2. Hábitos orales de interposición	46
2.2.4.3. Respiración bucal	47
2.2.4.4. Onicofagia	49
2.3. Definición de términos básicos	50

	Pág.
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada	52
3.1.1. Hipótesis principal	52
3.1.2. Hipótesis derivadas	52
3.2. Variables, dimensiones o indicadores y definición conceptual y operacional	53
3.2.1. Variables	53
3.2.2. Definición conceptual	53
3.1.3. Operacionalización de variables	54
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	55
4.1. Diseño metodológico	55
4.2. Diseño muestral, matriz de consistencia	55
4.2.1. Población de estudio	55
4.2.2. Muestra	55
4.2.2.1. Criterios de inclusión	55
4.2.2.2. Criterios de exclusión	56
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	56
4.4. Técnicas de procesamiento de la información	57
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	59
4.6. Aspectos éticos contemplados	59
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	61
5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc	61

	Pág.
5.2. Análisis interferencias, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras	76
5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	89
5.3.1. Primera hipótesis	89
5.3.2. Segunda hipótesis	94
5.3.3. Tercera hipótesis	98
5.3.4. Cuarta hipótesis	100
5.3.5. Quinta hipótesis	101
5.3.6. Sexta hipótesis	103
5.3.7. Séptima hipótesis	104
5.4. Discusión	111
CONCLUSIONES	119
RECOMENDACIONES	121
FUENTES DE INFORMACIÓN	122
Anexo 01: Carta de Presentación	131
Anexo 02: Constancia de Ejecución	132
Anexo 03: Consentimiento informado	133
Anexo 04: Instrumentos – Fichas clínicas	134
Anexo 05: Juicio de expertos	136
Anexo 06: Matriz de consistencia	141
Anexo 07: Fotografías	142

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1:	62
Distribución del sexo de los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N°2:	63
Distribución de la edad de los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N°3:	64
Distribución de respiradores bucales en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N°4:	65
Distribución del hábito de interposición lingual en niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N°5:	66
Distribución del hábito de interposición labial en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N°6:	67
Distribución del hábito de onicofagia en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	

	Pág.
Tabla N° 7:	68
Distribución de plano terminal en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 8:	69
Distribución del espacio primate en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 9:	71
Frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	
Tabla N° 10:	76
Frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género.	
Tabla N° 11:	81
Frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	
Tabla N° 12:	83
Frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	

	Pág.
Tabla N° 13:	85
Frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género.	
Tabla N° 14:	87
Frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género.	
Tabla N° 15:	90
Relación entre la respiración bucal y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 16:	91
Relación entre la interposición lingual y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 17:	92
Relación entre la interposición labial y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 18:	93
Relación entre la onicofagia y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	

	Pág.
Tabla N° 19:	94
Relación entre la respiración bucal y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 20:	95
Relación entre la interposición lingual y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 21:	96
Relación entre la interposición labial y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 22:	97
Relación entre la onicofagia y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 23:	98
Relación entre el plano terminal sin espacios primates y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	

	Pág.
Tabla N° 24:	100
Relación entre el plano terminal sin espacios primates y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 25:	102
Relación entre el plano terminal con espacios primates y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 26:	103
Relación entre el plano terminal sin espacios primates y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 27:	105
Relación entre el hábito oral de respiración bucal y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 28:	107
Relación entre el hábito oral de interposición lingual y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	

	Pág.
Tabla N° 29:	108
Relación entre el hábito oral de interposición labial y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Tabla N° 30:	109
Relación entre el hábito oral de onicofagia y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N°1:	62
Distribución de frecuencia del género de los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Gráfico N°2:	63
Distribución de frecuencia de la edad de los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Gráfico N°3:	64
Distribución de respiradores bucales en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Gráfico N°4:	65
Distribución del hábito de interposición lingual en niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Gráfico N°5:	66
Distribución del hábito de interposición labial en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	

	Pág.
Gráfico N° 6:	67
Distribución del hábito de onicofagia en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Gráfico N°7:	68
Distribución de plano terminal en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Gráfico N°8:	70
Distribución del espacio primate en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Gráfico N°9:	72
Frecuencia de la respiración bucal en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	
Gráfico N°10:	73
Frecuencia de la interposición lingual en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	
Gráfico N°11:	74
Frecuencia de la interposición labial en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	

	Pág.
Gráfico N°12:	75
Frecuencia de la onicofagia en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	
Gráfico N°13:	77
Frecuencia de la respiración bucal en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género	
Gráfico N°14:	78
Frecuencia de la interposición lingual en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género	
Gráfico N°15:	79
Frecuencia del hábito oral de interposición labial en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género	
Gráfico N°16:	80
Frecuencia de la onicofagia en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género	
Gráfico N°17:	82
Frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	

	Pág.
Gráfico N°18:	84
Frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad	
Gráfico N°19:	86
Frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género	
Gráfico N°20:	88
Frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género	

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

	Pág.
Fotografía N°1:	142
Vista del Centro Poblado de Roma donde se encuentra la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°2:	142
Vista frontal de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°3:	1 43
Vista del aula verde de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°4:	1 43
Vista del aula rosada de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°5:	144
Vista del aula celeste de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°6:	144
Vista del aula lila de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°7:	145
Vista del aula amarilla de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	

	Pág.
Fotografía N°8:	145
Listado de niños registrados en la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°9:	146
Niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°10	146
Niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	
Fotografía N°11:	147
Niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017	

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

En la actualidad, existe una gran variedad de estudios que dan a conocer la incidencia de maloclusiones en la población infantil y de los factores ambientales que la provocarían siendo principalmente los hábitos orales, pues estos afectan la dentición a muy temprana edad, lo cual nos hace pensar que hay falta de programas educativos que informen sobre estos temas para prevenir, interrumpir o interceptar de manera precoz mediante la modificación de estos hábitos.

Por ello, para poder cuidar la salud bucal del niño, el profesional debe estar capacitado para poder identificar los factores de riesgo o diagnosticar de manera temprana las alteraciones patológicas de los dientes deciduos y establecer medidas preventivas oportunas; para lo cual es importante conocer el desarrollo normal y las características de la dentición decidua, como: la forma del arco dental, no hay curva de Spee, la curva de Wilson es casi plana, tienen escasa intercuspidadación, leve sobremordida horizontal, sobremordida vertical, relación canina clase I y un pequeño apiñamiento, pueden presentar espacios interdientales generalizados frecuentemente en la zona incisiva o bien aparecer en ciertas zonas específicas, llamados espacios primates. Otra característica de esta dentición es que el primer molar establece la llave de la oclusión permanente, ya que los segundos molares infantiles deben relacionarse mediante un plano terminal recto.

Por eso es importante, determinar si existe relación entre los hábitos orales y los planos terminales con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad, ya que al alterarse la oclusión en esta dentición, pueden afectar la dentición permanente, siendo este el objetivo principal de trabajo de investigación teniendo como muestra niños en edad preescolar.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Las alteraciones de la oclusión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, luego de la caries dental y la enfermedad periodontal. En Latinoamérica, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existen altos niveles de incidencia y prevalencia de alteraciones oclusales que superan el 80% de la población, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas dentales.¹

En la consulta diaria odontológica, el profesional de la salud oral, se encuentra frente a una serie de trastornos cuyo diagnóstico muchas veces escapa en la revisión clínica de la mayoría de los profesionales², algunas de ellas serían la detección de hábitos orales y el examen clínico completo de las características normales de la dentición primaria como son: espaciamiento anterior, espacios primates, sobremordida y resalte, relación molar, relación canina, inclinación de los dientes anteriores y forma de arco.³

Además se debe tener en cuenta que una de las principales enfermedades orales, poco estudiadas y con alta frecuencia son las maloclusiones durante la infancia⁴, esto indica la necesidad del odontólogo de ser capaz de detectar: 1) Signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, para ello podría observar las relaciones del plano terminal o pós-lacteal que puede establecer un pronóstico relevante fiable respecto a la evolución de la dentición temporal a la permanente y la presencia de espacios primates; 2) La presencia de hábitos orales ; ya que

mientras más temprano sean diagnosticadas y tratadas , menor será el daño que provoquen ⁵. Se sabe además que los hábitos orales pueden ocasionar un desequilibrio en el sistema estomatognático, ya que estos patrones se aprenden, al tratarse de prácticas o costumbres adquiridas por la repetición de un mismo acto, en un principio consciente y luego inconsciente por la habituación, como son: respiración nasal, masticación, fonación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales; aunque existen también algunos no fisiológicos, como la succión(digital), el uso del chupete, la respiración bucal, la interposición lingual y labial, la onicofagia, la queilofagia y otros.⁴

El daño que causa un hábito oral es imperceptible al inicio; evidenciándose tiempo más tarde con desvíos de forma y función.⁴

La importancia de la detección de estos hábitos orales para la odontología radica en que todos son nocivos y se consideran como obstáculos o interferencias en el desarrollo ya que modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función del complejo maxilofacial que está compuesto de tres sistemas: el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada ⁶, en caso que los hábitos orales no sean corregidos las consecuencias se minimizaran realizando un trabajo en conjunto donde deben estar incluidos profesionales como odontólogos, pediatras, otorrinolaringólogos, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeras, profesores y los padres de familia. Además, es importante la participación constante del niño, ya que mientras más pronto se pueda eliminar el hábito, los efectos que podrá

causar en la dentición serán menores. Esta etapa es vital e importante realizar un trabajo con los odontólogos especializados en niños, ya que ellos realizan un seguimiento y control niños desde su nacimiento, para que puedan detectar estos hábitos en su fase inicial, también es importante explicar y educar a los padres de familia de los niños sobre la importancia del diagnóstico de los hábitos para eliminarlos a tiempo. ⁴

El presente trabajo se centra en el estado actual de la dentición temporal y sus relaciones oclusales con el fin de detectar e interceptar tempranamente algún tipo de hábito oral que pueda conllevar al desarrollo de maloclusiones dentales³; con esta investigación se pretende conocer la asociación de hábitos orales, planos terminales y la presencia de espacios primates en la población infantil. ⁷

Se tienen pocas referencias de estudios realizados en la dentición temporal, por ello no existen antecedentes claros en nuestro medio que especifiquen la relación de los hábitos orales con el plano terminal con y sin espacios primates en infantes ⁵. Por lo cual la misión que tenemos los profesionales de la salud, como odontólogos generales es valorar a los pacientes identificando dichos hábitos de manera precoz y así evitar en lo posible el desarrollo de alteraciones orales.⁶

Es por esta problemática que presenta la población a estudiar, que se plantea la necesidad de desarrollar esta investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

- ¿Cuál será relación entre hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017?

1.2.2. Problemas derivados

- ¿Cuál será la frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad?
- ¿Cuál será la frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género?
- ¿Cuál será la frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad?
- ¿Cuál será la frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad?
- ¿Cuál será la frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género?

- ¿Cuál será la frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género?
- ¿Cuál será la relación entre cada uno de los hábitos orales encontrados y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Evaluar la relación entre los hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad.
- Determinar la frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género.
- Determinar la frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad.

- Determinar la frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad.
- Determinar la frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género.
- Determinar la frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género.
- Determinar la relación entre cada uno de los hábitos orales encontrados y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

Es de vital importancia identificar de manera oportuna los hábitos orales no fisiológicos en la población infantil, con la finalidad de prevenir o intervenir a tiempo alguna alteración de la oclusión futura que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo de la dentición temporaria a permanente. El odontólogo general debe supervisar el desarrollo armónico de los maxilares, que sucede mientras el paciente mantenga hábitos bucales considerados fisiológicos, como lo son la respiración nasal, succión en el amamantamiento, masticación, deglución de alimentos y saliva.

Esta investigación podrá motivar a la Universidad Alas Peruanas para que realice actividades donde se brinden charlas informativas acerca de la salud oral a los padres de niños de diferentes instituciones a fin de prevenir problemas futuros.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

La investigación se llevó a cabo en los niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad, para ello se obtuvo el permiso respectivo de la directora del plantel y luego el de los padres de familia con el consentimiento informado. Se obtuvo una excelente colaboración por parte de los niños, profesoras y auxiliares.

Por todo lo expuesto este estudio se consideró viable ya que se cuenta con los recursos necesarios para su desarrollo y aportó de manera preventiva en la instauración de alteraciones orales a través de la detección de hábitos orales.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones que se encontraron al realizar el proyecto de investigación fueron:

- Debido a la huelga de docentes se tuvo que posponer la fecha de inicio de la ejecución.
- La revisión clínica de los niños tuvo que ser realizada en su horario de entrada de 8:30am a 9:30am y en diferentes días de la semana, pues se encontraban recuperando clases.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Carrillo A, Catari P. (2013), realizaron un estudio epidemiológico, descriptivo, no experimental y transversal; buscó describir los hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños de dentición mixta que asisten a la consulta de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo. Tuvo una población de 190 historias clínicas; siendo 29 el número de pacientes sanos y 81 los pacientes con maloclusión. Encontraron que el hábito bucal de mayor frecuencia fue la onicofagia con un valor de 40 pacientes, con respecto a las maloclusiones se observó mayor frecuencia el apiñamiento dentario, seguido de clase II subdivisión 2, y mordida abierta, por último, los pacientes que presentaron las ambas variables de hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión fue de 51. Encontraron evidencia significativa con respecto a la influencia de los hábitos bucales no fisiológicos sobre la maloclusión.^{2vz}

León J. (2014), efectuó este trabajo epidemiológico, analítico de casos y controles en niños de 3 a 5 años de la Clínica Estomatológica Docente de Cuba, para determinar la presencia de los hábitos bucales deformantes y su influencia sobre el plano poslácteo. La población fue de 305 niños y concluyeron que cerca de la cuarta parte de los niños estudiados eran portadores de hábitos bucales deformantes, la mayor frecuencia se observó a los 4 años de edad y la succión digital fue la más frecuente. El sexo no mostró asociación estadística. Estos hábitos se asociaron con significación estadística a las alteraciones oclusales y del plano poslácteo.⁵

Salamanca R. (2015), llevó a cabo una investigación que tuvo como objetivo evaluar la relación entre las alteraciones en la oclusión en dentición primaria con algunos hábitos parafuncionales en un grupo de preescolares entre 3 a 5 años de edad de ambos sexos. El universo de estudio estuvo conformado por 309 preescolares. La encuesta se realizó en dos momentos: la aplicación del cuestionario dirigido a los padres de familia y la valoración clínica bucal de los preescolares. Obtuvieron que el 22,9% de los niños presentó alguna alteración en la oclusión, siendo más frecuente la mordida abierta; asimismo el 42,4% presentó por lo menos algún hábito bucal, y la onicofagia fue la más frecuente con 21,0%, seguido de la succión digital con 9,1% y el bruxismo con 9,1%. Concluyeron que la distribución por edad y sexo no resultó ser relevantes. La onicofagia y la succión digital fueron los únicos hábitos parafuncionales que estuvieron relacionados con las alteraciones en la oclusión.⁸

Estrada Y, Estrada Y, Cubero R, López D. (2015), esta investigación de tipo descriptivo y observacional, se realizó para determinar los factores de riesgo preestablecidos en niños de 5 años con dentición temporal. La muestra fue de 52 niños (21 varones y 31 mujeres). Y encontraron que el 86,6% de los niños examinados presentaban plano terminal recto, seguido del escalón mesial con 9,6% y por último el escalón distal con 3,8%; también incluyeron en su estudio la presencia de espacios de crecimiento y primates, donde concluyeron que estaban ausentes en la mitad de la muestra examinada y el sexo femenino fue el que predominó. El 78,8% de los niños examinados practican hábitos deformantes.⁹

Mendoza L, Meléndez A, Ortiz R, Fernández A. (2015), en este estudio transversal buscaron determinar la prevalencia de maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población infantil de 2 a 15 años, en la Clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM a 147 niños. Y encontraron que la frecuencia de los hábitos orales fue del 96,6% en la edad de 4 y de 6 a 11 años, indistintamente con el género. El hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66,2%; y por último, respiración bucal: 31,8%. En cuanto a las maloclusiones: mordida abierta: 35,1%. Encontraron asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta ($p < 0.000$).¹⁰

Arcadi K. (2016), ejecutó un estudio de casos y controles buscó determinar la prevalencia de hábitos orales y su asociación con anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años en la comuna de Dalcahue, Chiloé. Se seleccionó una muestra de tipo probabilística estratificada. Se obtuvieron los siguientes datos: la prevalencia general de malos hábitos orales fue del 78,3%, el de mayor frecuencia fue la respiración bucal (48,3%), seguido de onicofagia (36%), interposición labial (30,3%), succión digital y succión de mamadera (24,7% cada una), interposición otro objeto (5,6%) y succión de chupete (3,3%). En cuanto a la asociación de malos hábitos orales y anomalías dentomaxilares, no observaron valores estadísticamente significativos.¹¹

Villena J. (2016), el siguiente trabajo de investigación es de tipo epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal; tuvo como objetivo realizar un estudio de la frecuencia de hábitos bucales nocivos en 129 niños de 5 a 8 años de la escuela “Ángel Chiriboga” – Ecuador. Encontrando que el 70% de la población

presenta por lo menos un hábito oral nocivo, siendo la succión no nutritiva la más frecuente, en un 32,2% de la población; la onicofagia se presentó en un 26,4% y la deglución atípica en el 11,9%. De los niños que presentaron hábitos orales nocivos el 53,5% presentó mordida abierta y el 44,2% desgaste incisal. Los niños con hábitos bucales nocivos representaron el 82% de su total, mientras que en las niñas es el 64%.¹²

2.1.2. Antecedentes nacionales

Cuya R, Paredes S. (2014), el presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre el tipo de plano terminal y el género en niños de 3 a 6 años de edad en el Centro de Salud Masusa; la muestra fue de 357 niños y el instrumento fue la ficha de recolección de datos del plano terminal. Los hallazgos más importantes fueron que el sexo más prevalente fue el femenino, el plano terminal recto predominó y le seguía el escalón distal. No encontraron relación entre el plano terminal derecho e izquierdo con el género. ³

Pascual A, López E. (2015), realizaron esta investigación de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo. La muestra estuvo formada por 40 niños escogidos por muestreo no probabilístico. El objetivo fue establecer la correlación del tipo de arcada y plano terminal molar de la dentición temporal con las clases de maloclusión de Angle en niños de 5 años de edad que acuden al Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" de Cerro de Pasco. Y se encontró que el tipo de plano terminal molar recto y el tipo de arcada abierta de la dentición temporal se relaciona con mayor frecuencia con la normoclusión y la Clase I de maloclusión. Mientras que el tipo de plano terminal molar escalón mesial y el tipo

de arcada cerrada de la dentición temporal se relaciona con la Clase III de maloclusión.¹³

Espinoza I, Casas L, Campos K. (2016), efectuaron un estudio descriptivo y transversal tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en una Clínica Docente, utilizando una muestra de 1006 historias clínicas de niños entre las edades de 6 a 12 años. Concluyó que no hay asociación entre el hábito de succión digital, respiración bucal, deglución atípica con la edad y género. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las alteraciones dentoalveolares con la edad y género. ¹⁴

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Oclusión

Se define por oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto. Angle definió oclusión normal como las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto.⁷

Para diferenciar entre oclusión y maloclusión se realiza un análisis de las relaciones oclusales en una posición mandibular que se le llama: oclusión en relación céntrica condílea; se establece analizando el contacto de ambas arcadas cuando la mandíbula está en posición terminal, donde los cóndilos están en posición no forzada más posterior, superior y media dentro de las fosas glenoideas.⁷

2.2.2. Oclusión normal

Oclusión es la relación de ambas arcadas dentarias, es decir de la superior con la inferior. Cualquier alteración en esta arcada, es decir en la disposición de los dientes en su propia arcada, así como cualquier desviación, recibe el nombre de maloclusión.¹⁵

Por supuesto, la oclusión ideal se observa raramente en los seres humanos y tal vez sea mejor denominar a ésta “ideal imaginario”. Desafortunadamente, no hay una delimitación clara entre maloclusión y oclusión normal, los varios grados entre una y otra están dispuestos en forma continua y no discreta como entidades separadas.¹⁶

En lo referente al plano oclusal, en la dentición decidua este se presenta horizontal, es decir sin curva. Los ejes axiales de las piezas temporales proyectan en este plano en ángulos relativamente rectos, sobre todo en el sector de los molares.¹⁶

2.2.3. Oclusión decidua

La oclusión decidua tiene como función principal el de preparar al sistema estomatognático para las exigencias funcionales durante la dentición mixta y permanente, se establece a los 3 años de edad con 20 dientes temporales en oclusión, durante el primer año de vida se establece un tope anterior para la función mandibular con la erupción de los incisivos, en el segundo año los maxilares continúan creciendo tridimensionalmente estableciéndose por primera vez, con la erupción de los cuatro primeros molares, una oclusión de cúspides con fosas, y en el tercer año ya se establece las relaciones oclusales en la dentición decidua.¹⁷

2.2.3.1. Características normales de la dentición decidua

Una vez que ha hecho erupción toda la dentición decidua, los arcos terminan por lo general bien alineados, de forma regular y, en general, con menos alteraciones que las observadas en la fórmula permanente.^{16, 17, 18, 19}

Las características normales de la dentición decidua son:

- Forma de arco (aproximadamente semicircular)
- Presencia de espacios primates
- Relación Molar (Plano terminal recto)
- Relación canina clase I
- Relación incisal (los incisivos forman entre si un ángulo de 180°)
- Presencia o no de diastemas (tipo I o tipo II)
- No existe curva de Spee
- No existe curva de Wilson

2.2.3.1.1. Forma de arco

Ovoide: redondeado, este tipo de arco es el más prevalente¹⁸

Cuadrangular: ancho en forma de U¹⁸

Triangular: Largo y angosto en forma de V¹⁸

2.2.3.1.2. Espacios primates

Los sitios más comunes de espaciamiento en la dentición primaria se encuentran en las regiones caninas, la distribución más común de los espacios interdientales se encuentra entre el incisivo lateral deciduo y el canino deciduo del maxilar superior, como también entre el canino deciduo y la primera molar decidua en el maxilar inferior¹⁸, ambos espacios deberán medir más de 0.5 mm para considerarlos presentes.²¹ A estos espacios los llamaron “espacios primate”

porque se presentaban en la dentición decidua y permanente de primates como proyección de los caninos.¹⁸

Otros autores consideran un espacio primate, a aquel espacio que es atravesado como mínimo por un alambre de ligadura de 0.25 mm sin dificultad en la misma región.¹⁹

2.2.3.1.3. Relación molar

La oclusión de los segundos molares temporales se define por la relación de las caras distales que, en la mayoría de casos, están en el mismo plano vertical. Hay gran variación interindividual en la oclusión de molares temporales.¹⁸

Existen también 2 tipos principales de terminaciones distales en la oclusión de los arcos. Muy frecuentemente hay un plano terminal recto tangente a la cara distal de los segundos molares tanto superior como inferior y aproximadamente un sexto de los niños presentan arcos terminando en escalón mesial. En muy pocos casos puede haber terminación en escalón distal.¹⁸

Baume comprobó la existencia de los tres tipos de ajuste molar normal: plano terminal recto, escalón mesial y escalón distal.²⁰

2.2.3.1.3.1. Plano terminal recto o nivelado

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal de la segunda molar decidua inferior², lo que permite que estén ubicados aproximadamente sobre un mismo plano. La cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario ocluye en la cúspide mesiovestibular del segundo molar inferior primario, haciendo que las caras distales de ambos molares formen una línea recta. Después cuando se produce la exfoliación de los segundos molares primarios, los primeros molares

permanentes inferiores se desplazan hacia mesial; esto ha sido descrito por Moyers, como “desplazamiento mesial tardío”, hacia una Clase I de Angle o normoclusión, por lo tanto, un porcentaje del 85% se irá a una Clase I y un 15% se irá a una relación Clase II de Angle.²¹

2.2.3.1.3.2. Plano terminal escalón mesial

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.²

La relación de los primeros molares permanentes puede irse hacia una relación oclusal de Clase I, en un 80%. Y un porcentaje del 20% se irá hacia una relación de Clase III de Angle, sobre todo en aquellos casos en los cuales existe información genética de prognatismo.²¹

2.2.3.1.3.3. Plano terminal escalón distal

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior. La relación de escalón distal puede corregirse y pasar a una relación de clase I o puede permanecer como relación de clase II debido a que el crecimiento mandibular no es suficiente.²

2.2.3.1.4. Relación canina

En la fórmula temporal el canino inferior ocluye por delante del superior, de tal manera que la vertiente distal de la cúspide se relaciona con la mesial del oponente. Esta disposición corresponde a los detalles anatómicos de la longitud de estas vertientes. El valor funcional que tiene esta relación denominada “signo canino normal” es otorgar estabilidad a la región, ya que los caninos mandibulares proveen un contacto que controla la distancia intercanina maxilar,

durante el crítico periodo de recambio de incisivos. Se clasifica la relación canina según la posición de la cúspide del canino deciduo superior con respecto al canino inferior y el primer molar deciduo: ¹⁷

Clase I: La cúspide del superior coincide en el plano vertical con la superficie distal del canino inferior.

Clase II: La cúspide superior está anterior a la cara distal del canino inferior.

Clase III: La cúspide superior está posterior a la cara distal del canino inferior.

2.2.3.1.5. Relación incisal

Los incisivos están más verticalizados en su implantación sobre la base maxilar y el ángulo interincisivo (formado por la intersección de los ejes mayores dentarios) está más abierto que en la dentición permanente. La sobremordida vertical está aumentada con el borde incisal inferior en contacto con el cíngulo de los dientes superiores en el momento de cierre oclusal. Hay diastemas interdentes fisiológicos entre los incisivos en más o menos cuantía dependiendo del individuo.¹⁸

Overjet: Es la relación horizontal o la distancia entre incisivo central maxilar más saliente y el incisivo central mandibular opuesto. Esta relación se expresa en milímetros, los valores normales en dentición decidua varían entre 0 y 4mm. Diversos estudios reportaron el overjet dentro de este rango.¹⁸

Overbite: Es la magnitud de la superposición vertical entre los incisivos centrales maxilares y mandibulares. Dicha relación se puede describir en milímetros o como porcentaje de superposición de los incisivos centrales superiores sobre las coronas de los incisivos inferiores. El OB en dientes deciduos varía entre 10 y 40%.¹⁸

2.2.3.1.6. Presencia o no de diastemas

Se describió por primera vez el espaciamiento de dientes deciduos anteriores entre la edad de 4 - 6 años y se sugirió que la finalidad de ese espaciamiento era propiciar una compensación para el diámetro mesiodistal de los dientes permanentes.¹⁸

Baume basado en la presencia o ausencia de dichos espacios clasificó los arcos dentarios deciduos en: ¹⁷

- Tipo I, con espacios interdientales en la región anterior o arco abierto.
- Tipo II, sin presencia de espacios en la región anterior o arco cerrado.

La presencia de los espacios interproximales sigue un patrón inherente y no son el resultado de una adaptación funcional, por lo tanto después de completarse la erupción de los dientes deciduos no existe incremento en el espacio interdental en aquellos arcos con dientes separados y no se desarrolla espaciamiento en los arcos donde no se presentaron dichos espacios.¹⁸

Los espacios fisiológicos que existen en la dentición primaria son factores importantes para permitir que los incisivos permanentes relativamente grandes se acomoden en el arco; su falta implica la existencia de dientes grandes o de arcos chicos y es un signo muy sugestivo de apiñamiento de la dentición permanente.¹⁸

2.2.4. Hábitos orales

Los hábitos orales son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida y se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión. De esta forma, cuando la actividad excede la tolerancia fisiológica individual, se

presenta una alteración y puede ocurrir un daño a nivel dental, muscular o articular.²²

Para realizar un diagnóstico adecuado es necesario un buen examen clínico, el cual debe incluir la evaluación de la función y de la morfología de la lengua, los labios y la musculatura orofacial. También se deben analizar los dientes individualmente y el tipo de oclusión.²²

Clasificación

Los hábitos en general se dividirán en 4 grupos:¹¹

1. Succión:
 - a. Digital
 - b. Chupete
 - c. Mamadera
2. Interposición
 - a. Lingual
 - b. Labial
 - c. Objetos
3. Respiración bucal
4. Onicofagia

2.2.4.1. Hábitos orales de succión

La succión es un reflejo que ocurre en la etapa de desarrollo oral y desaparece durante el crecimiento normal entre 1 a 3 años y medio donde será reemplazada por la masticación por la presencia de los dientes en la boca.¹²

a. Digital

Este hábito está ligado a la sensación placentera que experimenta el niño con la succión. Casi todos los niños realizan algún tipo de succión no nutritiva: chuparse el pulgar, otro dedo o algún objeto de forma parecida. Incluso se ha podido observar que algunos fetos se chupan el pulgar intraútero, y la gran mayoría de los lactantes lo hace desde el nacimiento y hasta los 2 años de vida o más. Los recién nacidos tienen más sensibilidad táctil en la boca que en los dedos, por lo que llevan objetos a labios y lenguas para ser identificados.

El tipo de maloclusión que puede desarrollarse depende de múltiples variables como la posición del dedo, la intensidad, frecuencia y duración de la succión, la morfología esquelética facial, el número de dedos succionados, etc.¹¹

b. Chupete

La palabra chupete, significa pacificador y se refiere a un objeto que tranquiliza y calma. Ese es justamente el objetivo del chupete y con ese propósito la mayoría de los padres empieza a introducir el chupete en la vida cotidiana de los bebés.² Cuando existe persistencia del uso del chupete más allá de los 2 años, éste provocará de manera constante mordida abierta anterior y colapso maxilar. El movimiento vestibulo lingual de los incisivos también se puede presentar, pero no tan pronunciado como en la succión digital. Su auto corrección es muy frecuente al eliminar el mal hábito a corta edad.²

c. Mamadera

Durante la succión de mamadera, la boca es sostenida más abierta y el músculo buccinador debe trabajar más. La acción de bombeo de la lengua, así como la elevación y descenso de la mandíbula es reducida, por lo que el mamar se

transforma en chupar, y no se realiza trabajo ni ejercicio con el maxilar inferior. Por esto, si su uso se prolonga más allá de los 2 años de vida puede provocar mordida abierta anterior, mordida cruzada, distoclusiones y/o un aumento en el resalte.¹¹

2.2.4.2. Hábitos orales de interposición

a. Interposición lingual, deglución atípica, empuje lingual, deglución inmadura o deglución desviada.

Es la interposición de la lengua en el sector anterior o posterior en reposo o función (deglución y fonarticulación). Se considera normal hasta la aparición de los dientes temporales en que la lengua se coloca en el paladar con la punta apoyada por detrás de los incisivos superiores (deglución adulta). Si esto no ocurre se mantiene la deglución infantil, la cual provoca mordida abierta de forma difusa o rectangular. La fuerza continua y leve causada por una posición anterior de la lengua es causante de mordida abierta, no así la fuerza abrupta e intermitente de la deglución infantil como único factor etiológico.¹¹

Características clínicas o efectos de la deglución atípica sobre las estructuras dentolabiales: ¹²

- ✓ Mordida abierta- anterior y posterior (empuje lateral de lengua).
- ✓ Proclinación de los dientes anterosuperiores.
- ✓ Protrusión de los segmentos anteriores de ambos arcos con espacios entre los incisivos y caninos.
- ✓ Arco maxilar estrecho y constreñido- mordida cruzada posterior.
- ✓ Morfología facial larga.
- ✓ Mayor overjet.

✓ Mayor respiración bucal.

✓ Dificultad de cierre labial

Para diagnosticar la deglución atípica se deben abrir los labios mientras el paciente deglute para visualizar los movimientos de la lengua entre los dientes.¹²

b. Interposición labial y de objetos

Los labios normalmente contactan entre sí sin esfuerzo. Cuando el labio inferior se interpone entre los dientes provoca una fuerza que lleva a los dientes superiores hacia adelante y a los inferiores hacia adentro. El labio inferior se presenta con una irritación, enrojecimiento y resequedad. En el caso de la interposición de objetos dependerá de su tamaño el tipo de mordida abierta que se producirá, ya sea en el sector anterior o posterior.¹¹

Características de la succión labial: ¹²

- Protrusión de incisivos superiores.
- Lingualización de incisivos inferiores
- Grietas en el bermellón
- Borde bermejo hipertrófico y redundante durante el reposo.
- Enrojecimiento debajo del borde bermejo.
- Labio superior flácido.
- Surco mentolabial acentuado.

2.2.4.3. Respiración bucal

En el proceso respiratorio normal el aire atraviesa las estructuras respiratorias a través nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios principales y los bronquiolos terminales, estas estructuras son las encargadas de llevar el aire que se introduce en el sistema hasta la zona respiratoria propiamente dicha, ubicada en

los pulmones donde se lleva a cabo el intercambio de gases y la consecuente entrada del oxígeno al torrente circulatorio.¹¹

La respiración bucal se da por la inhabilidad de respirar por los pasajes nasales, siendo factor etiológico de maloclusiones dentales; el aire que entra por la boca puede generar múltiples cambios en el crecimiento y desarrollo craneofacial.¹¹

Cuando el niño respira por la boca adopta nuevas posturas para compensar y hacer posibles la inspiración por vía oral. Por lo tanto desarrollan cambios esqueléticos y miofuncionales importantes durante el crecimiento facial.²¹

Durante los primeros años de vida la cara está subdesarrollada comparada con el cráneo y en este período la respiración oral puede comprometer el crecimiento craneofacial conduciendo a alteraciones extremadamente importantes en los niños.²³

Estos cambios cefalométricos pueden ser hipoplasia maxilar y mandibular, con rotación de la mandíbula hacia abajo. Y los cambios orales miofuncionales más frecuentes pueden ser incompetencia labial; posición de lengua baja; hipotonía de la musculatura labial, lingual y elevadores de la mandíbula; e interposición lingual entre las arcadas dentarias.²³

Por lo tanto estarán comprometidas las funciones deglutorias y fonatorias.²³

Clasificación de la respiración bucal: ¹²

- **Obstrucciona.-** Niños con una resistencia incrementada o una obstrucción completa al flujo normal del aire a través de los conductos nasales. Visto en los individuos ectomorfos con conductos nasofaríngeos y caras estrechas largas.

- **Habitual.-** Niño que respira por la boca continuamente por la fuerza del hábito, aunque se ha quitado la obstrucción.
- **Anatómica.-** El labio superior corto no permite el cierre sin demasiado esfuerzo, puede presentarse una obstrucción total donde los conductos nasales están completamente bloqueados, o una obstrucción parcial.

Características clínicas:

- **En la nariz y estructuras asociadas:** Pequeña y afilada inflamación local con malestar y dolor, el moco se detiene gradualmente; ojeras profundas.¹²
- **En la cara:** Presenta labios flojos y abiertos, es decir no hay un cierre labial adecuado, labio superior corto, proclinación y espaciamiento de incisivos superiores, labio inferior pesado y evertido, la lengua es hipotónica, voluminosa y está suspendida entre el arco superior e inferior, resultando en la constricción del segmento bucal (arco en forma de V).¹²
- **Efectos sobre la oclusión dentaria:** Proclinación de los anteriores, relación distal de la mandíbula respecto al maxilar, mordidas abiertas, mordida cruzada posterior, anteroinferiores alargados y tocan los tejidos palatinos, paladar ojival, aumento del overjet, aumento del overbite.¹²
- **Efectos sobre tejidos gingivales:** Sequedad y humedecimiento constante de la encía por causa de la irritación, la saliva sobre la encía tiende a acumular residuos y así aumentando la población bacteriana, halitosis, la mayoría de pacientes presentan un cuadro de gingivitis hipertrófica.¹²

2.2.4.4. Onicofagia

La onicofagia, del griego onyx- uña y phagein -comer, se define como una costumbre de «comerse o roerse» las uñas con los dientes, que puede provocar

heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones.

²⁴ Los pacientes que padecen de este mal hábito corresponden tanto a niños como adultos jóvenes, aunque se ha demostrado que es más prevalente en niñas.²⁵

Consecuencias: ²⁵

En los dientes: pueden presentar desgaste y cambios en su posición

En las uñas: el continuo mordisqueo crea microtraumas y heridas alrededor de la uña, que hacen que el dedo se inflame y duela y que no crezca la uña.

En articulación temporomandibular: disfunciones y trastornos.

2.3. Definición de términos básicos

Dentición decidua: Es la primera dentición del ser humano, consta de 20 dientes que inician su erupción aproximadamente a los 6 meses de edad con los incisivos centrales inferiores y termina aproximadamente entre los 2.5 y los 3 años de edad con la erupción de los segundos molares superiores.²⁶

Oclusión: Se refiere a la manera en que los dientes maxilares y mandibulares hacen contacto durante la masticación, deglución, presión con fuerza o hábitos de trituración conocidos como movimientos funcionales y parafuncionales de la mandíbula.²⁷

Overjet: Medida desde el borde incisal de los centrales superiores al borde incisal de los centrales inferiores.²⁷

Overbite: Cuando las superficies incisales de los incisivos inferiores hagan contacto con las superficies palatinas de los centrales superiores temporales, estando en oclusión céntrica.²⁷

Plano terminal: Es la relación molar ideal en la dentición primaria cuando se encuentra en oclusión céntrica.²⁸

Espacios primates: Es el espacio entre el canino primario y el primer molar primario en el maxilar inferior, que se presenta normalmente en la dentición anterior de niños.²⁸

Hábitos: Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular y automáticamente. Los hábitos pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican como fisiológicos, tales como la respiración nasal, habla, masticación y deglución, o bien, parafuncionales, tales como la succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo.⁵

Deglución: La deglución es una secuencia refleja de contracciones musculares ordenadas, que lleva el bolo alimenticio o los líquidos de la cavidad bucal hasta el estómago.²⁹

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada

3.1.1. Hipótesis principal

Existe relación entre hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

3.1.2. Hipótesis derivadas

H₁: Si existe relación entre hábitos orales y edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₂: Si existe relación entre hábitos orales y género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₃: Si existe relación entre plano terminal con espacios primates y edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₄: Si existe relación entre plano terminal sin espacios primates y edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₅: Si existe relación entre del plano terminal con espacios primates y género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₆: Si existe relación entre plano terminal sin espacios primates y género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

H₇: Si existe relación entre cada uno de los hábitos orales encontrados y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

3.2. Variables, dimensiones o indicadores y definición conceptual y operacional

3.2.1. Variables

Variables de estudio

- Plano terminal con y sin espacios primates
- Hábitos orales

Variables de control

- Edad
- Género

3.2.2 Definición conceptual

Hábitos orales: Los hábitos orales son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida y se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión.²²

Plano terminal: Es la relación molar ideal en la dentición primaria cuando se encuentra en oclusión céntrica.²⁸

Espacios primates: Es el espacio entre el canino primario y el primer molar primario en el maxilar inferior, que se presenta normalmente en la dentición anterior de niños.²⁹

Edad: Edad determinada por el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.³⁰

Género: Condición orgánica de nacimiento, masculina o femenina del sujeto, con características fenotípicas propias en cada uno de los casos.³⁰

3.1.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Plano terminal		Cualitativa Categoría Variable de estudio	Ficha clínica para plano terminal y espacios primates	Nominal	P.T. Escalón distal P.T. Escalón mesial P.T. Recto
Hábitos orales	Respiración bucal	Cualitativa Categoría Variable de estudio	Ficha clínica para hábitos orales	Nominal	Si No
	Interposición lingual		Ficha clínica para hábitos orales		Si No
	Interposición labial		Ficha clínica para hábitos orales		Si No
	Onicofagia		Ficha clínica para hábitos orales		Si No
Espacios primates		Cualitativa Categoría	Ficha clínica para plano terminal y espacios primates		Si No
Género		Cualitativa Categoría Variable de control	Registro de DNI	Nominal	Femenino Masculino
Edad		Cuantitativa Numérica Variable de control	Registro en DNI	Intervalo	3 años 4 años 5 años 6 años

Fuente: Propia del investigador

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

El presente trabajo de acuerdo al problema y objetivos trazados reúne las condiciones metodológicas de una investigación de tipo no experimental, según Hernandez Sampieri, ya que no se manipula ninguna de las variables.³¹

- Según la intervención del investigador: Observacional.
- Según la época de obtención de datos: Prospectivo.
- Según la evaluación del fenómeno de estudio: Transversal. Se recogerá información actual, en un determinado tiempo. Además se determinara la relación entre variables.
- Según la comparación de poblaciones: Descriptivo.

4.2. Diseño muestral, matriz de consistencia

4.2.1. Población de estudio

La población fue de 115 niños de 3 a 6 años que estuvieron matriculados en la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad en el año 2017.

4.2.2. Muestra

Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando como muestra a 90 niños, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión planteados.

4.2.2.1. Criterios de inclusión

- Niños de 3 a 6 años legalmente matriculados en la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.
- Niños cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.

- Niños que presenten dentición decidua.
- Niños colaboradores.
- Niños que no estén en tratamiento de ortodoncia interceptiva.

4.2.2.2. Criterios de exclusión

- Niños que no sean alumnos regulares de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.
- Niños cuya edad sea inferior o superior a la indicada en los criterios de inclusión.
- Niños que no presenten la autorización de su tutor legal.
- Niños que posean dentición permanente completa.
- Niños que no estén presentes al momento del examen.
- Niños que no cooperen al momento del examen.

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

4.3.1. Técnica

Para este proyecto de tesis la técnica utilizada fue la observación a través del examen clínico a los niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

4.3.2. Instrumento

Se utilizaron dos fichas clínicas; la primera para detectar la presencia de hábitos orales: respiración bucal, interposición labial, interposición lingual y onicofagia; y la segunda para evaluar el tipo de plano terminal y la presencia o no de espacios primates en los niños de 3 a 6 años. (Ver anexo 04)

Estas fichas fueron previamente sometidas a juicio de expertos teniendo una aprobación de 95% por cinco jueces, lo cual indica una validez aceptable. (Ver anexos 05)

4.4. Técnicas de procesamiento de la información

Previo a la ejecución se realizó un juicio de expertos a las fichas clínicas para determinar la presencia de hábitos orales y para evaluar plano terminal con y sin espacios primates, por 5 docentes de la Universidad Alas Peruanas designados por el asesor.

Para empezar la ejecución del presente trabajo de investigación se visitó la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad, con la finalidad de llevar una carta de presentación que fue proporcionada por la universidad para la autoridad competente del plantel, solicitando el permiso para realizar un examen clínico a los niños de 3 a 6 años que estén matriculados en el presente año y exponer también el propósito, el procedimiento, los riesgos y beneficios que podrán obtener de este, como la prevención de la instauración de los hábitos orales. (Ver anexo N⁰01)

Una vez obtenido el permiso se procedió a solicitar la relación de los alumnos matriculados en el presente año. La institución está conformada 5 aulas las cuales son el aula verde y la rosada de niños de 3 años, la celeste de niños de 4 años, la lila de niños de 5, la amarilla de niños de 5 y 6 años. Contando con un total de 90 alumnos entre niñas y niños.

Después se procedió a informar a detalle sobre la presente investigación a las profesoras y auxiliares obteniendo así su permiso para realizar el examen clínico en sus respectivas aulas con su ayuda. A lo cual ellas aceptaron amablemente

y sugirieron la hora de entrada para realizar el llenado de las fichas clínicas con el fin de agilizar nuestro trabajo. Luego se les explicó a los padres de familia en los horarios de entrada sobre el propósito, beneficios, riesgos y sobre todo la importancia de erradicar los hábitos orales en edades tempranas para evitar futuras complicaciones, obteniendo así que firmen el consentimiento informado para que el menor pueda participar en la investigación (Ver anexo N°03)

Posteriormente se procedió a realizar el examen clínico a cada uno de los niños que hayan sido autorizados por sus padres o tutores, en sus respectivas aulas en los horarios de entrada, previamente se les explicó a los niños como se realizaría este trabajo de una manera didáctica para evitar problemas de cooperación, se inició con los niños de 3 años hasta llegar a los de 6 años.

Se empezó aplicando la primera ficha para determinar la presencia de hábitos orales, este instrumento está dividido por dos partes: la primera correspondió a los datos de filiación y tipo de dentición de los niños; en la segunda parte se dividió en cuatro ítems, en el primero se registraron los datos extraorales como características de labios, nariz y uñas; en el segundo se registraron los datos intraorales, se examinó la posición de la lengua en reposo; en el tercero se registró el examen funcional donde se observó la deglución y fonación; en el cuarto se registró la presencia o no de algún hábito oral ya sea respiración bucal, interposición labial, interposición lingual u onicogafia. (Ver anexo N°04)

Luego se aplicó la segunda ficha clínica que consta de tres partes, la primera de datos de filiación, la segunda y tercera donde se registró los planos terminales y

la presencia o no de espacios primates tanto derecho como izquierdo. (Ver anexo N°04)

Todo el examen clínico fue desarrollado en las mismas aulas de la institución, utilizando mesas y sillas de la misma; se utilizó equipo de diagnóstico, campos descartables, guantes, mascarillas, tachos de desechos, bajalenguas, bandejas, luz natural y material de escritorio.

Luego de haber realizado los exámenes clínicos a los 90 niños de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines, la directora del plantel procedió a entregar la constancia de ejecución del proyecto. (Ver anexo N°02)

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Todos los datos obtenidos en las fichas clínicas fueron trasladados al programa de Microsoft Office Excel 2013, creando así una base de datos con dicha información, de tal manera que guarden relación con los objetivos planteados. Posteriormente se procedió al análisis estadístico, utilizando el programa estadístico SPSS versión 21.

Estos resultados son presentados en tablas y gráficos, utilizándose tablas de doble entrada para registrar posibles relaciones entre variables. Se utilizó inferencia estadística, para la comparación de las variables, mediante la prueba de Chi Cuadrado. El nivel de significancia será $\alpha = 0,05$; es decir, si p es menor que $0,05$, el resultado se considerará estadísticamente significativo.

4.6. Aspectos éticos contemplados

Al ser un estudio de investigación en seres humanos, el proyecto fue enviado al Comité de Ética para su evaluación, aprobación y posterior ejecución.

Es necesario recalcar que el presente trabajo de investigación se llevó a cabo con el apoyo y colaboración de los padres de familia y docentes de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017; los cuales fueron informados a través del consentimiento informado del propósito, riesgos y beneficios del presente estudio y dieron su total aprobación firmando el documento.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

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

El presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar los hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines, ubicada en el Centro Poblado de Roma del distrito de Casa Grande, provincia de Ascope y departamento La Libertad 2017. (Ver fotografía N° 01 y 02)

El cual contaba con un total de 115 niño(as) matriculados. La muestra fue de 90 niños, quienes cumplieron con los criterios antes planteados y que asistieron los días que se realizaron los exámenes clínicos.

La institución educativa estaba formada por 5 aulas; el aula amarilla y rosada de niños de 3 años, el aula celeste de niños de 4 años, el aula lila de niños de 5 años y el aula amarilla de niños de 5 y 6 años (Ver fotografía N°03, 04, 05, 06 y 07)

Se empezó a examinar aula por aula, primero a los niños de 3 años hasta llegar a los niños de 6 años en el horario de entrada y en diferentes días, con la ayuda de la lista de asistencia para que todo se realice de manera ordenada (Ver fotografía N°08, 09, 10, 11)

Obteniendo los siguientes resultados generales:

Tabla N°1

Distribución del género de los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

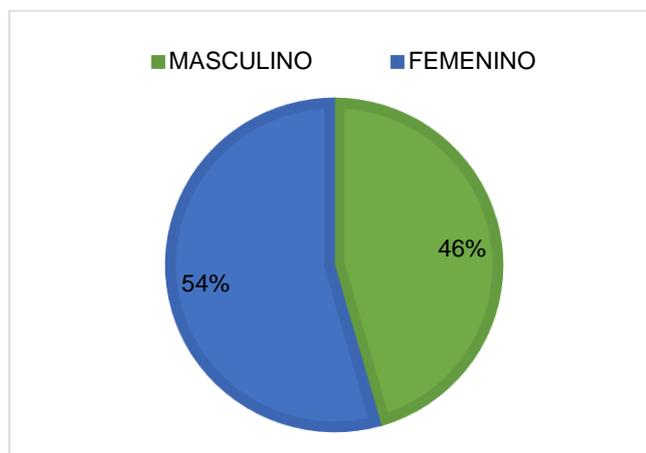
GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	41	45,6
Femenino	49	54,4
Total	90	100,0

Fuente: Propia del investigador

De los 90 niños evaluados de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017; el género más frecuente fue el femenino 54% y la diferencia corresponde al género masculino con 46%.

Gráfico N°1

Distribución del género de los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°2

**Distribución de la edad de los niños examinados de la Institución
Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017**

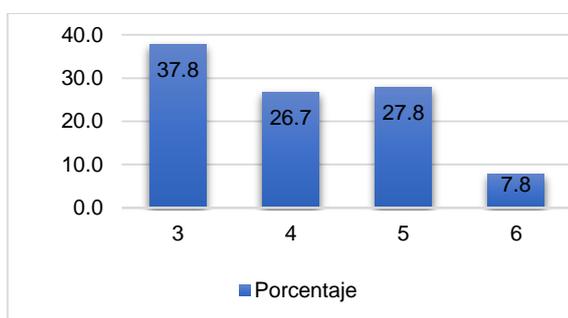
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	34	37,8
4	24	26,7
5	25	27,8
6	7	7,8
Total	90	100,0

Fuente: Propia del investigador

En la tabla se muestra la distribución de la población según la edad; y se observó que la edad de 3 años es la más frecuente con 37,8%, seguido de los niños de 5 años con 27,8%, mientras que los niños de 4 años representan el 26,7% y por último los niños de 6 años con 7,8%.

Gráfico N°2

**Distribución de la edad de los niños examinados de la Institución
Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017**



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°3

**Distribución de respiradores bucales en los niños examinados de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017**

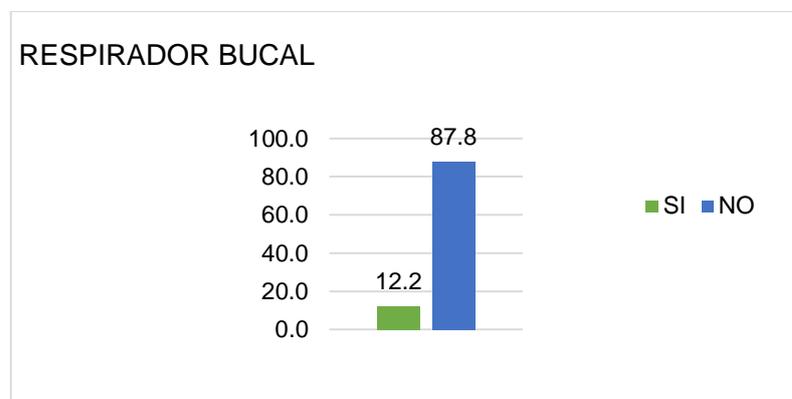
RESPIRADOR BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	11	12,2
No	79	87,8
Total	90	100,0

Fuente: Propia del investigador

En la tabla se muestra la presencia o no de respiración bucal en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017; y se evidenció que el 87,8% no presenta respiración bucal mientras que el 12,2% si presenta este hábito.

Gráfico N°3

**Distribución de respiradores bucales en los niños examinados de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017**



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°4

**Distribución del hábito de interposición lingual en niños examinados de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017**

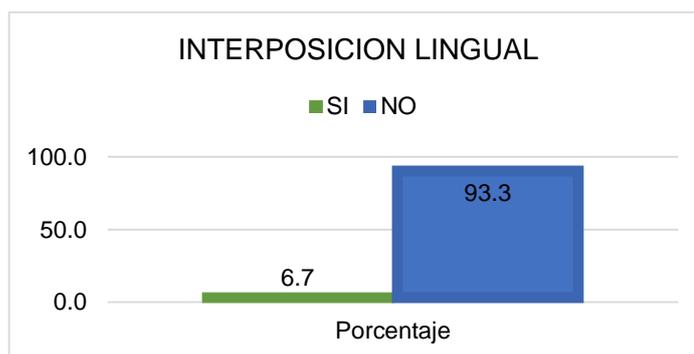
INTERPOSICIÓN LINGUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	6,7
No	84	93,3
Total	90	100,0

Fuente: Propia del investigador

Se observa que del total de los niños evaluados de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017; el 93,3% no presenta interposición bucal, mientras que el 6,7% si presenta.

Gráfico N°4

**Distribución del hábito de interposición lingual en niños examinados de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017**



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°5

Distribución del hábito de interposición labial en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

INTERPOSICIÓN LABIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	90	100,0

Fuente: Propia del investigador

Se observa que del total de los niños evaluados de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017; el 100% no presenta interposición labial.

Gráfico N°5

Distribución del hábito de interposición labial en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°6

**Distribución del hábito de onicofagia en los niños examinados de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017**

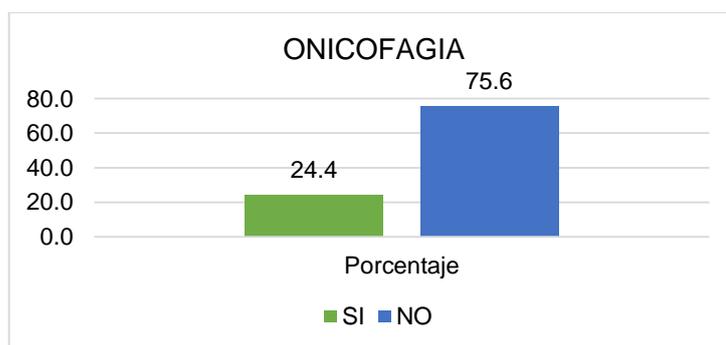
ONICOFAGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	22	24,4
No	68	75,6
Total	90	100,0

Fuente: Propia del investigador

En la tabla se observa la presencia o no de onicofagia en la población examinada, y se observó que los niños que no presentan este hábito obtuvo un mayor porcentaje de 75,6%, y los niños que si presentan el hábito representaban el 24,4%.

Gráfico N°6

**Distribución del hábito de onicofagia en los niños examinados de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017**



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°7

Distribución de plano terminal en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

	PLANO TERMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DERECHO	Escalón mesial	32	35,6
	Recto	47	52,2
	Escalón distal	11	12,2
	Total	90	100,0
IZQUIERDO	Escalón mesial	31	34,4
	Recto	48	53,3
	Escalón distal	11	12,2
	Total	90	100,0

Fuente: Propia del investigador

De los 90 niños evaluados de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, el plano terminal más frecuente tanto en el lado derecho como izquierdo fue el plano terminal recto con 52,2% y 53,3%, seguido del escalón mesial con 35,6% y 34,4% (respectivamente); y por último el escalón distal con 12,2% en ambos lados.

Gráfico N°7

Distribución de plano terminal en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°8

**Distribución del espacio primate en los niños examinados de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017**

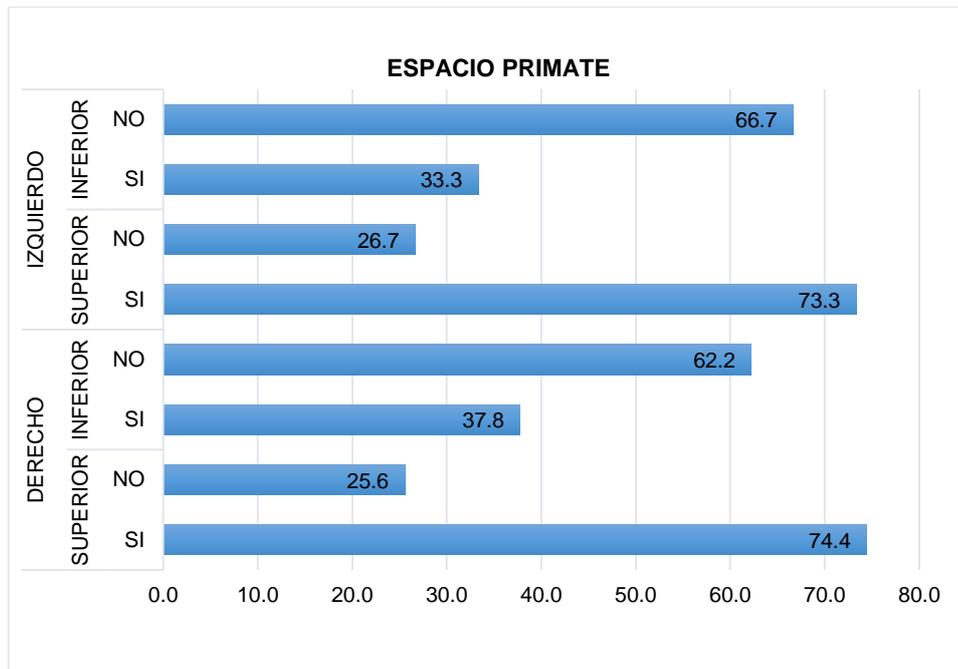
ESPACIO PRIMATE				
			Frecuencia	Porcentaje
DERECHO	Superior	Si	67	74,4
		No	23	25,6
	Inferior	Si	34	37,8
		No	56	62,2
	Total		90	100,0
	IZQUIERDO	Superior	Si	66
No			24	26,7
Inferior		Si	30	33,3
		No	60	66,7
Total		90	100,0	

Fuente: Propia del investigador

En esta tabla se muestra la distribución de la población de acuerdo a la presencia o no de espacios primates tanto en el lado derecho como izquierdo, y se evidenció que en el maxilar superior fue más frecuente la presencia de espacios primates con 74,4% en el lado derecho y 73,3% en el lado izquierdo, mientras que en el maxilar inferior se encontró que predominaba la ausencia de espacios primates con 62,2% en el lado derecho y el 66,7% en el lado izquierdo.

Gráfico N°8

Distribución del espacio primate en los niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fuente: Propia del investigador

5.2. Análisis interferencias, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras

Tabla N°9

Frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad

		EDAD							
		3 AÑOS		4 AÑOS		5 AÑOS		6 AÑOS	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Respirador bucal	Si	4	11,8%	3	12,5%	4	16,0%	0	0,0%
	No	30	88,2%	21	87,5%	21	84,0%	7	100,0%
Interposición lingual	Si	0	0,0%	5	20,8%	1	4,0%	0	0,0%
	No	34	100,0%	19	79,2%	24	96,0%	7	100,0%
Interposición labial	Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	No	34	100,0%	24	100,0%	25	100,0%	7	100,0%
Onicofagia	Si	10	29,4%	7	29,2%	3	12,0%	2	28,6%
	No	24	70,6%	17	70,8%	22	88,0%	5	71,4%

Fuente: Propia del investigador

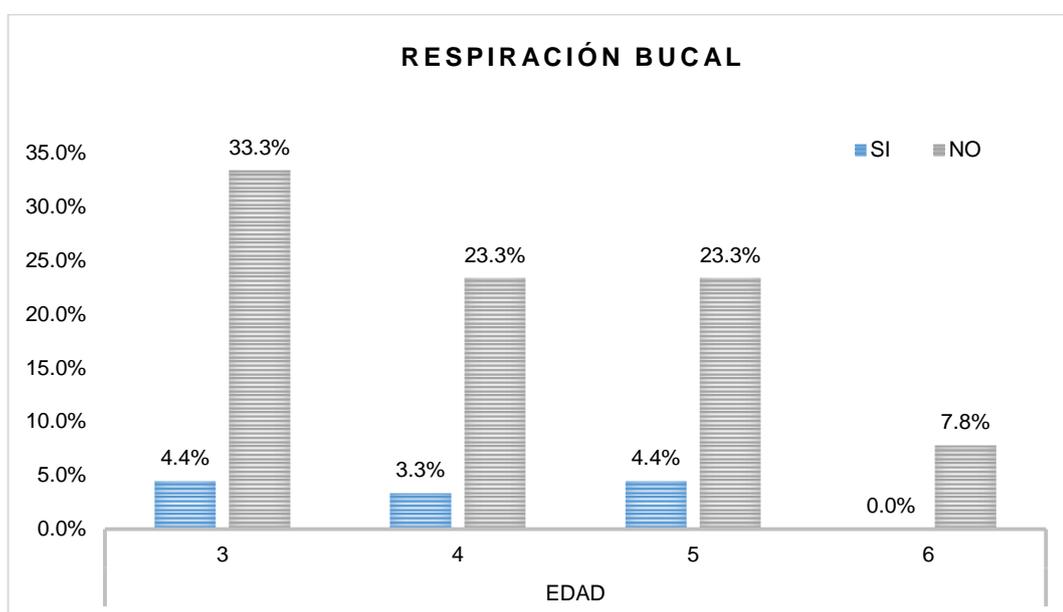
INTERPRETACIÓN:

Al comparar los hábitos orales con la edad se evidenció que a los 3 años de edad el hábito más frecuente fue la onicofagia con 29,4% y los de menor proporción fueron los hábitos de interposición lingual 0% e interposición labial 0%; asimismo en los niños de 4 años de edad se observó el mayor porcentaje en la onicofagia 29,2% y las menores cifras lo presentaron la respiración bucal 12,5% y la interposición labial 0%. De los niños de 5 años el 16% presenta respiración bucal y los menores porcentajes fueron de interposición lingual 4% e interposición labial 0%. Y finalmente en los niños de 6 años también predominó la onicofagia con 28,6% y los que presentaron el menor valor fueron la respiración bucal 0%,

interposición labial 0% e interposición lingual 0%. Debemos tener en cuenta que ningún niño presento interposición labial en ninguna edad.

Gráfico N°9

Frecuencia de la respiración bucal en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad.



Fuente: Propia del Investigador

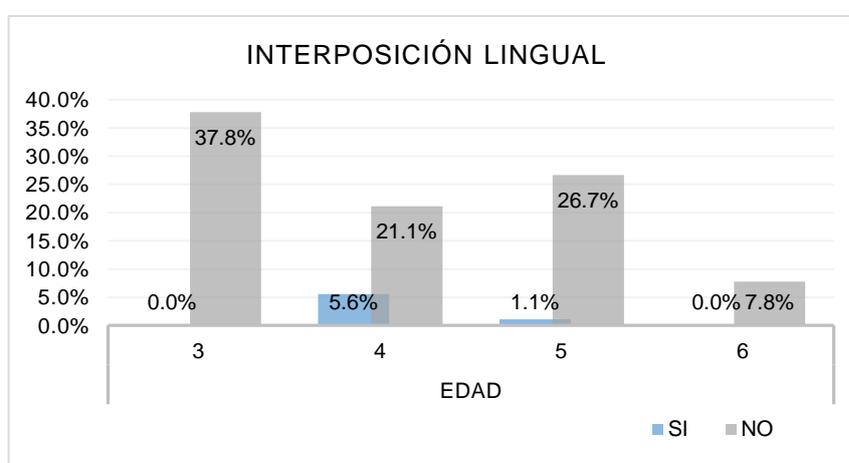
INTERPRETACIÓN:

En el gráfico se observa la presencia o no de respiración bucal según edad y puede apreciar que de los niños de 3 años de edad el 33% no presenta este hábito oral mientras que el 4.4% de los niños de esta edad si lo presentan. De los niños de 4 años de edad el 23% no presenta el hábito oral sin embargo el 3% de los niños si lo presentan. De los niños de 5 años de edad el 23% no presenta respiración bucal mientras que el 4.4% de los niños de esta edad si lo presentan.

Finalmente todos los niños de 6 años de edad 8% no presentan el hábito oral de respiración bucal.

Gráfico N°10

Frecuencia de la interposición lingual en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad



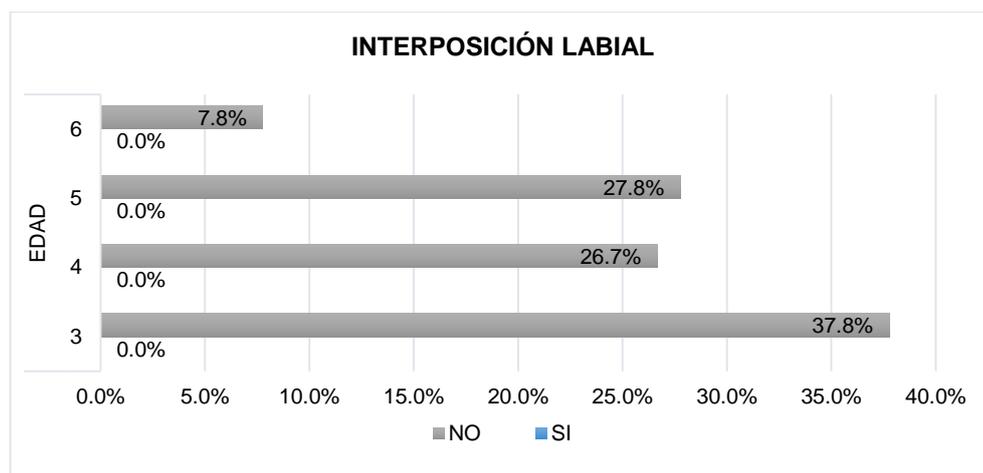
Fuente: Propia del Investigador

INTERPRETACIÓN:

De los datos obtenidos de las fichas clínicas de niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, se tiene que todos los niños de 3 años de edad no presentan el hábito oral de interposición lingual 38%. De los niños de 4 años de edad el 21% no presenta dicho hábito oral mientras que el 6% de los niños de esta edad si la presentan. En los niños de 5 años de edad el 27% no presenta interposición lingual mientras que el 1% de los niños de esta edad si lo presentan. Finalmente todos los niños de 6 años de edad (8%) no presentan dicho hábito oral.

Gráfico N°11

Frecuencia de la interposición labial en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad



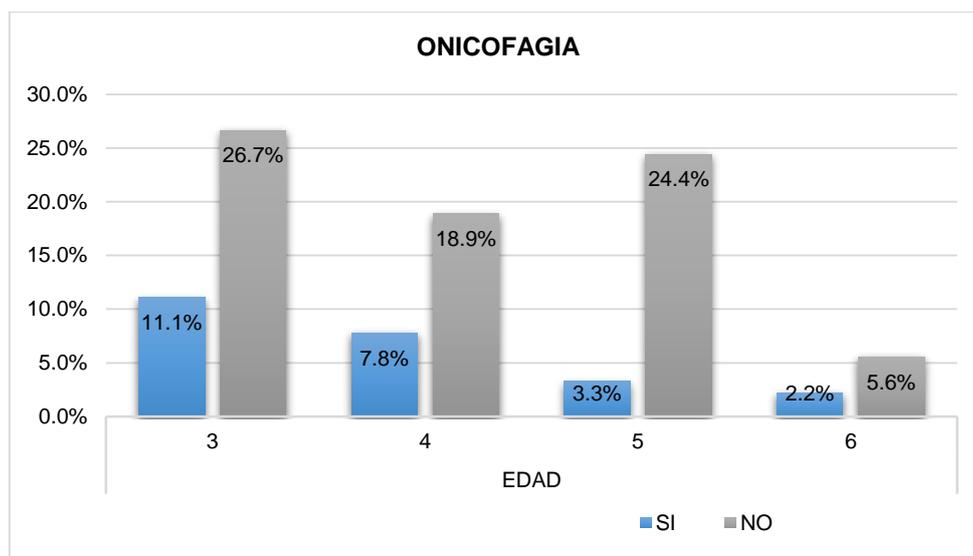
Fuente: Propia del Investigador

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico se asocia la interposición labial con la edad en los niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, se tiene que todos los niños de 3 años de edad no presenta el hábito oral de interposición labial 38%, todos los niños de 4 años de edad no presenta dicho hábito oral 27%, todos los niños de 5 años de edad no presenta tal hábito 28% y por último todos los niños de 6 años de edad 8% no presentan el hábito oral de interposición labial.

Gráfico N°12

Frecuencia de la onicofagia en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad



Fuente: Propia del Investigador

INTERPRETACIÓN:

Al relacionar la onicofagia con la edad en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, se observa que de los niños de 3 años de edad el 27% no presenta el hábito oral de onicofagia mientras que el 11% si presenta este hábito. En los niños de 4 años de edad el 19% no presenta dicho hábito oral y el 8% de los niños de esta edad si lo presentan. De los niños de 5 años de edad el 24% no presenta este hábito oral mientras que el 3% de los niños de esta edad si presenta onicofagia. Finalmente en los niños de 6 años el 6% no presentan el hábito oral de onicofagia mientras que el 2% si presenta dicho hábito oral.

Tabla N°10

Frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género

		GÉNERO			
		Masculino		Femenino	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Respirador bucal	Si	7	17,1%	4	8,2%
	No	34	82,9%	45	91,8%
Interposición lingual	Si	5	12,2%	1	2,0%
	No	36	87,8%	48	98,0%
Interposición labial	Si	0	0,0%	0	0,0%
	No	40	97,6%	49	100,0%
Onicofagia	Si	9	22,0%	13	26,5%
	No	32	78,0%	36	73,5%

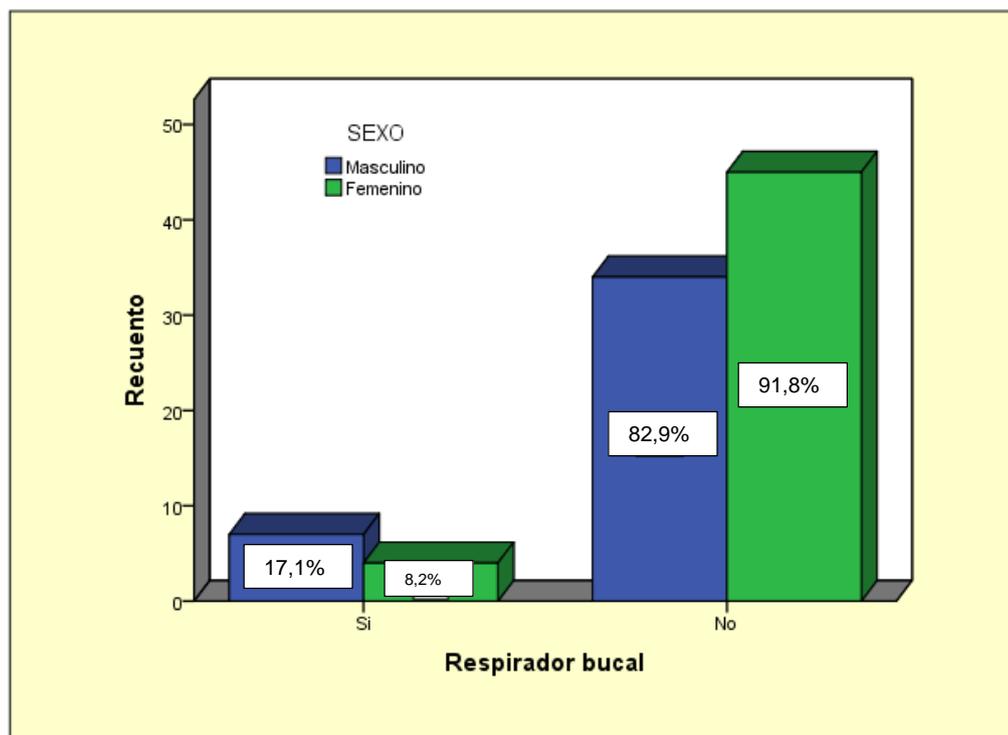
Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

En la tabla se relacionó los hábitos orales con el género, y se encontró que en el género masculino el hábito más frecuente es la onicofagia 22% y los menores porcentajes lo presentaron la interposición lingual 12,2% y la interposición labial 0%. En la misma proporción se encontró los hábitos en el género femenino onicofagia 26,5% y los valores menores lo presentaron la interposición lingual 2% e interposición labial 0%.

Gráfico N°13

Frecuencia de la respiración bucal en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género



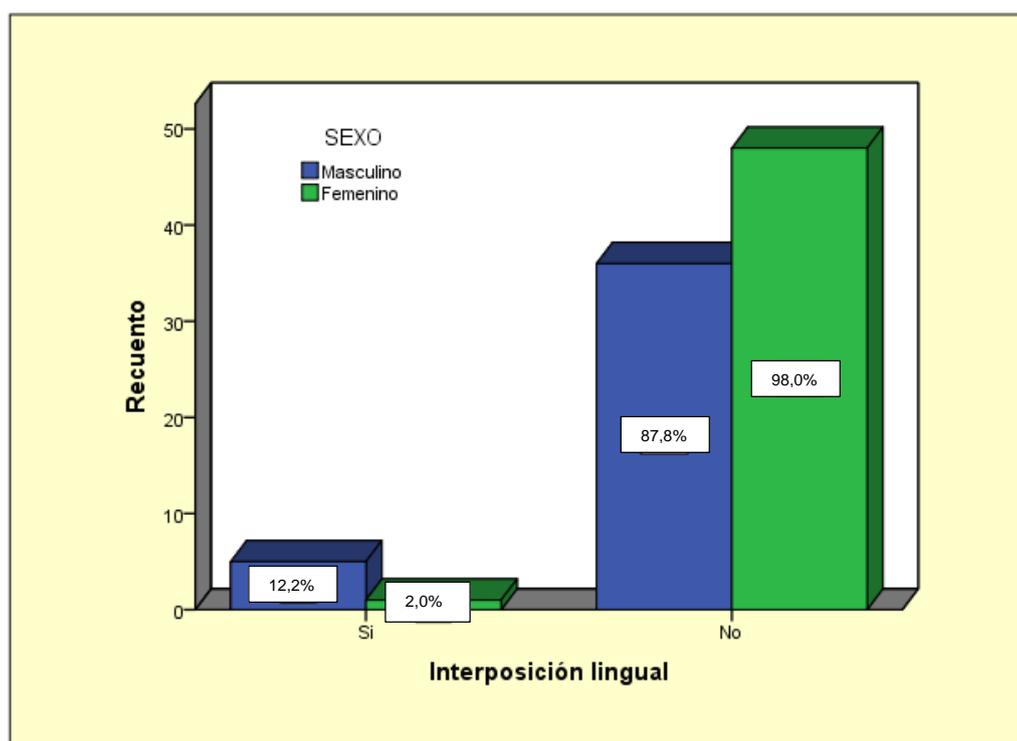
Fuente: Propia del Investigador

INTERPRETACIÓN:

Cuando se asocia la respiración bucal con el género en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, se tiene que en el género masculino el 82,9% no presenta dicho hábito en tanto el 17,1% de los niños de esta edad si lo presentan respiración bucal y en el género femenino el 91,8% de las niñas no presenta tal hábito oral mientras que el 8,2% de las niñas de esta edad si presentan el hábito oral de respiración bucal.

Gráfico N°14

Frecuencia de la interposición lingual en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género



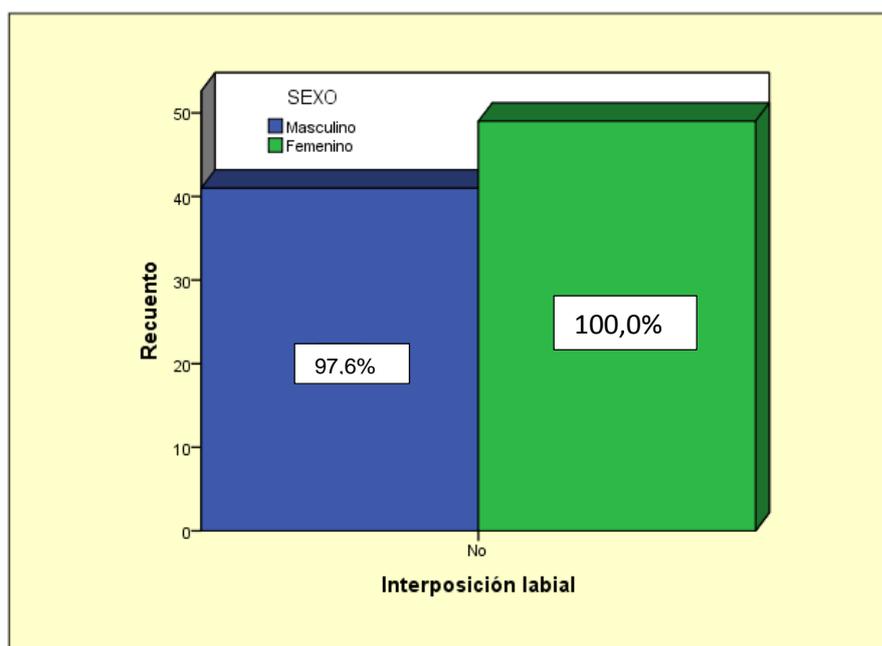
Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

De los datos obtenidos de las fichas clínicas de niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, se tiene que el 87,8% de los niños no presenta el hábito oral de interposición lingual mientras que el 12,2% de los niños de esta edad si presentan este hábito oral y el 98,0% de las niñas no presenta dicho hábito oral mientras que el 2% de las niñas si presentan interposición lingual.

Gráfico N°15

**Frecuencia del hábito oral de interposición labial en niños de 3 – 6 de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017, según género**



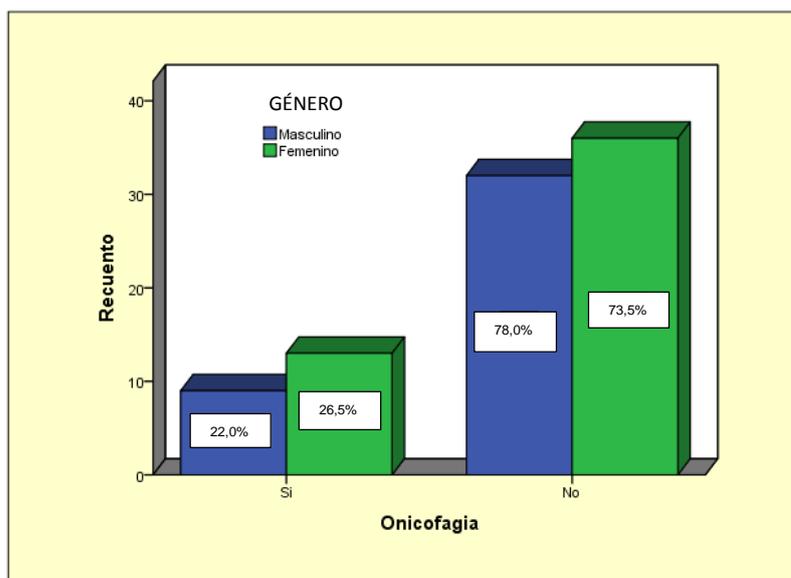
Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

De los datos obtenidos de las fichas clínicas de niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, se tiene que en el género masculino el 97,6% de los niños no presentan el hábito oral de interposición labial y en el género femenino el 100% de las niñas tampoco presenta el hábito oral de interposición labial.

Gráfico N°16

Frecuencia de la onicofagia en niños de 3 – 6 de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género



Fuente: Propia del Investigador

INTERPRETACIÓN:

Se muestra en el gráfico la asociación entre onicofagia y el género de los niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, y se evidenció que en el género masculino el 78,0% no presenta dicho hábito mientras que el 22,0% si lo presenta y en el género femenino el 73,5% no presenta la onicofagia mientras que el 26,5% de las niñas si presentan dicho hábito oral.

Tabla N°11

Frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad

PLANO TERMINAL		EDAD				TOTAL	p*
		3	4	5	6		
Plano izquierdo	Escalón mesial	13	6	3	2	24	0,002
		19,4%	9,0%	4,5%	3,0%	35,8%	
	Recto	8	7	18	3	36	
		11,9%	10,4%	26,9%	4,5%	53,7%	
	Escalón distal	2	5	0	0	7	
		3,0%	7,5%	0,0%	0,0%	10,4%	
Plano derecho	Escalón mesial	15	6	3	2	26	0,003
		22,4%	9,0%	4,5%	3,0%	38,8%	
	Recto	7	7	18	3	35	
		10,4%	10,4%	26,9%	4,5%	52,2%	
	Escalón distal	2	4	0	0	6	
		3,0%	6,0%	0,0%	0,0%	9,0%	
Total		24	17	21	5	67	
		35,8%	25,4%	31,3%	7,5%	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

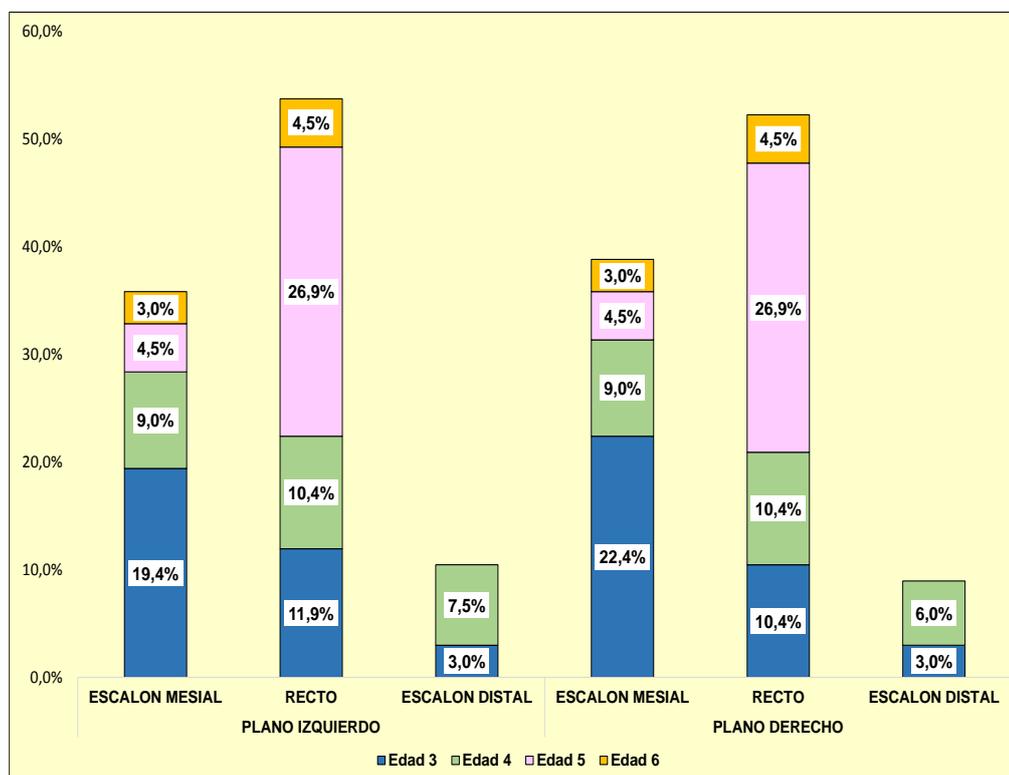
INTERPRETACIÓN:

Cuando se relaciona plano terminal con espacios primates según edad, se encontró que en el plano terminal tanto izquierdo como derecho, el escalón mesial presenta el mayor porcentaje (19,4% y 22,4% respectivamente) en los niños de 3 años de edad, seguido del plano recto (11,9% y 10,4% respectivamente) y finalmente el escalón distal bilateral con 3%. En los niños de 4 ,5 y 6 años de edad el plano terminal más frecuente fue el plano recto 10,4%, 26,9% y 4,5% respectivamente, siendo el de menor proporción el escalón distal 7,5%, 0% y 0% respectivamente. En los niños de 4 ,5 y 6 años de edad el plano

terminal más frecuente fue el plano recto 10,4%, 26,9% y 4,5% respectivamente, siendo el de menor proporción el escalón distal 6%, 0% y 0% respectivamente.

Gráfico N°17

Frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad



Fuente: Propia del Investigador

Tabla N°12

Frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad

PLANO TERMINAL	EDAD				TOTAL	P*	
	3	4	5	6			
Plano izquierdo	Escalón mesial	5	2	0	0	7	0,467
		21,7%	8,7%	0,0%	0,0%	30,4%	
	Recto	4	4	2	2	12	
		17,4%	17,4%	8,7%	8,7%	52,2%	
Plano derecho	Escalón distal	2	0	2	0	4	0,227
		8,7%	0,0%	8,7%	0,0%	17,4%	
	Escalón mesial	4	2	0	0	6	
		17,4%	8,7%	0,0%	0,0%	26,1%	
Plano derecho	Recto	4	4	2	2	12	0,227
		17,4%	17,4%	8,7%	8,7%	52,2%	
	Escalón distal	2	1	2	0	5	
		8,7%	4,3%	8,7%	0,0%	21,7%	
Total		10	7	4	2	23	
		43,5%	30,4%	17,4%	8,7%	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Al comparar el plano terminal sin espacios primates con la edad, se evidenció que a los 3 años de edad el plano terminal izquierdo más frecuente fue el escalón mesial 21,7% y el escalón distal en menor proporción con 8,7%; asimismo en los niños de 4 años de edad se observó el mayor porcentaje en plano recto 17,4% y las menores cifras lo presentó el escalón distal 0%. De los niños de 5 años el 8,7% presenta escalón recto y escalón distal y los menores porcentajes lo presentaron el escalón mesial 0%. Y finalmente en los niños de 6 años predominó el escalón recto con 8,7% y los que presentaron el menor valor fue el escalón mesial y el escalón distal con 0%.

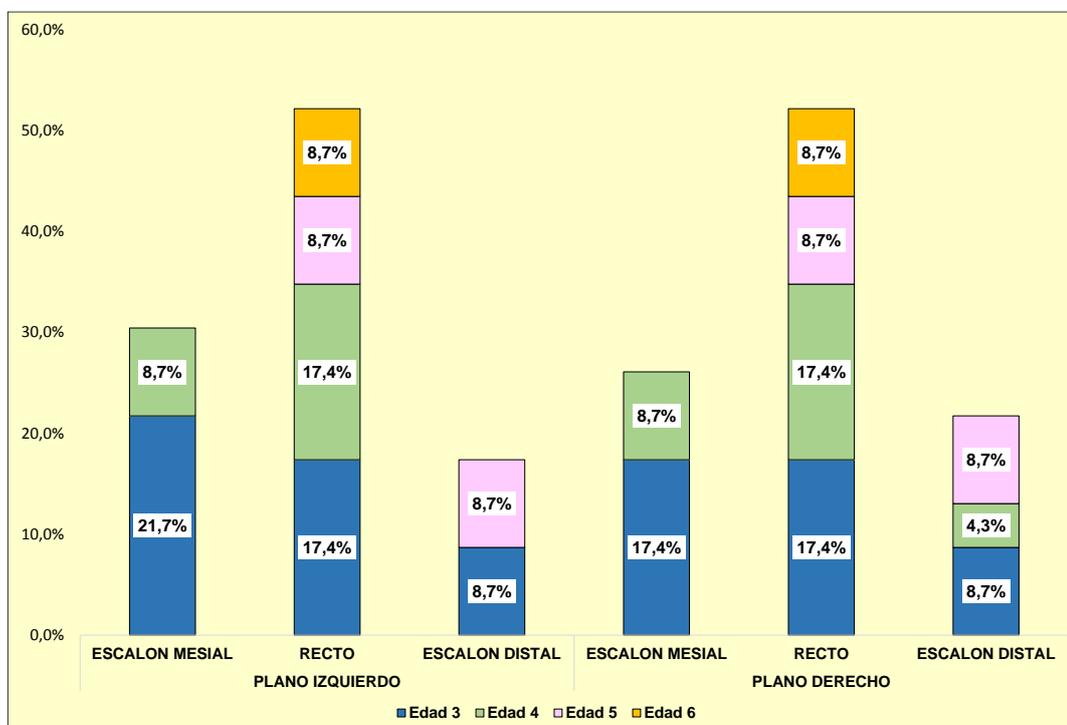
En el plano terminal derecho, se encontró que el escalón mesial y plano recto presenta el mayor porcentaje 17,4% en los niños de 3 años de edad, seguido del escalón del escalón distal 8,7%. En los niños de 4 el escalón recto con 17,4% representa la mayor cifra y el menor es el escalón distal 4,3%. En los niños de 5 de edad la mayor proporción lo presentan el escalón distal y el plano recto con 8,7% y con menor porcentaje el escalón mesial 0%. En los niños de 6 años de edad el plano terminal más frecuente fue el plano recto 8,7% y en menos frecuente fue el escalón mesial y distal con 5% cada uno.

Gráfico N°18

Frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 a 6

años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según edad



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°13

Frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género

PLANO TERMINAL	GENERO		Total	P*	
	MASCULINO	FEMENINO			
Plano izquierdo	Escalón mesial	8 11,9%	16 23,9%	24 35,8%	0,196
	Recto	21 31,3%	15 22,4%	36 53,7%	
	Escalón distal	4 6,0%	3 4,5%	7 10,4%	
Plano derecho	Escalón mesial	9 13,4%	17 25,4%	26 38,8%	0,15
	Recto	19 28,4%	16 23,9%	35 52,2%	
	Escalón distal	4 6,0%	2 3,0%	6 9,0%	
Total	32 47,8%	35 52,2%	67 100,0%		

*Chi Cuadrado de Pearson, $p < 0.05$

Fuente: Propia del investigador

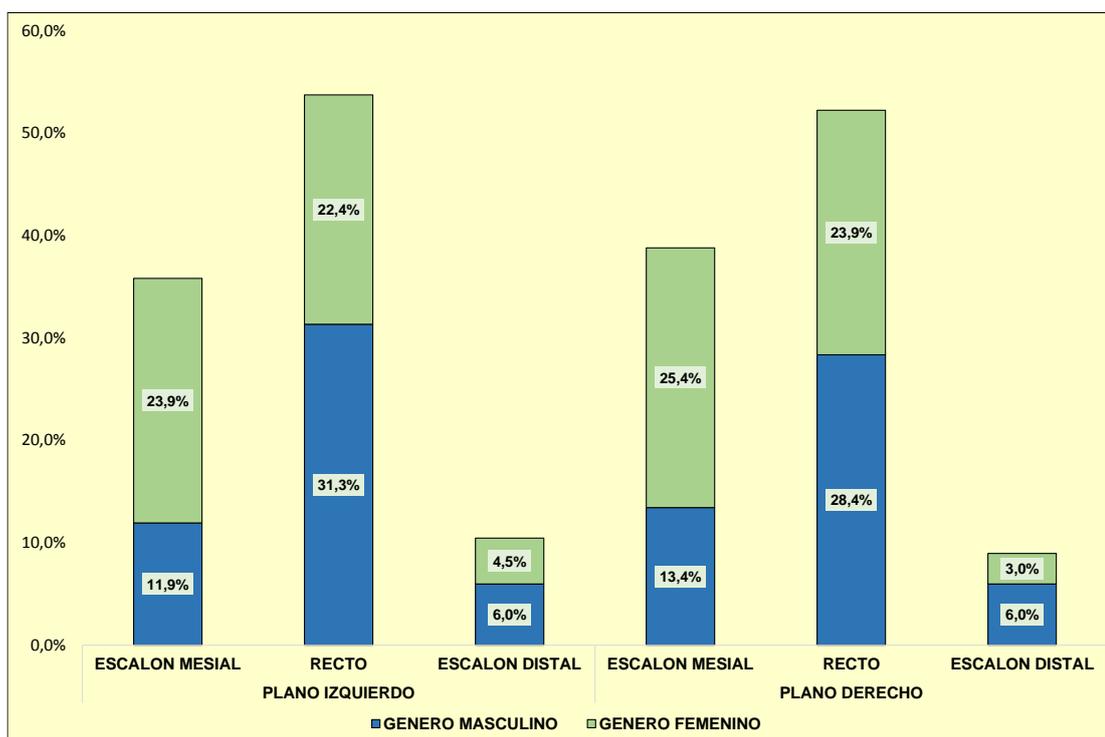
INTERPRETACIÓN:

En la tabla se relacionó el plano terminal con espacios primates con el género, y se encontró que en el género masculino tanto en el lado izquierdo como derecho el plano recto es el más frecuente (31,3% y 28,4% respectivamente) y los menores porcentajes lo presentó el escalón distal bilateral con 6%. Mientras que en el género femenino tanto en el lado izquierdo como derecho se encontró el mayor porcentaje el escalón mesial (23,9% y 25,4% respectivamente) y los valores menores lo presento el escalón distal (4,5% y 3% respectivamente).

Gráfico N°19

Frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género



Fuente: Propia del Investigador

Tabla N°14

Frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género

PLANO TERMINAL	GENERO		TOTAL	P*	
	MASCULINO	FEMENINO			
Plano izquierdo	Escalón mesial	2	5	7	0,1
		8,7%	21,7%	30,4%	
	Recto	2	10	12	
		8,7%	43,5%	52,2%	
	Escalón distal	4	0	4	
		17,4%	0,0%	17,4%	
Plano derecho	Escalón mesial	2	4	6	0,009
		8,7%	17,4%	26,1%	
	Recto	3	9	12	
		13,0%	39,1%	52,2%	
	Escalón distal	4	1	5	
		17,4%	4,3%	21,7%	
Total	9	14	23		
	39,1%	60,9%	100,0%		

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

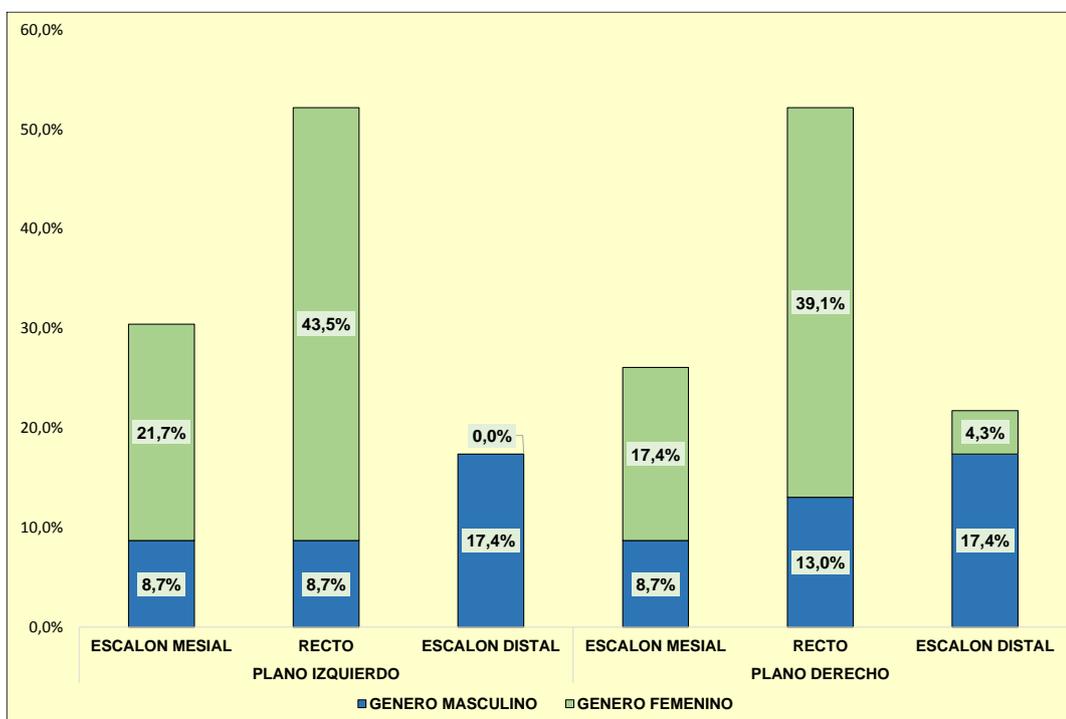
Al asociar el plano terminal sin espacios primates con el género en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines Casagrande – Ascope, La Libertad 2017, se tiene que el plano terminal izquierdo sin espacios primates que predominó en el género masculino fue el escalón distal 17,4% y los menores porcentajes lo presentaron el escalón mesial y el plano terminal recto 8,7%; mientras que de las niñas el 21,7% presenta escalón mesial, el 43,5% recto y el 0% distal. Por otro lado en los niños que presentan plano terminal sin espacios primates en el lado derecho predominó el escalón distal 17,4%, el 13,0% plano terminal recto, y por último el 8,7% presentan escalón mesial, mientras que en

las niñas el 39,1% presentó plano terminal recto, seguido del 17,4% que presentó escalón mesial, y el 4,3% presenta escalón distal.

Gráfico N°20

Frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según género



Fuente: Propia del Investigador

5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Según la hipótesis principal de este trabajo de investigación, establecido anteriormente se menciona que la relación entre hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, es significativa. Para obtener los resultados y para establecer la relación entre variables, se utilizó la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$) y la prueba de Chi Cuadrado de Pearson ($p < 0,05$); es decir si p es menor que 0,05, se rechazó la hipótesis nula por lo tanto el resultado se consideró estadísticamente significativo

Según las hipótesis específicas planteadas:

5.3.1. Primera hipótesis

H₁: Si existe relación entre hábitos orales y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Respiración bucal – Edad

H₀: No existe relación entre la respiración bucal y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H_a: Si existe relación entre la respiración bucal y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°15

**Relación entre la respiración bucal y la edad en niños de 3 – 6 años de la
Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La
Libertad 2017**

RESPIRADOR BUCAL			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de pearson	1,316 ^a	3	0,725
Razón de verosimilitud	2.141	3	0,54
Asociación lineal por lineal	0,039	1	0,842
N de casos válidos	90		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. el recuento mínimo esperado es 0,86.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Se realizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, donde se obtuvo el valor de $p= 0,725$, y en base a ello se determinó que se acepta la hipótesis nula por lo tanto no existe asociación entre la respiración bucal y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Interposición lingual – Edad

H₀: No existe relación entre la interposición lingual y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H_a: Si existe relación entre la interposición lingual y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°16

Relación entre la interposición lingual y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

INTERPOSICIÓN LINGUAL			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de pearson	10,955 ^a	3	0,012
Razón de verosimilitud	11,127	3	0,011
Asociación lineal por lineal	0,081	1	0,775
N de casos válidos	90		

A. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,47.

Fuente: Propio del investigador

INTERPRETACIÓN:

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado se encontró que si existe asociación entre el hábito oral de interposición lingual y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, siendo su nivel de significancia $p=0,012$.

Interposición labial – Edad

H₀: No existe relación entre la interposición labial y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H_a: Si existe relación entre la interposición labial y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°17

Relación entre la interposición labial y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

INTERPOSICIÓN LABIAL	
	VALOR
Chi-cuadrado de pearson	,a
N de casos válidos	90
A. No se han calculado estadísticos porque interposición labial es una constante.	

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

No se encontró niños que lo presenten este hábito.

Onicofagia – Edad

H₀: No existe relación entre la onicofagia y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H_a: Si existe relación entre la onicofagia y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°18

Relación entre la onicofagia y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

ONICOFAGIA			
	Valor	GL	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de pearson	2,905 ^a	3	0,407
Razón de verosimilitud	3,216	3	0,360
Asociación lineal por lineal	1,101	1	0,294
N de casos válidos	90		

A. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,71.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Se comprobó que no existe relación entre el hábito oral de onicofagia y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, ya que al realizar la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se obtuvo el valor de $p= 0,407$.

5.3.2. Segunda hipótesis

H₂: Si existe relación entre hábitos orales según género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Respiración bucal – Género

H₀: No hay relación entre la respiración bucal y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

H_a: Si hay relación entre la respiración bucal y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

Tabla N°19

Relación entre la respiración bucal y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de pearson	1,652 ^a	1	0,199		
Corrección de continuidad ^b	,926	1	0,336		
Razón de verosimilitud	1,653	1	0,199		
Prueba exacta de fisher				0,217	0,168
Asociación lineal por lineal	1,633	1	0,201		
N de casos válidos	90				

A. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,01.

B. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Se analizó la asociación entre el hábito oral de respiración bucal y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, haciendo uso de la Prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$) y se observó que no existe relación entre tales variables, siendo el valor de $p = 0,217$. Por ello se acepta la hipótesis nula.

Interposición lingual – Género

Ho: No hay relación entre la interposición lingual y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

Ha: Si hay relación entre la interposición lingual y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

Tabla N°20

Relación entre la interposición lingual y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

La Libertad 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de pearson	3,699 ^a	1	0,054		
Corrección de continuidad ^b	2,247	1	0,134		
Razón de verosimilitud	3,919	1	0,048		
Prueba exacta de fisher				0,089	0,066
Asociación lineal por lineal	3,658	1	0,056		
N de casos válidos	90				
A. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,73.					
B. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Se realizó la Prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$), donde se obtuvo el valor de $p = 0,089$; y en base a ello se acepta la hipótesis nula por lo tanto no existe asociación entre la interposición lingual y el género en niños de 3 – 6 años de la

Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Interposición labial – Género

H₀: No hay relación entre la interposición labial y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

H_a: Si hay relación entre la interposición labial y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

Tabla N°21

Relación entre la interposición labial y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	
	Valor
Chi-cuadrado de pearson	, ^a
N de casos válidos	90

A. No se han calculado estadísticos porque interposición labial es una constante.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

No se encontró niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, que presenten este hábito oral.

Onicofagia – Género

H₀: No hay relación entre la onicofagia y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

H_a: Si hay relación entre la onicofagia y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope.

Tabla N°22

Relación entre la onicofagia y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de pearson	,253 ^a	1	0,615		
Corrección de continuidad ^b	,066	1	0,797		
Razón de verosimilitud	,255	1	0,614		
Prueba exacta de fisher				0,633	0,400
Asociación lineal por lineal	,251	1	0,617		
N de casos válidos	90				

A. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,02.

b. sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Al aplicar la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$), se encontró que no existe asociación entre el hábito oral de onicofagia y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, siendo su nivel de significancia $p = 0,633$.

5.3.3. Tercera hipótesis

Plano terminal con espacios primates – Edad

H₃: Si existe relación entre plano terminal con espacios primates según edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₀: No existe asociación entre el plano terminal con espacios primates y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°23

Relación entre el plano terminal con espacios primates y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

ESPACIO PRIMATE DERECHO E IZQUIERDA	PLANO DERECHO			PLANO IZQUIERDO		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,559 ^a	6	0,002	19,793 ^a	6	0,003
Razón de verosimilitud	21,893	6	0,001	20,956	6	0,002
Asociación lineal por lineal	2,582	1	0,108	1,426	1	0,232
N de casos válidos	67			67		

b. 11 casillas (91,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,35.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Se analizó la asociación entre el plano terminal con espacios primates y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, utilizando la Prueba de Chi cuadrado ($p < 0,05$), y se observó que si existe relación entre tales variables, siendo el valor de $p = 0,002$ en el lado derecho y $p = 0,003$ en el lado izquierdo. Por ello se rechaza la hipótesis nula.

5.3.4. Cuarta hipótesis

Plano terminal sin espacios primates – Edad

H₄: Si existe relación entre plano terminal sin espacios primates según edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₀: No existe relación entre el plano terminal sin espacios primates y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°24

Relación entre el plano terminal sin espacios primates y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

ESPACIO PRIMATE DERECHO E IZQUIERDO	PLANO DERECHO		Significación asintótica (bilateral)	PLANO IZQUIERDO		Significación asintótica (bilateral)
	Valor	gl		Valor	gl	
Chi-cuadrado de Pearson	5,619 ^b	6	0,467	8,148 ^b	6	0,227
Razón de verosimilitud	6,976	6	0,323	10,282	6	0,113
Asociación lineal por lineal	1,409	1	0,235	1,948	1	0,163
NO	N de casos válidos 23			23		

b. 11 casillas (91,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,35.

Fuentes: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado ($p < 0,05$), se encontró que no existe asociación entre el plano terminal sin espacios primates y la edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, ya que su nivel de significancia es $p = 0,467$ en el lado derecho y $p = 0,227$ en el lado izquierdo; por ello se acepta la hipótesis nula.

5.3.5. Quinta hipótesis

Plano terminal con espacios primates– Género

H₅: Si existe relación entre el plano terminal con espacios primates y género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₀: No existe relación entre el plano terminal con espacios primates y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°25

Relación entre el plano terminal con espacios primates y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

ESPACIO PRIMATE DERECHO E IZQUIERDO	PLANO DERECHO			PLANO IZQUIERDO		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi- cuadrado de Pearson	3,258 ^a	2	0,196	3,795 ^a	2	0,150
Razón de verosimilitud	3,305	2	0,192	3,851	2	0,146
Asociación lineal por lineal	3,143	1	0,076	2,824	1	0,093
SI	N de casos válidos	67		67		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,87.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Se realizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, donde se obtuvo el valor de $p= 0,196$ en el lado derecho y $p=0,15$ en el lado izquierdo, por lo tanto se comprobó que no existe asociación entre el plano terminal con espacios primates y el género en el lado izquierdo en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, y se acepta la hipótesis nula

5.3.6. Sexta hipótesis

Plano terminal sin espacios primates – Género

H₆: Si existe relación entre plano terminal sin espacios primates y género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H₀: No existe entre el plano terminal sin espacios primates y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°26

Relación entre el plano terminal sin espacios primates y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

ESPACIO PRIMATE DERECHO E IZQUIERDO	PLANO DERECHO		Significación asintótica (bilateral)	PLANO IZQUIERDO		Significación asintótica (bilateral)
	Valor	gl		Valor	gl	
Chi- cuadrado de Pearson	4,597 ^b	2	0,100	9,355 ^b	2	0,009
Razón de verosimilitud	4,651	2	0,098	10,531	2	0,005
Asociación lineal por lineal	2,096	1	0,148	3,682	1	0,055
N de casos válidos	23			23		

b. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,39.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado se encontró que no existe asociación entre el plano terminal sin espacios primates y el género en el lado derecho, ya que su nivel de significancia es $p=0,100$. Todo lo contrario se halló en el lado izquierdo ya que obtuvo un $p=0.009$, por lo que se afirma la relación entre el plano terminal sin espacios primates y el género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

5.3.7. Séptima hipótesis

H₇: Si existe relación entre cada uno de los hábitos orales encontrados y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Respiración bucal – plano terminal con y sin espacios primates

H₀: No existe asociación entre la respiración bucal y plano terminal con y sin espacios primates en el lado derecho en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H_a: Si existe asociación entre la respiración bucal y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°27

Relación entre el hábito oral de respiración bucal y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

RESPIRADOR BUCAL						
ESPACIO PRIMATE DERECHO E IZQUIERDO	PLANO DERECHO			PLANO IZQUIERDO		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,191 ^a	2	0,045	5,359 ^a	2	0,069
Razón de verosimilitud	5,820	2	0,054	4,801	2	0,091
Asociación lineal por lineal	0,003	1	0,955	0,124	1	0,725
SI N de casos válidos	67			67		
Chi-cuadrado de Pearson	0,030 ^b	2	0,985	0,399 ^b	2	0,819
Razón de verosimilitud	0,029	2	0,985	0,397	2	0,820
Asociación lineal por lineal	0,018	1	0,892	0,064	1	0,800
NO N de casos válidos	23			23		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,63.

b. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,87.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Se realizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson ($p < 0,05$), y se encontró el valor de $p = 0,045$ en el lado derecho, por lo tanto se comprueba que existe relación entre el hábito oral de respiración bucal y plano terminal con espacios primates.

Mientras que en el lado izquierdo se observó un nivel de significancia de $p=0,069$, lo cual indica que no existe relación entre estas últimas variables.

Por otro lado al relacionar este mismo hábito oral con plano terminal sin espacios primates tanto en el lado derecho como izquierdo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se comprueba que no existe asociación entre tales variables.

Interposición lingual – plano terminal con y sin espacios primates

H₀: No existe asociación entre la interposición lingual y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H_a: Si existe asociación entre la interposición lingual y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°28

Relación entre el hábito oral de interposición lingual y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

INTERPOSICIÓN LINGUAL						
ESPACIO PRIMATE DERECHO E IZQUIERDO	PLANO DERECHO			PLANO IZQUIERDO		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,973 ^a	2	0,000	19,144 ^a	2	0,000
Razón de verosimilitud	11,920	2	0,003	11,604	2	0,003
Asociación lineal por lineal	11,060	1	0,001	10,599	1	0,001
N de casos válidos	67			67		
SI						
Chi-cuadrado de Pearson	3,764 ^b	2	0,152	2,008 ^b	2	0,366
Razón de verosimilitud	3,223	2	0,200	2,207	2	0,332
Asociación lineal por lineal	2,286	1	0,131	1,805	1	0,179
N de casos válidos	23			23		
NO						

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,45.
b. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,22.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Se encontró una asociación significativa entre el hábito oral de interposición lingual y plano terminal con espacios primates $p=0,000$ (bilateral); mientras que al asociar este mismo hábito oral y plano terminal sin espacios primates se obtuvo un $p= 0,152$ en el lado derecho y $p= 0,366$ en el lado izquierdo; por lo que se deduce que no existe relación entre estas variables estudiadas en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Interposición labial – plano terminal con y sin espacios primates

H₀: No existe asociación entre la interposición labial y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H_a: Si existe asociación entre la interposición labial y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva

Tabla N°29

Relación entre el hábito oral de interposición labial y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

INTERPOSICIÓN LABIAL						
ESPACIO PRIMATE DERECHO E IZQUIERDO	PLANO DERECHO			PLANO IZQUIERDO		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
	Chi- cuadrado de Pearson	.a		.a		
SI	N de casos válidos	23		67		
	Chi- cuadrado de Pearson	.a		.a		
NO	N de casos válidos	23		23		

a. No se han calculado estadísticos porque INTERPOSICIÓN LABIAL es una constante.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

No existe muestra para este hábito oral.

Onicofagia – plano terminal con y sin espacios primates

H₀: No existe asociación entre la onicofagia y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

H_a: Si existe asociación entre la onicofagia y plano terminal con y sin espacios primates niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

Tabla N°30

Relación entre el hábito oral de onicofagia y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.

		ONICOFAGIA					
		PLANO DERECHO			PLANO IZQUIERDO		
ESPACIO PRIMATE	DERECHO E	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
	IZQUIERDO						
	Chi-cuadrado de Pearson	0,908 ^a	2	0,635	0,704 ^a	2	0,703
	Razón de verosimilitud	0,924	2	0,630	0,722	2	0,697
	Asociación lineal por lineal	0,860	1	0,354	0,461	1	0,497
SI	N de casos válidos	67			67		
	Chi-cuadrado de Pearson	2,428 ^b	2	0,297	1,373 ^b	2	0,503
	Razón de verosimilitud	3,402	2	0,183	2,016	2	0,365
	Asociación lineal por lineal	0,314	1	0,575	0,144	1	0,705
NO	N de casos válidos	23			23		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,52.
b. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,09.

Fuente: Propia del investigador

INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la relación del hábito oral de onicofagia y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 de edad, se realizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado ($p < 0,05$), y no se encontró asociación estadísticamente significativa entre tales variables en el lado derecho en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017. ($p = 0,635$ y $p = 0,297$ respectivamente)

Datos similares se encontró en el lado izquierdo es decir no se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el hábito oral de onicofagia y plano terminal con y sin espacios primates en el lado izquierdo en niño de 3 – 6 años de edad de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017 ($p = 0,703$ y $p = 0,503$ respectivamente).

5.4. Discusión

Con la finalidad de evaluar la relación entre los hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, se estudió a 90 niños y el 54,4% correspondieron a niños del género femenino y el 45,6% correspondieron a niños del género masculino. En relación a la distribución según edad, se estudiaron niños entre 3 y 6 años, de los cuales el 37,8% tenían 3 años, el 26,7% tenían 4 años, el 27,8% tenían 5 años y el 7,8% tenían 6 años. Sin embargo estudios como los de Alemán et al. (2007) ³¹ y León et al. (2014) ⁵, evaluaron la presencia de los hábitos bucales deformantes y su influencia sobre el plano poslácteo teniendo un número de muestra mayor al de nuestro estudio, fueron 300 los niños aproximadamente atendidos en las clínicas estomatológicas docentes; se analizaron: edad, género, tipos de hábitos y relaciones oclusales. Los hábitos orales pueden ser factores desencadenantes de maloclusiones que lamentablemente se presentan en la población infantil a edades tempranas, provocando alteraciones considerables como modificación del plano terminal, mordida cruzada anterior y/o posterior, alteraciones overjet y overbite en la segunda dentición entre otras; resultando un problema real de salud pública.¹⁰ Sin embargo, las consecuencias que estos tengan en la dentición dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Estudios realizados por diversos autores como Agurto et al. (2014) ³², Espinoza et al. (2016)¹⁴, coinciden en que mientras antes se detecte y elimine el hábito oral los daños ocasionados en la oclusión serán menores. Por ello, es importante realizar un diagnóstico de los hábitos para poder eliminarlo, corregirlo y poder brindarle un correcto

tratamiento ya sea por parte del odontólogo general o del especialista en Odontopediatría. ^{14, 32}

En la presente investigación, se consideraron como variable de estudio los hábitos orales (respiración bucal, interposición lingual, interposición labial y onicofagia) y los planos terminales con y sin espacios primates. Se decidió realizar este estudio porque se observó que los hábitos orales son más frecuentes en edad preescolar y no son detectados de manera precoz con la finalidad de evitar complicaciones como alteración del plano terminal, lo cual conllevaría a una maloclusión futura. Sin embargo, no se han reportaron estudios previos de la asociación de estas variables, es por ello que se decide realizar el estudio.

Al determinar la frecuencia de los hábitos orales, se encontró que el hábito predominante es la onicofagia, seguido de la respiración bucal y la interposición lingual mientras que la interposición labial no se encontró en ninguno de los niños evaluados. Estos resultados son similares al estudio realizado por Aguilar et al. (2009) ³³, que encontraron que la onicofagia con 44% es el hábito más frecuente, en segundo lugar está la respiración bucal con 37,2% y el tercero la succión digital con 3,9%, así mismo Salamanca et al. (2015) ⁸; encontraron en sus resultados que la onicofagia es el hábito más frecuente en escolares con 35%), seguido por la respiración bucal 9,5% y la succión digital 8,5%, datos que coinciden con nuestro estudio en el hábito más frecuente Sin embargo, Arccadi B (2016) ¹¹, encontraron valores superiores en su estudio siendo la respiración bucal el hábito más frecuente con 48,3%, seguido de onicofagia con 36%, interposición labial con 30,3%. Asimismo, Chamorro A (2017) ³⁴, en su estudio

encontró que el hábito oral que se presentó con mayor frecuencia fue el de respiración oral con un 36%, seguido de onicofagia con un 24%, y el hábito oral menos frecuente fue el de apretar los dientes con un 11%. Esta diferencia en los resultados con nuestro estudio puede estar asociado a que estos autores evalúan a diferentes tipos de poblaciones, el primero evaluó a niños chilenos y el segundo autor evaluó a niños colombianos por ello las características tanto del proceso de salud y como de la enfermedad son diferentes en nuestro país. Los planos terminales también fueron evaluados en los niños de 3 a 6 años, encontrando más frecuente al plano terminal recto bilateral (55,3%), seguido del escalón mesial (derecho: 35,6% e izquierdo: 34,4%) y por último el escalón distal (12,2% bilateral). Estos hallazgos fueron similares a lo reportado por Pascual et al. (2015)¹³, quienes encontraron que el 52,5 % de niños tuvo un tipo de plano terminal molar recto, seguido del escalón mesial con 30 % y el escalón distal con el menor porcentaje de 17,5 %. Por otro lado, Flores A (2014)³⁵, encontró que el plano terminal Bilateral más frecuente es el escalón recto con 51,9%, el escalón mesial con 44,4% y el escalón distal con 3,7%, resultados que coinciden con los nuestros. De igual forma Cuya A (2014)³, registró como el plano terminal en el lado derecho más prevalente al plano terminal recto con 52,4%, al mesial con 38,7% y al distal con 6,2%. En el lado izquierdo el plano más fue el plano terminal recto con 45,9%, el mesial con 43,7% y por último el escalón distal con 7,3%. Esto se debe posiblemente que todos estos trabajos tuvieron como muestra grupos de edades similares a nuestro estudio. Sin embargo, Peve V (2006)³⁶, observó en 300 niños el tipo de plano terminal y encontró que el plano más frecuente es el escalón mesial bilateral con 67,7 %, seguido del plano

terminal recto bilateral con 24 %, y finalmente el escalón distal bilateral 2.7 %. Estas diferencias se deberían a que las muestras conformadas por niños entre 4 y 5 años en su mayoría presentan un cambio en las relaciones debido a factores como el crecimiento mandibular, la eliminación de interferencias cuspidas y el inicio de movimientos irruptivos de los primeros molares permanentes. Estos acontecimientos evolutivos pueden contribuir para la sustitución del plano terminal recto por el escalón mesial.

Al determinar la frecuencia de los espacios primates en niños de 3 a 6 años se encontró que tanto en el lado derecho como izquierdo, en el sector superior predomina la presencia de espacios primates (74,4% y 73,3% respectivamente); mientras que en el sector inferior se encontraron cifras menores (37,8% y 33,3% respectivamente). Lo mismo ocurre en el estudio de Williams et al. (2004) ²⁶, pues encontró que el espacio primate superior es el más frecuente ya que el 85% presentaba espacios primates en su población estudiada mientras que en el maxilar inferior se presentó en un 63,5%. Los mismos datos obtuvo Flores A (2014) ³⁵, al estudiar a 108 niños entre 3 y 5 años de edad pudo corroborar que los espacios primates en el maxilar superior se presentaron en un 56.5% siendo el predominante mientras que en el maxilar inferior encontró la presencia de espacios primates en un 31,5%. Esto puede deberse a la distribución homogénea que se logró conseguir entre los grupos de edades.

Al evaluar la relación entre hábitos orales con la edad y el género, se encontró la onicofagia fue más predominante a los 3 años de edad con 29,4% y menos frecuente a los 5 años con 12%; el género más frecuente es el femenino. No se encontró diferencia significativa con la edad ($p=0,407$) y el sexo ($p=0,033$). En el

estudio de Salamanca et al. (2015) ⁸ encontró que la onicofagia de acuerdo a la edad se observó una mayor frecuencia en niños de cuatro y cinco años, y en cuanto al género los varones mostraron una mayor frecuencia de este hábito, similar a lo reportado por Carvajal et al. (2014) ³⁷. Algunas investigaciones establecen que este hábito se relaciona con factores tales como el nerviosismo, e inquietud o algún problema psicológico, lo que puede dar como resultado alguna alteración en la oclusión. Del mismo modo Aguilar et al. (2009) ³³, evidenció en su estudio que la onicofagia estaba presente en el 44,4% de los alumnos estudiados, con un 38,6% a los 6 años, un 42,3% a los 8-9 y un 51,65% a los 11-12 años, encontrándose diferencias estadísticamente significativas con el sexo ($p < 0,05$).

De acuerdo a la de respiración bucal Salamanca et al. (2015) ⁸, determinó que en relación con la edad, los preescolares de cinco años presentaron una frecuencia mayor, y conforme al género fue más prevalente en los niños. Datos que coinciden con nuestro estudio pues encontramos un mayor porcentaje de respiradores bucales en los 5 años con 16% mientras que a los 6 años fue de 0%; siendo el género masculino el más frecuente.

No se encontró asociación con la edad ($p = 0,725$) ni con el sexo ($p = 0,217$). Del mismo modo Aguilar et al. (2009) ³³, observó que la respiración oral, es el segundo hábito oral más frecuente y va aumentando discretamente presentándose a los 11 años de edad su mayor porcentaje, su muestra estuvo conformada por niños de 6 a 12 años; no encontró diferencias estadísticamente significativas con el género.

Debido a su alta frecuencia de este hábito oral es que debe ser diagnosticado e intervenido a edades tempranas con el fin de evitar desarrollar hábitos asociados como deglución atípica o alteraciones tanto en tejido blando como duro, deben ser tratados de manera precoz.

La interposición lingual se encontró en mayor proporción a los 4 años con 20.8% y no se presentó a los 3 ni años 6 años de edad, siendo el género masculino el predominante. Si se encontró relación con la edad ($p=0,012$) pero no con el género ($p=0,087$). Valores superiores encontró Salamanca et al. (2015) ⁸, en niños de 5 a 10 años siendo la edad de 6 años en la que predominó este hábito ya que el 30,95% presentó este hábito y no se encontró asociación estadísticamente significativa con el género. Estas diferencias se deben que los grupos de estudio están conformados por niños mayores de 5 años.

En la relación entre planos terminales con espacios primates según edad y género; se encontró que el plano terminal recto bilateral más frecuente en la edad de 5 años fue el plano terminal recto con 26,9%; siendo el género femenino el que predominó; seguido del escalón mesial a los 3 años de edad (derecho: 22,4% e izquierdo: 19,4%), encontrándose mayor frecuencia en el género masculino; y finalmente el menos frecuente es el escalón distal bilateral en los niños de 5 y 6 años (0,0%), y el mayor porcentaje se presentó en el género masculino. Si se encontró asociación estadísticamente significativa entre el plano terminal con espacios primates y la edad (derecho $p=0,002$ e izquierdo $p=0,003$); mientras que con el género no se encontró asociación estadísticamente significativa (derecho $p=0,150$ e izquierdo $p=0,196$).

En la asociación de planos terminales sin espacios terminales con la edad y el género, se evidenció que el plano terminal bilateral más predominante fue el plano terminal mesial en la edad de 3 años, siendo el género femenino el que predominó; en segundo lugar encontramos el escalón recto a los 3 y 4 años de edad con 17,4% en ambos lados, encontrándose mayor frecuencia en el género femenino; y finalmente el escalón distal lo encontramos en menor porcentaje en los 6 años con 0,0% bilateral, y el mayor porcentaje se presentó en el género masculino. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el plano terminal sin espacios primates con la edad. Por otro lado solo se encontró asociación entre el plano terminal sin espacios primates en el lado izquierdo con el género, mas no en el lado derecho.

El presente estudio evaluó la relación entre los hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017. Encontrando que con la respiración bucal e interposición lingual existe asociación cuando se relaciona con los planos terminales con espacios primates ($p=0,045$); sin embargo en la onicofagia no se encontró relación con el plano terminal con espacios primates.

Se evidencio también que ninguno de los hábitos estudiados en nuestra población presento asociación estadísticamente significativa con los planos terminales sin espacios primates.

Según la literatura consultada, no se encuentran referencias similares a este estudio, ya que los autores tomaron los planos terminales y los espacios primates como variables aisladas, mas no como asociadas como en este estudio. Por lo

tanto estos resultados no pueden ser comparados con estudios a nivel nacional ni mundial.

La principal limitación de la investigación fue la falta de homogeneidad en la cantidad de nuestra muestra. Otra limitación que se encontró en la evaluación del hábito oral fue que no se encontró uno de los hábitos que se había planteado inicialmente que fue el de interposición labial ya que ningún niño lo presentó por lo tanto al momento de realizar el estudio se convirtió en una constante.

En el Perú, no existen estudios que evalúen la asociación entre hábitos orales y planos terminales con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de edad. Por ello, es importante seguir realizando trabajos como nuestro estudio donde se pueda comparar diferentes poblaciones del mismo grupo etario utilizando las mismas variables que asociamos.

El presente estudio nos permite rectificar el papel del odontólogo general en la prevención, detección e intercepción de los hábitos orales; que en condiciones óptimas deben discontinuarse en el segundo año de vida o antes, y si persisten más allá de los 3 años deben iniciarse acciones para su cese. Ya que puede conllevar a la aparición de alteraciones en la oclusión.

CONCLUSIONES

1. Al observar la frecuencia de los hábitos orales en los niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017, según la edad se evidenció que en los niños de 3, 4 y 6 años el hábito oral más frecuente es la onicofagia y los de menor porcentaje fueron: la interposición lingual en los 3 años, la respiración bucal a los 4 y 6 años y la interposición lingual a los 6 años. Mientras que en los niños de 5 años el hábito oral de mayor porcentaje es la respiración bucal y el de menor proporción la interposición lingual. Ningún niño presentó interposición labial.
2. Al examinar al total de la población se concluyó que tanto en el género masculino como femenino, el hábito más frecuente es la onicofagia y los menores porcentajes lo presentaron la interposición lingual. Cabe resaltar que ningún niño presentó interposición labial.
3. Con respecto al plano terminal con espacios primates según edad, se encontró que el escalón mesial bilateral presenta el mayor porcentaje en los niños de 3 años de edad y en menor proporción el escalón distal bilateral. En los niños de 4 ,5 y 6 años de edad el plano terminal más frecuente fue el plano terminal recto bilateral, y el de menor proporción el escalón distal bilateral.
4. Se evaluó los planos terminales sin espacios primates con la edad, y se evidenció que en el plano terminal izquierdo a los 3 años de edad el más frecuente fue el escalón mesial y el escalón distal se presentó en menor proporción; mientras que en el plano terminal derecho el mayor porcentaje se evidenció en el plano terminal recto y escalón mesial, seguido del escalón distal. Por otro lado en los niños de 4 años de edad se observó el mayor porcentaje en

plano terminal recto bilateral y las menores cifras lo presentó el escalón distal bilateral. De los niños de 5 años el mayor porcentaje presentan plano terminal recto bilateral y escalón distal bilateral por lo tanto los menores porcentajes lo presentaron el escalón mesial bilateral. Y finalmente en los niños de 6 años predominó el plano terminal recto bilateral y los que presentaron el menor valor fue el escalón mesial y el escalón distal bilaterales.

5. Al analizar el plano terminal con espacios primates según género, se encontró que el plano terminal recto es el más frecuente en el género masculino y los menores porcentajes lo presentaron el escalón distal. Mientras que en el género femenino se encontró el mayor porcentaje el escalón mesial bilateral, y los valores menores lo presentó el escalón distal.

6. Se evidenció que en el plano terminal sin espacios primates con el género, el mayor porcentaje de niños en el género de masculino presenta escalón distal bilateral. Mientras que en el género femenino el plano recto se presentó de manera más frecuente.

7. Se encontró que los planos terminales con espacios primates está asociada con la respiración bucal y en la interposición lingual, mientras que la onicofagia no presenta relación alguna. Se evidenció también que ninguno de los hábitos estudiados en nuestra población presenta relación con los planos terminales sin espacios primates.

RECOMENDACIONES

- Realizar actividades de promoción de salud dirigida a los padres de familia y docentes, para que en forma conjunta puedan corregir los hábitos orales en edades tempranas y evitar sus efectos perjudiciales.
- Es importante que el odontólogo general pueda detectar la presencia de hábitos orales en la consulta diaria pudiendo así prevenir o interceptar los futuros problemas funcionales y estéticos.
- Diagnosticar y tratar precozmente las alteraciones de la oclusión dentaria desde edades tempranas, ya que de no ser atendidas adecuadamente puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del sistema estomatognático.
- Mantener los espacios primates ya que su importancia radica en que si están presentes van a compensar la diferencia de tamaños entre los dientes temporales y los permanentes.
- Se recomienda realizar más investigaciones comparando diferentes poblaciones del mismo grupo etario, de ambos sexos, de diferentes estratos sociales y de diferentes territorios geográficos.
- Se aconseja utilizar las mismas variables asociadas para determinar de forma más clara la importancia de los espacios primates y de su permanencia; utilizando una muestra homogénea.
- Utilizar los resultados de este trabajo para futuras investigaciones con objetivos semejantes a los establecidos en este estudio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Meneses E, Vivares A, Rodríguez M. Perfil epidemiológico de la oclusión estática y los hábitos orales en un grupo de escolares de Medellín, Colombia. Rev Nac Odontol. [Internet] 2016 Oct- Nov [citado 10 Mayo 2017]; 12(22): 69-79. Disponible <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1207>
2. Carrillo A, Catarí P. Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatría [Tesis]. Valencia: Universidad de Carabobo; [Internet] 2013.Feb-Mar [Citado 13 Mayo 2017] Disponible <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2626/1/anpa.pdf>
3. Cuya A, Paredes S. Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el Centro de Salud Masusa, [Internet] 2014 Jun-Jul [Tesis: Para obtener en título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Peruana Oriental; 2014. [citado 13 Mayo] Disponible en: <http://repositorio.upouni.edu.pe/handle/UPOUNI/21>
4. Alvarez M, Quiroz K, Chamilco S, Vásquez C, Yaranga L, Huanca J, *et al.* Estudio Piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. Odontol. Sanmarquina. [Internet] 2011 May-Jul [citado 08 Junio 2017]; 14(2): 13-16. Disponible <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-24/>
5. León A, Carvajal Y, Pèrez N, Rodríguez O. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. Mediciego. [Internet] 2014; [citado Ago-Set]; [citado 10 Junio 2017] 20(1). Disponible http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_no2_14/pdf/T8.pdf

6. 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]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; [Internet] 2013. [citado mayo 05 Junio 2017] Disponible http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/732/1/zapata_mj.pdf
7. Sàenz A. Asociación de hábitos orales con maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; [Internet] 2007. [citado 06 Mayo 2017] Disponible <http://eprints.uanl.mx/2392/1/1080211199.pdf>
8. Salamanca R, Murrieta J. Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un Jardín de niños del Estado de México. Rev. Cient. Odontol. [Internet] 2015; [citado 05 Junio 2017] 11(2). Disponible <http://www.redalyc.org/html/3242/324243574002/>
9. Estrada G, Estrada G, Cubero G, López M. Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal. Mediciego. [Internet] 2015; [citado 15 Junio 2017] 21(1): 10 -14. Disponible <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/104/423>
10. Mendoza O, Meléndez O, Ortiz S, Fernández L. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev Mex Ortodon. [Internet] 2014; [citado 17 Mayo 2017] 2(4):220–227. Disponible <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516300381>

11. Accardi B. Prevalencia de malos hábitos orales y su asociación con anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años. Comuna Dalcahue, Chiloé [Tesis]. Chile: Universidad Andrés Bello; 2016. Citado http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/3175/a117540_Accardi_K_P_revalencia_de_malos_habitos_orales_2016_Tesis.pdf?sequence=1
12. Villena A. Prevalencia de hábitos bucales nocivos en niños de primero a cuarto año de la Escuela Fiscal Ángel Chiriboga del Distrito Metropolitano de Quito, Período Septiembre 2015- Enero 2016 [Tesis]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; [Internet] 2016. [citado 19 de Mayo] Disponible <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6241/1/T-UCE-0015-312.pdf>
13. Pascual A, Lòpez E. Tipo de arcada y plano terminal molar de la dentición temporal y su correlación con las clases de maloclusión de la dentición permanente. Apunt. Cienc. Soc. [Internet] 2015; [citado 20 Mayo 2017] 5(2). Disponible <http://journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/article/viewFile/340>
14. Espinoza I, Casa L, Campos K. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. Odontol Pediatr. 2015; 15(1).
15. Águila F. Tratado de Ortodoncia teoría y práctica Tomos I y II: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas. 1a ed. Venezuela: Amolca; 2000.
16. Escobar M. Odontología Pediátrica. Venezuela: Amolca; 2004.
17. Hidalgo F. Lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva en relación a la oclusión decidua de niños de un centro poblado de Huancavelica [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

18. Santos M. Características en dentición decidua: Prevalencia de los tipos de arcos y su repercusión en la dentición permanente [Tesis]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; [Internet] 2009. [Citado 19 Mayo 2017]. Disponible <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/MARIALUISAISABELSANTOSMOTOS.p>
19. Ravn J. Occlusion in the primary dentition in 3 year-old children. Scand. J. Dent. Res. 1975; 83:123-30.
20. Aucancela S. Características de los arcos dentarios en niños de 3 a 6 años con dentición decidua en instituciones del centro de Quito [Tesis]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; [Internet] 2012-2013. [Citado 20 Junio 2017]. Disponible <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1484/1/T-UCE-0015-047.pdf>
21. Pedroni Q. Características oclusales, craneométricas y biotipo facial en una población de niños mestizos preescolares de la ciudad de Chihuahua [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Chihuahua; [Internet] 2012. [Citado 01 Junio 2017]. Disponible <http://www.fo.uach.mx/posgrado/tesis/Tesis%20Giovanna%20Pedroni.pdf>
22. Ocampo P, Johnson G, Lema Á. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev. Nac. Odontol. [Internet] 2013 Dic; 9: 83-90. [Citado 27 Mayo 2017]. Disponible <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>
23. Maldonado P. Respirador bucal y maloclusiones. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; [Internet] 2011.[citado 25 Junio 2017]- Disponible

<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/GISSELAMILAGROSMALDONADOPORTAL.pdf>

24. Cortés A, Oropeza T. Intervención conductual en un caso de onicofagia. Rev. Enseñanza e Investigación en Psicología. [Internet] 2011; [citado 30 Mayo 2017].

16 (1): 103-113. Disponible

https://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Aguado.pdf

25. Ojeda L, Espinoza A, Biotti J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. [Internet] 2014; [citado 01 Junio 2017] 7 (1). Disponible

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-

01072014000100009

26. Williams F, Valverde R, Meneses A. Dimensiones de arcos y relaciones oclusales en dentición decidua completa. Rev Estomatol Herediana. [Internet] 2004; [citado 15 Junio 2017] 14(1-2): 16- 22. Disponible

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2005>

27. Serna C, Silva R. Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la Ciudad de México. Revista ADM. [Internet] 2005; [citado 17 Mayo]

LXII (2): 45- 51. Disponible <http://eprints.uanl.mx/3175/1/1080224611.pdf>

28. Mosby. Diccionario Mosby Medicina, enfermería y ciencias de la salud. España: Elsevier; 2013.

29. Vergaray A. Evaluación de las características esqueléticas y dentales de pacientes deglutores atípicos según patrón esquelético [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [Internet] 2009. [citado 19 Mayo]

2017].

Disponible

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/625/1/Vergaray_sa.pdf

30. Real Academia Nacional de Medicina [Internet]. Diccionario de términos médico. Argentina [actualizado 2012; citado 20 Jun 2017]. Disponible en: <http://dtme.ranm.es/accesoRestringido.aspx>

31. Hernández S. Metodología de la investigación. 2da ed. Mc Graw Hill. México. 2001. Pag 52-134. stars princess song

32. Alemán C, Gonzalez D, Ortega L, Delgado Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2007 [citado 28 de Noviembre del 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001

33. Agurto P, Díaz R, Cádiz O, Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. Chil. Pediatr. [Internet] 2014; [citado 17 setiembre 2017] 6(70). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004

34. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de Maloclusión en población escolar. Rev. Lat. De Ortodoncia y Oodontopediatría. [Internet]. 2009 [citado 20 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-22/>

35. Chamorro A, García C. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de odontopediatría de la universidad del valle. Rev Gastrohup. [Internet]. 2017

[citado 28 noviembre 2017]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Libia_Soto/publication/317415773_HABITOS_ORALES_FRECUENTES_EN_PACIENTES_DEL_AREA_DE_ODONTOLOGIA_DE_LA_UNIVERSIDAD_DEL_VALLE_httpgastropediatriaorga17v19n2s1a17v19n2s1a2pdf/links/5939bef00f7e9b32b73dfe0a/HABITOS-ORALES-FRECUENTES-EN-PACIENTES-DEL-AREA-DE-ODONTOLOGIA-DE-LA-UNIVERSIDAD-DEL-VALLE-http-gastropediatriaorg-a17v19n2s1-a17v19n2s1a2pdf.pdf

36. Flores A. Asociación de las características oclusales con la edad y género en niños con dentición decidua de una institución educativa pública del distrito de Ate Vitarte en el año 2013 [Internet]. 2014 [Tesis: Para obtener en título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – UPC. Disponible en: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/322442>

37. Peve V. Prevalencia de alteraciones oclusales en niños con dentición decidua del C.E.I. N° 04 Del Distrito De San Martín De Porres. [Tesis: Para obtener en título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2006

38. Carvajal J, Carvajal M, Escudero E, Romero M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, 2012. Ciencias de la Salud, Handbook -©ECORFAN-Bolivia – Sucre. [Internet] 2014; [citado 05 Noviembre 2017]. Disponible en: decano-med@usfx.edu.bo

39. Urrieta E, López I, Quirós O, Farias M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado

de ortodoncia interceptiva U.G.M.A. años 2006-2007. Rev. Lat. De ortodoncia y Odontopediatría. [Internet]. 2008 [citado 05 noviembre 2017]. Disponible en en [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/habitos_bucales_maloclusion.a
sp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/habitos_bucales_maloclusion.asp)

ANEXOS

Anexo 01: Carta de Presentación



Pueblo Libre, 24 de Agosto del 2017

GISELA ACEVEDO SANTIAGO
Directora de la Institución Educativa "AMILCAR SILVA RABINES" CASAGRANDE - ASCOPE

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada CABRERA CHAVEZ, KATHERINE MARIA DE LOS ANGELES, con código 2009184065, 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: "RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ORALES Y PLANO TERMINAL CON Y SIN ESPACIOS PRIMATES EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA AMÍLCAR SILVA RABINES CASAGRANDE - ASCOPE. LA LIBERTAD 2017"

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

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

Atentamente,



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



Recibido: 29.08.17
Hora: 11:05 am.

Anexo 02: Constancia de Ejecución

	
---	---

INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL "AMÍLCAR SILVA RABINES"
CALLE: TRUJILLO S/N CP. ROMA

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (TESIS)

La que suscribe; Directora de la Institución Educativa Inicial: "Amílcar Silva Rabines" Mg. Gisela Noemí Acevedo Santiago, otorga la presente constancia de ejecución de trabajo de investigación (tesis) a:

CABRERA CHAVEZ, KATHERINE MARIA DE LOS ANGELES

Egresada de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas; con código 2009184065, quien ha realizado su trabajo de investigación titulado: *"Relación entre hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amilcar Silva Rabines Casagrande - Ascope, La Libertad 2017"* desde 31 de agosto al 15 de setiembre del 2017.

La señora Cabrera Chavez, Katherine Maria De Los Angeles; realizó su trabajo de investigación con eficiencia, puntualidad y responsabilidad.

Se otorga la presente constancia para los fines que el itneresado estime conveniente.

Roma, 22 de setiembre del 2017.



Mg. Gisela N. Acevedo Santiago
Directora (e)

Anexo 03: Consentimiento informado



RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ORALES Y PLANO TERMINAL CON Y SIN ESPACIOS PRIMATES EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA AMÍLCAR SILVA RABINES. CASAGRANDE - ASCOPE. LA LIBERTAD 2017.

1. **PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** En nuestra sociedad los niños tienden a adquirir hábitos orales que en un futuro afectaran el crecimiento de sus dientes y de sus huesos maxilares, mediante la frecuencia con la que ellos realicen este acto, por lo tanto nosotros realizaremos este estudio para informarles sobre la prevención que usted debería tomar si su hijo y/o representado llega a presentar un hábito bucal.

2. **PROCEDIMIENTO A SEGUIR:** Si usted permite que su hijo/a participe en este estudio, le realizaremos lo siguiente:
 - Examinaremos al niño con la ayuda de un espejo bucal.
 - Se le tomara fotografías de su boca.
 - Se le observara mientras él/ella en la misma institución educativa.
 - Toda la información será recolectada se guardará con absoluta confidencialidad.

3. **RIESGOS:** Este será un estudio observacional, en donde su hijo/representado no tendrá ningún riesgo.

4. **BENEFICIOS:** Los niños que participen en este estudio recibirán un diagnostico prematuro, el cual evitara daños en el habla, en la respiración, en la alimentación y en la estética bucal de su hijo.

Por ello después de haber leído y comprendido lo antes expuesto, de forma desinteresada y como una contribución al apoyo a las actividades de investigación para determinar la relación entre hábitos orales y plano terminal presentes doy mi autorización para que se le realice la inspección clínica a mi hijo (a).

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

FIRMA

Anexo 04: Instrumento – Ficha clínica para hábitos orales



FICHA CLÍNICA

Esta ficha está diseñada para analizar la presencia de algún de hábito oral que pueda afectar el habla, la respiración, la alimentación y la estética bucal del niño; para ello el observador deberá marcar con aspa X en los recuadros según los resultados del examen clínico.

1. **NOMBRE DEL NIÑO:**
2. **FECHA DE NACIMIENTO:**
3. **GÉNERO:** MASCULINO..... FEMENINO.....
4. **EDAD:** 3 4 5 6
5. **TIPO DE DENTICIÓN:** TEMPORAL..... MIXTA.....
6. **EXAMEN EXTRAORAL:**

• **LABIOS:**

1) SUPERIOR	Normal	Labio corto
2) CIERRE LABIAL	Competencia	Incompetencia
3) INFERIOR	Normal	Grueso o evertido
4) LABIOS RESECOS	Si	No
5) DEGLUCIÓN	Normal	Interposición labial(inferior)

• **NARIZ:**

1) ALETAS NASALES	Normal	Hipertónico	Hipotónico
2) AL SELLAR LOS LABIOS	Respiración normal	Respiración acelerada	

- **UÑAS:** Normal..... Mordeduras..... Inflamación/Infección.....

7. **EXAMEN INTRAORAL:**

• **LENGUA:**

REPOSO	Normal	Interpuesta
--------	--------	-------------

8. **EXAMEN FUNCIONAL**

1) DEGLUCIÓN	Normal	Interposición Lingual	
2) FONACIÓN	Normal	Interposición Lingual	
3) FONEMAS	D	S	T

9. **HÁBITOS PRESENTES:**

HÁBITOS		
RESPIRACION BUCAL	Si	No
INTERPOSICIÓN LINGUAL	Si	No
INTERPOSICION LABIAL	Si	No
ONICOFAGIA	Si	No

Anexo 04: Instrumento – Ficha clínica para planos terminales con y sin espacios primates



FICHA CLÍNICA

Esta ficha se observará el tipo de plano terminal y la presencia o no de espacios primates de cada niño; para ello el observador deberá marcar con aspa X en los recuadros según los resultados del examen clínico.

1. NOMBRE DEL NIÑO:

1) PLANO TERMINAL

	Derecha	Izquierda
Escalón mesial		
Recto		
Escalón distal		

2) ESPACIOS PRIMATES

✓ **Maxilar superior**

	Si	No
Derecha		
Izquierda		

✓ **Maxilar inferior**

	Si	No
Derecha		
Izquierda		

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:
 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: MEDIANES VARGAS JORGE
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA: UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION: FICHA CUALIFICACION PARA NIOS
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: RODRIGUEZ GARCERAN CH.

II. ASPECTOS DE VALORACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	NIVEL DE VALORACION												
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado													
2. OBJETIVIDAD	Está adecuados a las leyes y principios científicos													
3. ACTUALIZACION	Está adecuados la observación y las necesidades reales de la investigación.													
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.													
5. SUBTENCION	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar los variables de las hipótesis.													
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.													
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y a solo los procedimientos de investigación y de recolección de datos.													
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su aplicación.													

III. OPINION DE APLICABILIDAD:
 a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 23/9/17 ON: 10321066 FIRMA DEL EXPERTO: [Firma]
 Sig. CDJ Jorge Medianejas Vargas
 C.O.P. 1824 R.N.E. 01796
 ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:
 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: MEDIANES VARGAS JORGE
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA: UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION: FICHA CUALIFICACION PARA NIOS
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: RODRIGUEZ GARCERAN CH.

II. ASPECTOS DE VALORACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	NIVEL DE VALORACION												
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado													
2. OBJETIVIDAD	Está adecuados a las leyes y principios científicos													
3. ACTUALIZACION	Está adecuados la observación y las necesidades reales de la investigación.													
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.													
5. SUBTENCION	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar los variables de las hipótesis.													
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.													
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y a solo los procedimientos de investigación y de recolección de datos.													
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su aplicación.													

III. OPINION DE APLICABILIDAD:
 a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 23/9/17 ON: 10321066 FIRMA DEL EXPERTO: [Firma]
 Sig. CDJ Jorge Medianejas Vargas
 C.O.P. 1824 R.N.E. 01796
 ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

Anexo 06: Matriz de consistencia



TÍTULO: Relación entre hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variables	Metodología Población y Muestra
Problema principal: ¿Cuál será relación entre hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017?	Objetivo General: Evaluar la relación entre los hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.	Hipótesis General: Existe relación entre hábitos orales y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.		Tipo de investigación: Observacional Prospectivo Transversal Descriptivo Nivel de investigación: Relacional
Problemas secundarios: ¿Cuál es la frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 años según edad?	Objetivos específicos: 1.- Determinar la frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 años según edad.	Hipótesis específicas: • Si existe relación entre hábitos orales y edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.	Plano terminal con y sin espacios primates Hábitos Orales	Población: La población fue de 115 niños de 3 a 6 años que estuvieron matriculados en la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad en el año 2017. Muestra: Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando como muestra a 90 niños, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión planteados. Según los criterios expuestos: Criterios de inclusión: Niños de 3 a 6 años legalmente matriculados en la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017. Niños cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado. Niños que presenten dentición decidua Niños colaboradores. Niños que no estén en tratamiento de ortodoncia interceptiva. Criterios de exclusión: Niños cuya edad sea inferior o superior a la indicada en los criterios de inclusión. Niños que no sean alumnos regulares de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017. Niños que no presenten la autorización de su tutor legal. Niños que posean dentición permanente. Niños que no estén presentes al momento del examen. Niños que no cooperen al momento del examen.
¿Cuál es la frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 años según género?	2.- Determinar la frecuencia de los hábitos orales en niños de 3 – 6 años según género.	• Si existe relación entre hábitos orales y género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.		
¿Cuál es la frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 – 6 años según edad?	3.- Determinar la frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 – 6 años según edad.	• Si existe relación entre plano terminal con espacios primates y edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.		
¿Cuál es la frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 – 6 años según edad?	4.- Determinar la frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 – 6 años según edad.	• Si existe relación entre plano terminal sin espacios primates y edad en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.		
¿Cuál es la frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 – 6 años según género?	5 - Determinar la frecuencia de plano terminal con espacios primates en niños de 3 – 6 años según género.	• Si existe relación entre del plano terminal con espacios primates y género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.		
Cuál es la frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 – 6 años según género?	6 - Determinar la frecuencia de plano terminal sin espacios primates en niños de 3 – 6 años según género.	• Si existe relación entre plano terminal sin espacios primates y género en niños de 3 – 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017		
¿Cuál es la relación entre cada uno de los hábitos orales encontrados y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 – 6 años?	7.- Determinar la relación entre cada uno de los hábitos orales encontrados y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años.	• Si existe relación entre cada uno de los hábitos orales encontrados y plano terminal con y sin espacios primates en niños de 3 a 6 años de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017.		

Anexo 07: Fotografías



Fotografía N°1: Vista del Centro Poblado de Roma donde se encuentra la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad

2017



Fotografía N°2: Vista frontal de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines.

Casagrande – Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°3: Vista del aula verde de la Institución Educativa Amílcar Silva
Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°4: Vista del aula rosada de la Institución Educativa Amílcar Silva
Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°5: Vista del aula celeste de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°6: Vista del aula lila de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°7: Vista del aula amarilla de la Institución Educativa Amílcar Silva
Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°8: Niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva
Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°9: Niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva
Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°10: Niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva
Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017



Fotografía N°11: Niños examinados de la Institución Educativa Amílcar Silva Rabines. Casagrande - Ascope. La Libertad 2017