



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**RELACIÓN ENTRE PLANOS TERMINALES Y
HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE TRES A CINCO
AÑOS DE LA I.E.I.P NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
DEL DISTRITO DE OLMOS - LAMBAYEQUE 2017**

**PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA
PRESENTADO POR**

BACHILLER: MERA VELEZ, JUAN EDUARDO

CHICLAYO - PERÚ

2017

A Dios por darme la fuerza y la fe en seguir adelante ante las adversidades que presenta la vida, por darme tantas bendiciones y estar siempre presente en mi camino y permitirme vivir nuevas experiencias y darme cuenta que él está presente en todo momento de mi vida.

A Lily Vélez Lamadrid, mi madre, una mujer digna de imitar

A Juan Mera Vélez, mi padre, por su paciencia y acompañamiento

Ellos son Fuentes de inspiración para mi superación y aprendizaje continuo. Dios los bendiga siempre

AGRADECIMIENTO

A mis Padres, por continuar brindándome su amor u apoyo, por permitirme llegar a cada meta que me trace y otorgarme las oportunidades para ser alguien en la vida

A Francisco Vargas Corpancho, mi asesor metodológico, por su guía y apoyo.

A la directora de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos, la Lic. Margarita Esperanza Albújar de Oyola, por brindarme el respaldo y confianza para la aplicación de la presente investigación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivo conocer la relación entre hábitos orales y planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos.

Se desarrolló un estudio descriptivo – correlacional. Se evaluaron 75 niños de toda la población de 3 a 5 años con criterios de inclusión y exclusión. En coordinación con la directora de la Institución Educativa, se informó a los padres de familia el fin de la investigación y se les pidió su consentimiento para permitir que sus hijos fueran incluidos en la investigación, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. Se registraron los datos en una ficha clínica y hoja de encuesta previamente validadas. La identificación de los diferentes hábitos orales en los niños se realizó en una sola etapa se aplicó una encuesta a los padres de familia y se realizó la evaluación clínica del niño. Se consideró como hábito oral presente, cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidan positivamente. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 23.5.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes, la muestra analizada fue de 75 de toda la población, se encontró que el hábito oral con mayor incidencia fue la onicofagia con un 22,7%, seguida por la succión digital y labial respectivamente con un 22,7% la de respirador bucal con un 12,0% y la deglución atípica con un 8,0%. En cuanto al plano terminal más frecuente fue el escalón mesial con un 86,7%, seguido por el recto con un 9,3% y el escalón distal con un 4,0%. Se determinó que hubo una diferencia significativa en el sexo femenino con un 58,7% sobre el sexo masculino con un 41,3% en los hábitos orales en relación

con los planos terminales. Se concluyó que no existe relación entre los hábitos orales y los planos terminales en niños de 3 a 5 años en la I.E.I.P Nuestra Señora de La Paz de Olmos-Lambayeque.

Palabras clave: planos terminales, hábitos orales, onicofagia, succión digital, escalón mesial.

ABSTRACT

The present research aimed to know the relationship between oral habits and terminal planes in children aged 3 to 5 years of the I.E.I.P Our Lady of Peace Olmos.

A descriptive - correlational study was developed. We evaluated 75 children from the entire population aged 3 to 5 years with inclusion and exclusion criteria. In coordination with the director of the Educational Institution, parents were informed of the end of the investigation and asked to consent to allow their children to be included in the research, considering the ethical and legal aspects of the research. The data were recorded in a previously validated clinical file and survey sheet. The identification of the different oral habits in the children was carried out in a single stage. A survey was applied to the parents and the clinical evaluation of the child was carried out. It was considered as present oral habit, when the information of the father and the clinical diagnosis agree positively. The statistical processing and analysis of the information was performed through the SPSS statistical software version 23.5.

The results obtained were as follows, the sample analyzed was 75 of the entire population, it was found that the oral habit with the highest incidence was onicofagia with 22,7%, followed by digital suction and lip, respectively, with a respirator of 22,7% Buccal with 12,0% and atypical swallowing with 8,0%. The most frequent terminal plane was the mesial step with 86,7%, followed by the rectum with 9,3% and the distal step with 4,0%. It was determined that there was a significant difference in the female sex with 58,7% in the male sex and 41,3% in the oral habits in relation to the terminal planes. It was concluded that there is

no relationship between oral habits and terminal planes in children aged 3 to 5 years in the I.E.I.P Our Lady of La Paz Olmos-Lambayeque.

Key word: terminal planes, oral habits, onicofagia, digital suction, mesial step.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE TABLA	
ÍNDICE DE GRÁFICO	
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS	
INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	18
1.2 Formulación del problema	19
1.3 Objetivos de la investigación	20
1.4 Justificación de la investigación	21
1.4.1 Importancia de la investigación	21
1.4.2 Viabilidad de la investigación	21
1.5 Limitaciones del estudio	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	23
2.2 Bases teóricas	27
2.3 Definición de términos básicos	49
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	51
3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional	53
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	54
4.2 Diseño muestral	54

4.3 Técnicas e instrumentos recolección de datos, validez y confiabilidad	55
4.4 Técnicas de procesamiento de información	55
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	56
CÁPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.	57
5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras.	59
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	64
5.4 Discusión	67
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
FUENTES DE INFORMACIÓN	73
ANEXOS	
Anexo 1: Carta de presentación	
Anexo 2: Constancia desarrollo de la investigación	
Anexo 3: Consentimiento informado	
Anexo 4: Instrumento de recolección de datos	
Anexo 5: Matriz de consistencia	
Anexo 6: Fotografías	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°1: Distribución de hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque.	57
TABLA N°2: Distribución de planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de La Paz de Olmos - Lambayeque	58
TABLA N°3: Distribución entre hábitos orales y planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque.	59
TABLA N°4: Distribución de los tipos de planos terminales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.	60
TABLA N°5: Distribución de los tipos de planos terminales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.	61
TABLA N°6: Distribución de los hábitos orales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque	62
TABLA N°7: Distribución de los hábitos orales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.	63
TABLA N°8: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales y planos terminales en niños de 3 a 5 años de edad)	64

TABLA N°9: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales según sexo en niños de 3 a 5 años)	64
TABLA N°10: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales según edad en niños de 3 a 5 años)	65
TABLA N°11: Prueba de Chi cuadrado (Planos terminales según sexo en niños de 3 a 5 años)	65
TABLA N°12: Prueba de Chi cuadrado (Planos terminales según edad en niños de 3 a 5 años)	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°1: Distribución de hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque.	57
GRÁFICO N°2: Distribución de planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de La Paz de Olmos - Lambayeque	58
GRÁFICO N°3: Distribución entre hábitos orales y planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque.	59
GRÁFICO N°4: Distribución de los tipos de planos terminales en los en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.	60
GRÁFICO N°5: Distribución de los tipos de planos terminales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.	61
GRÁFICO N°6: Distribución de los hábitos orales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque	62
GRÁFICO N°7: Distribución de los hábitos orales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.	63
GRÁFICO N°8: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales y planos terminales en niños de 3 a 5 años de edad)	64

GRÁFICO N°9: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales según sexo en niños de 3 a 5 años)	64
GRÁFICO N°10: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales según edad en niños de 3 a 5 años)	65
GRÁFICO N°11: Prueba de Chi cuadrado (Planos terminales según sexo en niños de 3 a 5 años)	65
GRÁFICO N°12: Prueba de Chi cuadrado (Planos terminales según edad en niños de 3 a 5 años)	66

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

	Pág.
FOTO N°1: Instrumental utilizado en la evaluación de cada niño.	87
FOTO N°2: Evaluación bucal en los niños de 3 años	87
FOTO N°3: Evaluación bucal en niños de 4 años	88
FOTO N°4: Evaluación clínica de los dedos	88
FOTOGRAFÍA N°5: Madre de familia respondiendo la hoja de encuesta	89
FOTOGRAFÍA N°6: Padre de familia respondiendo la hoja de encuesta	89
FOTOGRAFÍA N°7: Callo en el dedo pulgar por succión digital	90
FOTOGRAFÍA N°8: Callo en el dedo medio por succión digital y uñas mordidas	90
FOTOGRAFÍA N°9: Niño de 3 años succionando los de anular y medio	91
FOTOGRAFÍA N ° 10: Niño de 5 años presento respiración bucal	91
FOTOGRAFÍA N ° 11: Niños de 3 años con escalón mesial	92
FOTOGRAFÍA N ° 12: Niños de 3 años con plano terminal recto	92

FOTOGRAFÍA N ° 13: Niños de 4 años con plano terminal recto	93
FOTOGRAFIA N ° 14: Niños de 5 años con escalón distal	93
FOTOGRAFÍA N 15: Con los niños de la I.E.I.P Nuestra Señora de La Paz de Olmos	94

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata de la relación entre los hábitos orales y los planos terminales, los cuales se han ido aumentando afectando a la mayoría de la población infantil, los hábitos orales pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los niños, en particular, practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar. Los niños constan de 20 dientes que comienzan su erupción a los 6 meses de edad aproximadamente con el incisivo central inferior y es concluida entre los 2 y 3 años con la erupción de la segunda molar, una vez erupcionada las piezas, se establece la oclusión, producto de la interacción de factores genéticos y modificada por factores ambientales, luego de establecida la erupción dental, se llega a un periodo estático conocido como periodo de reposo en donde supuestamente no hay gran modificación de las arcadas dentarias deciduas, es aquí donde observamos las características citadas como normales en algunos estudios, como son: espaciamiento anterior, espacios primates, leve sobremordida y resalte, relación molar plano terminal recto y escalón mesial y relación canina de clase I, inclinación casi vertical de los dientes anteriores y forma ovoide del arco.

La importancia de los hábitos orales para la odontología radica en que todos 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 de la musculatura orofacial.

Con esta investigación se pretende dar a conocer si existe relación entre hábitos orales y planos terminales en la población infantil, su alteración en anomalías de oclusión y sus consecuencias a futuro dirigidas a los padres de familia, para promover programas educativos sobre las dichas conductas anómalas y para que haya conciencia en el sector salud y en los padres de lo importante que es la prevención odontológica en el área de ortodoncia preventiva e interoceptiva.

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

Estudios realizados a nivel mundial muestran altos índices de maloclusion en la sociedad actual. Un estudio realizado en Estados Unidos arrojó como resultado que el 40 y el 60% de la población mostró signos claros de maloclusion dental ocupando el segundo lugar de prevalencia en salud publica precedida de la caries dental, constituyendo la principal causa de gingivitis y así posterior enfermedad periodontal, disfunción de a ATM.¹

Según datos de la Organización Panamericana de Salud (2011) en Latinoamérica, muestran altos niveles de incidencia de maloclusiones que superan el 80 % de la población. Anteriormente se afirmaba que los problemas de maloclusión registrados en la dentición primaria, probablemente perpetuarían en la dentición permanente, alcanzando así un nivel más elevado. Por consiguiente, es importante tener conocimiento sobre los problemas desde las edades más tempranas del niño para que puedan tomarse las precauciones y recomendaciones necesarias que permitan preservar una dentición primaria en condiciones deseables, y por consecuente una dentición permanente ideal, resultando ser un papel importante para el desarrollo de la oclusión permanente.

Estudios realizados en el Perú (2011), se obtuvo como resultado una prevalencia del 70%. El conocimiento de la situación epidemiológica en la población peruana es esencial para la implementación de programas que promuevan acciones

preventivas, interceptivas y de tratamiento en las maloclusiones dentarias a fin de su pronta intervención odontológica.

En un estudio realizado en la ciudad de Lima (2014), en el distrito de San Luis se obtuvo como resultado que la prevalencia del hábito bucal: la onicofagia fue de 23.3%. El tipo de maloclusión predominante fue la clase I en un 71.4%, no se encontró relación entre hábitos bucales y el sexo.²

Considerando que Perú es un país multirracial, existen poblaciones excluidas en diferentes regiones de nuestro país, con características particulares que aún no han sido tomadas como objeto de estudio de investigación. Por tal motivo, el objetivo de este estudio será determinar la relación existente entre los planos terminales y los hábitos orales en los estudiantes de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz, región de Lambayeque distrito de Olmos.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

- ¿Existe relación entre los planos terminales y hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017?

1.2.2 Problema secundarios

- ¿Qué tipo de plano terminal presentan los estudiantes en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017?

- ¿Qué tipo de plano terminal, según sexo presentan los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017?
- ¿Qué hábitos orales presentan los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017?
- ¿Qué hábitos orales, según sexo presentan los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo principal

- Determinar la relación entre los hábitos orales y planos terminales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los tipos de planos terminales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017.
- Identificar los tipos de planos terminales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017.
- Determinar los hábitos orales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017.
- Determinar los hábitos orales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

¿Por qué aparecen las maloclusiones en estudiantes de edad escolar?

La elevada incidencia que existe de maloclusiones que afecta hoy en día a la población infantil, desde edades muy tempranas, y la inexistencia de investigación, servicios y programas de ortodoncia preventiva e interceptiva que beneficie a la población escolar, nos impulsa a estudiar la relación que existe entre los planos terminales y los hábitos orales, en los niños 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque.

Con el presente estudio de investigación se pretende demostrar que dichas alteraciones puede afectar al niño en futuro si no son tratadas a tiempo. De la misma manera se busca crear conciencia en las autoridades encargadas de salud pública a que tome en cuenta la importancia de la odontología preventiva, y la necesidad que tiene la población de crear un programa en el área de ortodoncia preventiva e interceptiva en cualquier organismo ya sea municipal regional o nacional.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El personal profesional docente de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz, distrito de Olmos – Lambayeque colaborará desinteresadamente con la presente investigación por cuanto los resultados también son de su interés como un antecedente registrado.

1.5 Limitación del estudio

El investigador no cuenta con facilidad de viajar al lugar de ejecución de la

investigación.

Para la ejecución de la investigación y culminación se cuenta con tiempo estimado de tres meses.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Espinoza I. et al (2016) en su estudio “Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años” se obtuvo como resultado final una predisposición al hábito de deglución atípica 19,48%; succión digital 2.19% y respiración bucal (0.20%). En cuanto a la prevalencia de las alteraciones dentoalveolares mordida cruzada anterior en un 8.65% y posterior en un 5.27%; mordida abierta anterior con un 9.74% y posterior en un 0.89%; relaciones molares derecha según Angle clase I 57.95%, clase II 19.98% y clase III 10.64%; relaciones molares izquierda según Angle clase I 55.86%, clase II 18.39% y clase III 14.61%; plano terminal derecho escalón mesial con un 6.66%, plano terminal recto con un 0.89% y escalón distal con un 0.40%; plano terminal izquierdo escalón mesial en un 6.16%, plano terminal recto en un 0.99% y escalón distal con un 0.70%; overjet de 1mm a 4mm de un 70.78%, mayor a 4mm de un 11.93% y menor a 4mm de un 6.26%; el overbite de 10% a 40% con un 45.03%, mayor a 40% en un 16.60% y menor a 10% con un 11.43%.³

Ponce y Hernández (2012) en estudiaron la frecuencia y distribución de maloclusion en una población de 0 – 6 años de edad en la población de San Luis Potosí México, obteniendo como el resultado final que el 62% tiene desviaciones del patrón de normalidad de la dentición temporal, presentado hábitos en la maloculisiones como el de succión digital 28% y de chupón en 17%, succión labial 8% y respiración bucal y deglución atípica ambas en un 5%, y en las maloclusiones más común fue escalón mesial ligero en un 61%, plano terminal

recto 33%, escalón distal 4% y escalón mesial 2%, también evaluó la sobremordida Horizontal mayor en un 16% y menos con un 5%, sobremordida vertical más frecuente fue normal en un 73%, profunda en un 16% y abierta en con un 6%.⁵

Sáenz A. (2012). en su estudio titulado “Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar”, asociando los malos hábitos orales y maloclusiones en la población infantil, el porcentaje de las maloclusiones asociadas a la maloclusión y su alteración en anomalías de la oclusión anterior y posterior, obteniendo como resultado final que el hábito más frecuente fue el de succión en 62.14% en su mayoría a los 3 años, interposición lingual en un 32.8% a los 6 años y la respiración oral en un 5% a los 4 años, en cuanto a la maloclusión más frecuente asociado al hábito de succión e interposición lingual fue el plano terminal recto en un 57.9% y 50% respectivamente y el escalón mesial en un 42.9% en la respiración oral, no fue un resultado significativo.⁶

Alemán P. et al (2013) en su estudio titulado “Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años”, demostró que si había relación existente entre los hábitos estudiados y el plano poslácteo en ambos lados, tanto el derecho como el izquierdo. Obteniendo como resultado final el predominio del escalón distal patológico en el hábito de interposición lingual en deglución fue 61,7 % en el lado derecho y el 51,5 % en el lado izquierdo. Los niños con este hábito perjudicial presentaron el escalón distal patológico en ambos lados siendo más de la mitad. Le siguió la interposición lingual en reposo con un 55,17 % de los niños con este hábito, con la presencia del escalón distal en el lado derecho,

y el 58,6 % en el izquierdo, es decir, aquí también se constata que más de la mitad de los niños con este hábito ya había desarrollado a esta temprana edad dicho escalón patológico. También predominó el escalón distal en el lado izquierdo en los niños con succión del tete en un 59,7 % de los casos.⁷

Suarez E. et al (2012). Realizaron un Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre las edades de 5 a 11 años de edad de la escuela laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia - España” obteniéndose como resultado final, que el hábito con mayor frecuencia en este estudio, resulto ser la deglución atípica en niños entre los 5 y 11 años de edad, y teniendo como consecuencia final un tipo de mordida abierta en anterior.⁸

Fernanda M. (2012) en su estudio titulado “Maloclusiones asociadas al hábito de succión digital, deglución infantil o atípica, de respirador bucal, de succión labial y hábito de postura”. Se obtuvo como resultado específico que la succión digital, deglución atípica, respiración bucal, resultan como las causas principales de las maloclusiones en niños de estas edades.⁹

Mendoza, Laura et al. (2014) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos, obteniéndose como resultado final que se debe distinguir que hay hábitos nocivos como fueron la interposición lingual y succión digital, lo que como consecuencia trae una mordida anterior en etapas desarrollo de la dentición permanente.¹⁰

Urrieta E. et al. (2008) realizaron un estudio que tuvo cm objetivo determinar la relación entre hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos

durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva Universidad Gran Mariscal de Ayacucho”, obteniéndose como resultado que la identificación oportuna de hábitos parafuncionales bucales en la población infantil es de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo.¹¹

Zapata D, Mónica (2013) realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 y 12 años en el colegio los educadores” se obtuvo como resultado que si existe relación entre hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los Educadores. La tasa de prevalencia de todos los hábitos bucales en el presente grupo de niños fue baja.¹²

Cuya R. (2014) en su estudio “Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de Salud Masusa”, tuvo como objetivo establecer la relación entre el tipo de plano terminal y el género, obteniendo como resultado final, que la edad más prevalente fue los 5 años con un 41.7%, 4 años con un 37.3% y en 3 años con un 19.9 %. El sexo femenino fue el más prevalente con el 50.1% seguido por el sexo masculino con un 49.9 %. La lactancia materna fue el único tipo de lactancia. El 91.6% no presentó hábitos, el 3.9% presentó el hábito de succión digital, 4,5% presentó otros hábitos. En cuanto al tipo de plano terminal en el lado derecho más prevalente fue plano terminal recto 52.4%, distal 6,2% y mesial 38,7% y no registra fue de 2,8%. En el tipo de plano terminal en el lado izquierdo más sobresaliente fue plano terminal recto con 45,9% , distal

con 7,3% y mesial 43,7% y no registra fue de 3,1%. Lo cual dedujo que no existe relación entre el tipo de plano terminal derecho y el género ($p=0,345$) y no existe relación entre el plano terminal izquierdo y el género ($p=0,530$) y la relación existe entre el tipo de plano terminal derecho e izquierdo ($p=0,000$).⁴

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Planos terminales

Los planos terminales son como su nombre lo indica el plano que se encuentra perpendicular a la cara distal del segundo molar temporal superior e inferior y la colocación del plano terminal distal del molar inferior nos dará el tipo de oclusión que tendrán los primeros molares permanentes.¹³

Los seres humanos y la mayor parte de otros mamíferos desarrollan dos grupos de dientes durante su vida, los primeros que hacen erupción desde la infancia se llaman dientes deciduales y suman veinte en el ser humano, tras perderse cada diente decidual, lo sustituye un diente permanente. La morfología de los dientes superiores e inferiores tiene la característica de coincidir entre sí, a este ajuste se le llama oclusión.

La oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales (relación anteroposterior) lo cual podríamos definir como: la relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica.

Se consideran tres tipos de planos terminales:

- **Nivelado o plano vertical (recto):** La superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada, por lo tanto, situada en el mismo plano vertical.
- **Tipo escalón mesial:** La superficie distal de los molares inferiores es más mesial que el superior.
- **Tipo escalón distal:** La superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores.¹⁴

La relación oclusal de los primeros molares permanentes dependerá del plano terminal o distal que presenten los segundo molares temporales y del posible aprovechamiento del espacio libre. La cara distal de los segundos molares no presenta un plano recto, presenta escalón mesial corto, distal o mesial largo, lo que llevará a una relación molar directa de clase I, clase II o clase III.

- **Escalón distal:** El primer molar erupcionará en relación clase II.
- **Plano terminal recto:** El primer molar erupcionará cúspide a cúspide y aprovechando los espacios dentales ocluirá en clase I o bien pondrá desviarse a clase II al no aprovecharse el espacio de deriva inferior (cuando se ocupa el espacio de nance por el corrimiento mesial de los primeros molares permanentes).
- **Escalón mesial corto:** El primer molar erupcionará en relación clase I o podrá desviarse a clase III al aprovecharse tan sólo el espacio de deriva de inferior.

Se refiere a la relación normal o fisiológica como un engranaje de la estructura ósea maxilar superior e inferior de la posición de las piezas dentales que están en sus parámetros normales.¹⁷

Es la relación fisiológica como la íntima relación de contacto que establecen los dientes ambas arcadas durante los movimientos mandibulares. En su estudio obtuvo como resultado que la oclusión normal o no patológica se establece entre los dientes de la arcada superior e inferior respectivamente durante los propios movimientos mandibulares y masticatorios.¹⁸

2.2.3 Hábitos

Se define como a una costumbre adquirida de repetir frecuentemente una acción que en un comienzo se realiza de forma frecuente y posteriormente se establece inconscientemente.¹⁹

2.2.3.1 Hábitos fisiológicos

Son los hábitos con los que el individuo nace, los cuales se adoptan o abandonan fácilmente conforme el niño crece. Dentro de este grupo de hábitos tenemos los que presentan patrones reflejos como la succión digital durante los primeros años de vida de lactancia, la deglución infantil, entre otros más.^{20,21}

2.2.3.2 Hábitos no fisiológicos

Son los hábitos que se han ido adquirido en el niño, al grado de que este lo empieza ejecutar cuando se siente amenazado por los eventos ocurridos en su entorno. Dentro de este grupo de hábitos tenemos la succión digital, succión labial, deglución atípica, onicofagia y respiración bucal; al presentar estos hábitos el niño produce un efecto en los dientes, tejidos blandos y arcos dentarios

fuerzas perniciosas convirtiéndose en unos de los etiológicos más comunes de la maloclusion.

2.2.4 Hábitos orales

Los hábitos orales son capaces de modificar la relación y forma de las arcadas dentarias, así como también la posición de los dientes. Tanto especialistas como profesionales de la salud, durante la valoración de cada paciente deben identificar de manera temprana la presencia de ciertos hábitos y modificarlos para evitar en un futuro un posible desarrollo de maloclusiones.

Los hábitos orales son capaces de modificar el desarrollo normal del sistema estomatognático desequilibrando las fuerzas musculares internas y externas. El mal desarrollo se presenta cuando no se ejerce una correcta presión de las fuerzas musculares, permitiendo que se produzca una deformación ósea ya que mantiene su intensidad habitual. ^{22,23}

Sin embargo, se adicionan fuerzas que no se encuentran presentes normalmente, como puede ser la presión que ejerce el dedo en la succión o la interposición de otros objetos. Por consiguiente, estos objetos producen alteraciones que suelen ocasionar en el niño distintos problemas, emocionales, psicológicos, alteraciones de otros sistemas del organismo y del aprendizaje. ²⁴

2.2.5 Clasificación etiológica de hábitos

- **Instintivos:** Son funcionales en etapas de inicio, sin embargo, posteriormente con la persistencia en el tiempo se pueden tornarse perjudicial.

- **Placenteros:** Son los realizan por cumplir acciones y lograr una satisfacción en el niño. Entre los cuales tenemos: succión digital o del chupón.
- **Defensivos:** Se da en aquellos pacientes que toman un medio de defensa, por ejemplo, en los pacientes que presenta asma, alergias, etc., ya que aquí utilizan la respiración bucal como un hábito defensivo.
- **Adquiridos:** Son aquellos hábitos que se obtienen con el tiempo como en pacientes con paladar y labio hendido, desarrollan la fonación nasal.
- **Imitativos:** Son aquellas actitudes que se realizan con el fin de imitar a alguien que admiran, tales como, gestos, muecas, etc. ²⁵

2.2.6 Clasificación de hábitos orales

Sydney, clasifico a los hábitos orales en:

- Hábitos no compulsivos:** Aquellos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este- Es decir, todos aquellos hábitos con patrones reflejos, como la succión digital durante el primer año de vida del infante, la deglución infantil, etc.
- Hábitos compulsivos:** Aquellos que han adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de dicho habito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su “válvula de seguridad” cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Este tipo de hábitos expresan

una necesidad emocional profundamente arraigada; y el niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando tratamos de corregirlo. ^{26,27}

2.2.7 Factores que modifican la acción de un hábito

a. Duración: Por su duración pueden subclasificarse:

- Infantil: (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
- Pre-escolar: (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios. Si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos.
- Escolar: (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueléticas.

b. Frecuencia: Pueden ser intermitente (diurno) o continuos (nocturno)

c. Intensidad: Se clasifican en:

- Poca intensa: presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.
- Intensa: Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable. ²⁸

2.2.8 Etiología de hábitos orales

Los hábitos orales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerar reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres de familia al niño, tensiones en su entorno familiar, inmadurez emocional.

2.2.9 Tipo de hábitos orales

2.2.9.1 Deglución atípica

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.

a) Etiología de la deglución atípica

- Amígdalas hipertróficas.
- Macroglosia (la cual es poco frecuente).
- Alimentación prolongada por medio de biberón.
- Pérdida prematura de los dientes temporales anteriores.

b) Consecuencias de la deglución atípica

- Mordida abierta en la región anterior y posterior

- Protrusión de incisivos superiores
- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borla del mentón ²⁹

c) Tratamiento de la deglución atípica

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia miofuncional, que consiste en una serie de ejercicios que tiene el objetivo de eliminar los esquemas neuromusculares de este hábito y fijar nuevos, enfocados en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitando la posición y función de los músculos de la lengua, labios, mejillas y del velo palatino.

- **Reeducación de la posición lingual:** usar una pastilla de menta mini, en donde se le indica al niño que mantenga al mismo con la punta de la lengua en contacto con la zona de las rugosidades palatinas. Mientras mantiene así a la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir. Frecuencia: mantener la pastilla en posición hasta que esta se disuelva. Mientras el paciente educa su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución de puede realizar tratamiento de tipo ortodónticos. Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional tenemos:
 - a. Los restrictores, que poseen como único objetivo el evitar, a través de "obstáculos", que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión: rejillas o trampa lingual removible.

- b. Los estimuladores, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: Perla de Tucat en un retenedor tipo Hawley, Pantalla Vestibular.

d) Tipos de Deglución Atípica

- **Deglución atípica con interposición labial:** Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.
- **Tratamiento de la deglución atípica con interposición labial**
Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o Lip Bumper. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.

- **Deglución con presión atípica de la lengua:** En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción. La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:
 - a. **Tipo I:** no causa deformación
 - b. **Tipo II con presión lingual anterior:** la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:
 - **Mordida abierta anterior:** la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
 - **Mordida abierta y vestibuloversión:** la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular.
 - **Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior:** El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

- **Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II:**

Placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucat que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impedidor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impedidora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores.

Además de impedir la interposición de la lengua, la aparatología removible puede servir también como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina.

- c. **Tipo III con presión lingual lateral:** la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:

- **Mordida abierta lateral:** la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.

- **Mordida abierta lateral y mordida cruzada:** hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado.

- **Tratamiento de la deglución atípica tipo III:**

El aparato utilizado es el mismo de antes, solo que la rejilla impedidora se

colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución mediante el reeducador.

d. Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: la maloclusiones resultante son:

- Mordida abierta anterior y lateral.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.²⁹

2.2.9.2 Succión digital:

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el dedo pulgar) en la cavidad oral. La Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, este hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continua después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, como consecuencia una mordida abierta anterior y la presión que ejerce la mano y el brazo conduce a una mordida cruzada unilateral por desviación de la mandíbula.

a) Etiología

La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otras psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares;

así como la falta de amamantamiento. Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos u odontológicos.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar.

b) Tipo de hábitos de succión digital:

- Succión del dedo pulgar: consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.
- Succión de otros dedos: consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad oral (índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

El hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos, las precisiones anómalas que se producen pueden desencadenar desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestaran o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan.

c) **Consecuencias**

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

- **Succión del pulgar:** Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.
- **Succión del dedo índice:** Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo índice y medio:** Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo medio y anular:** Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos caninos, intrusión retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.
- **Succión de varios dedos:** producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores; aumento de la distancia

horizontal entre los dientes superiores e inferiores cuando estos están en contacto.

d) Tratamiento

Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de la succión del pulgar es apropiado a partir de los 4 años de edad si el problema es crónico y se presentan síntomas incipientes de los problemas dentales antes señalados.

Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en tres categorías: tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodóncicos y/o tratamiento miofuncional.

Utilización de dispositivos ortodóncicos: El uso de dispositivos ortodóncicos lo podemos dividir en:

- Aparatología Removible (miofuncional)
- Aparatología Fija (restrictivos)

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son los arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores.^{30, 31,32}

2.2.9.3 Succión Labial:

Este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. En la mayoría el labio inferior es el que está implicado, aunque se ha observado hábitos de mordisqueo del labio superior. La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado

una protrusión superior, una lingualización del frente incisivo mandibular, con el consiguiente incremento del resalte y una mordida abierta anterior.

En el tratamiento está indicado el lip bumper.³²

2.2.9.4 Respiración bucal:

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua y de la propia cabeza en menor medida, parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. Todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros.³³

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

- Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.

a) Etiología de Respiración bucal:

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas

- Presencia de Pólipos Nasales
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas y Bronquitis
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias

b) Características faciales y dentarias de la respiración oral

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)
- Mordida cruzada posterior, uni o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.

- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- Perfil convexo.

c) **Tratamiento de la respiración oral**

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.
- Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.
- Terapia Miofuncional.^{29,32}

2.2.9.5 Onicofagia:

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprimir, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del

crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. En algunos casos se observa intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores.³⁴

Científicamente se conoce como hábito de fagia existiendo otros dos los cuales son:

- **Queilofagia:** También se entiende como transferencia de los hábitos de succión. Inicialmente el niño succiona el labio inferior, el cual está sujeto entre los incisivos superiores e inferiores, y por la presión de la mordida, resulta la inclinación vestibular de los incisivos superiores, y lingual en los inferiores. Como agravante se realiza la deglución en esta misma posición.
 - **Glosofagia:** Los niños lo realizan muchas veces cuando se realiza algún esfuerzo, y en estos tiempos se ha observado mordiéndose la lengua frente a la televisión o bien en la computadora. Teniendo una alteración en los arcos dentarios, la cual será una mordida abierta, resultante de la infraoclusión de los incisivos provocada por la presión que la lengua ejerce. Presentándose frecuentemente mordidas abiertas laterales, especialmente unitlaterales.
- a) **Corrección del hábito de onicofagia:**

Se le pide al paciente que muerda el mordedor de goma, cinco minutos sin parar, siempre que tengas ganas de roer las uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso, tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco o diez minutos.³⁵

2.2.9.6 Bruxismo:

Se define como un hábito no funcional al contacto forzoso entre las superficies oclusales de los dientes, es involuntario, el exceso de molienda, apretar o el roce de los dientes durante los movimientos funcionales del sistema masticatorio. El bruxismo puede ocurrir durante el día o durante la noche. Rechinar los dientes suele ocurrir durante el sueño nocturno, el cual ha sido nombrado bruxismo y está asociada a trastornos cráneo-mandibulares incluyendo dolores de cabeza, molestias en la articulación temporomandibular, dolor muscular, pérdida prematura de los dientes debido al desgaste excesivo y la movilidad, y la interrupción del sueño del individuo, así como de que el compañero de cama. También tiene consecuencias sobre el aspecto facial, pues se producen hipertrofias musculares, especialmente de los músculos maseteros, provocando la facies maseterino.³⁴

La etiología del bruxismo se ha atribuido a factores sistémicos, como los parásitos intestinales, deficiencias nutricionales, alergias y desordenes endocrinos y también a factores locales, especialmente maloclusión o diente supernumerario y factores psicológicos. La genética también juega un rol. En general se cree que el bruxismo del sueño es más frecuente en la infancia, aunque no es raro en los adultos y ocurre con menos frecuencia en la vejez. En los últimos años, el bruxismo ha convertido en una preocupación creciente en los niños debido a sus efectos negativos en la calidad de vida y también por ser considerado un importante factor de riesgo para las disfunciones temporomandibulares. Puede causar desgaste de los dientes y, en casos más

graves, trauma dental. En los niños, el bruxismo se está convirtiendo cada vez más en una condición común.

El tipo de desgaste oclusal o incisal indicara la modalidad con que cada paciente ejercita su bruxismo, así como considerar el grado de desgaste, la localización del mismo y el grado de sensibilidad de acuerdo a la siguiente escala:³⁶

Grado 1: Solo desgaste de esmalte.

Grado 2: Reducción de dentina.

Grado 3: Reducción de la extensión de la corona en un tercio de su tamaño original, o desgaste avanzado (lingual o vestibular)

Grado 4: Reducción de la extensión de la corona en más de un tercio o lesión pulpar.

a) Tratamiento del bruxismo

En dentición mixta o en las etapas permanentes del desarrollo, la provisión de férulas de goma blanda puede brindar alivio al niño. También el niño puede beneficiarse con el uso de una férula acrílica que ajuste en los dientes del maxilar superior y que sea dura, sobre todo en las caras oclusales. En opinión de algunos autores, las férulas, por una parte, disminuirían las fuerzas parafuncionales y, por otra, distribuirían dichas fuerzas, con lo que se protegería el sistema masticatorio y disminuiría la carga en la articulación temporomandibular. También algunos autores proponen el uso de un obturador nasal transicional como instrumento para modificar la conducta en estos pacientes.

Para el niño que tiene sólo la dentición primaria o en quien apenas estén

erupcionados los primeros molares permanentes y tiene totalmente abrasionadas las coronas de los molares primarios, se demostró que el tratamiento de elección sería el uso de coronas de acero inoxidable para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la dimensión vertical. La restauración de las coronas a su altura original permite la erupción total de los primeros molares permanentes. Las coronas de acero inoxidable bien realizadas, eliminan las interferencias oclusales y reducen la resistencia de trabajo lateral durante el rechinar. En la mayoría de los casos en que se utilizó este tratamiento, los padres comunicaron que parecía haberse eliminado el bruxismo.

Si el niño presenta interferencias dentarias o bien maloclusiones, aunque la mayoría de los autores opinan que no son las responsables del bruxismo, deben ser corregidas dentro del tratamiento integral del paciente.

La fisioterapia por lo general se reserva para los adultos, pues los síntomas musculares y de la articulación temporomandibular son muy leves en los niños y rara vez van a requerir tratamiento. Por esta razón tampoco es aconsejable el uso de relajantes musculares, tipo diacepam, que, por otra parte, deben usarse a corto plazo.

2.3 Definición de términos básicos

- **Hábito:** Es aquella conducta que el individuo repite en un tiempo determinado de un modo sistemático. ¹

- **Maloclusión:** Se define como el mal alineamiento de las superficies de mordida y masticatorias tanto de los dientes superiores como inferiores. ¹
- **Erupción:** Es cuando un diente emerge o aparece atravesando en tejido gingival. ¹³
- **Oclusión:** Es todo contacto que se da entre todas superficies ya sea oclusales e incisales de los dientes que conforman el maxilar superior como la mandíbula. ¹⁷
- **Dentición:** Son todos los grupos de dientes que conforman el arco dental superior e inferior. ²⁴
- **Dentición Temporal:** Son todos los dientes también llamados deciduos o primarios en el arco dental. ¹
- **Cúspide:** Está conformada por la parte de la corona del diente que termina en punta. ³¹
- **Diente Impactado:** Es todo diente no erupcionado o que está parcialmente en erupción dentro del lecho óseo, que se encuentra alojado contra otro diente. ³²
- **Ortodoncista:** Es aquel odontólogo especializado de interceptar y tratar las maloclusiones de los dientes con sus estructuras circundantes. ³¹
- **Odontopediatra:** Es el odontólogo especializado en una rama de la odontología, la cual se limita solo a los tratamientos odontológicos que involucren niños desde su nacimiento hasta su etapa adolescente. ³¹

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada

3.1.1 Hipótesis General

- Existe relación entre los hábitos bucales y los planos terminales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017.

3.1.2 Hipótesis Secundarias

- El tipo de plano terminal que presenta los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – 2017 es el plano terminal mesial.
- El tipo de plano terminal que presenta el sexo femenino es el plano terminal mesial en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017.
- Los hábitos orales que tienen mayor incidencia son la onicofagia, succión digital en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017.
- Los hábitos orales tales como onicofagia, succión digital, respirador bucal, bruxismo, se encontraron con mayor incidencia en el sexo femenino en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017.
- Los planos terminales guardan relación con los hábitos orales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017.

- Los planos terminales guardan relación con los hábitos orales según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017.

3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
<p>Variable Independiente</p> <p>Hábitos Orales</p>	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación clínica para cada tipo de hábito oral. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onicofagia ▪ Succión digital ▪ Succión labial ▪ Deglución atípica ▪ Respirador bucal
<p>Variable Dependiente</p> <p>Planos Terminales</p>	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de las superficies distales de las segundas molares deciduas superior e inferior, según evaluación clínica 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano terminal recto ▪ Escalón Mesial ▪ Escalón Distal

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño Metodológico

4.1.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico.

4.1.2 Nivel Investigación

El nivel de la investigación es descriptivo - correlacional.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población. Todos los niños evaluados de las edades de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017.

Criterios de inclusión:

- Niños de ambos sexos de las edades de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017.
- Niños que presenten la segunda molar decidua.
- Autorización de los padres de familia para realizar el estudio, mediante consentimiento informado.
- Niños que presentan la relación molar en contacto directo.

Criterios de exclusión:

- Niños que no colaboren en la evaluación clínica.
- Niños con caries interproximales en molares deciduas.

- Niños con pérdida prematura de piezas deciduas.
- Padres que no acepten el consentimiento informado.

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

Técnicas de campo

- **Fotografías intraorales:** este instrumento nos servirá para fotografiar solo la boca sin mostrar los labios, para esto se necesita de retractores labiales. Por consiguiente, nos permitirán un registro completo del tipo de plano terminal de cada niño.

Técnicas de gabinete

- **Fichas de comentario:** constituye la parte analítica del texto, la manera de enfocar un tema y los elementos estilísticos.
- **Fichas de registro:** es un instrumento de la investigación documental que permiten registrar los datos más significativos de las fuentes consultadas. Es de uso para la bibliografía.

4.4 Técnicas del procesamiento de la información

El presente trabajo de investigación para el procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 23.5.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Se utilizó del programa estadístico SPSS versión 23 para el procesamiento y análisis estadístico de la información, y la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado de Pearson.

CÁPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

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

Tabla 1: Distribución de hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque.

Hábitos Orales	n	%
Onicofagia	26	34.7%
Succión digital	17	22.7%
Succión labial	17	22.7%
Deglución atípica	6	8.0%
Respirador bucal	9	12.0%
Total	75	100.0%

Fuente: Elaboración propia del investigador

Interpretación: En la tabla 1 se observa que el hábito oral más frecuente en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos, es onicofagia con el 34,7% y el de menor frecuencia es la deglución atípica con el 8,0%.

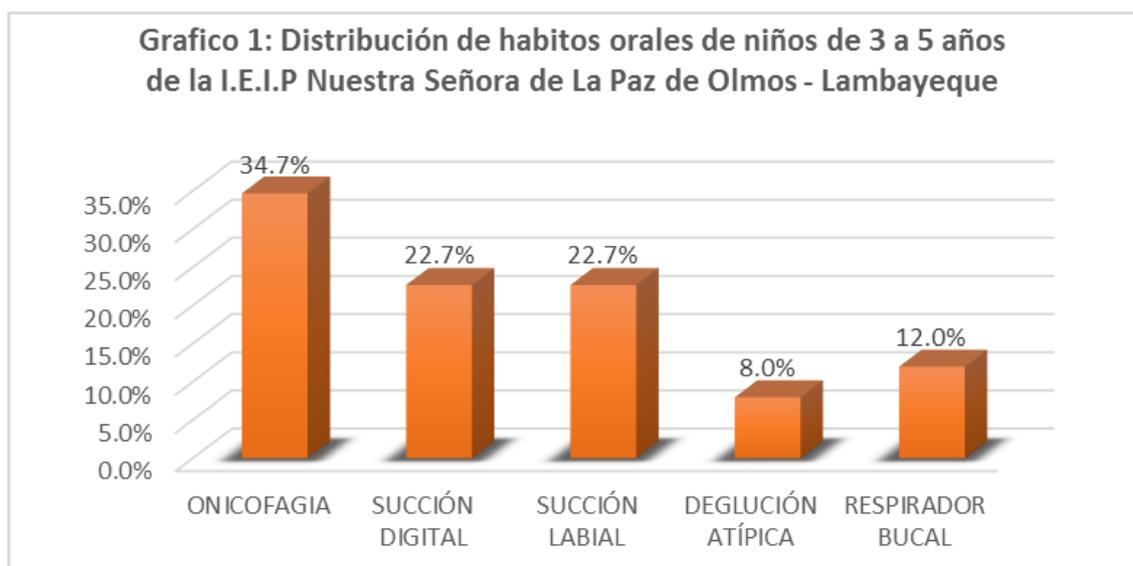
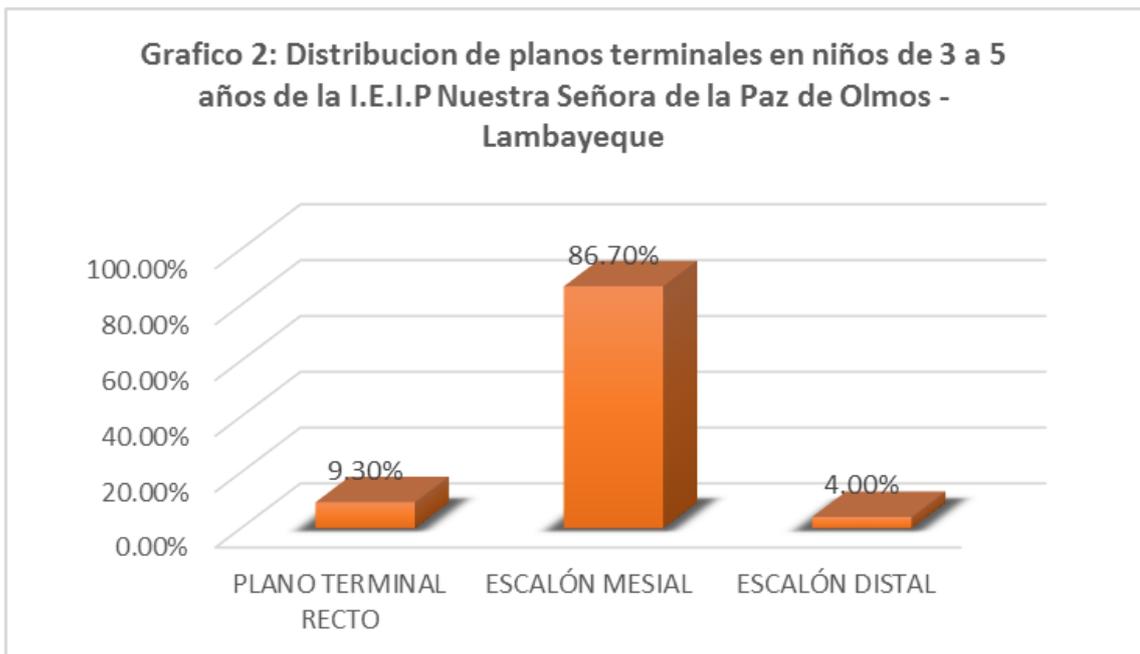


Tabla 2: Distribución de planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de La Paz de Olmos - Lambayeque

Planos terminales	n	%
Plano terminal recto	7	9.30%
Escalón mesial	65	86.70%
Escalón distal	3	4.00%
Total	75	100.00%

Fuente: Elaboración propia del investigador

Interpretación: En la tabla 2 se observa que El plano terminal más frecuente en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos, es escalón mesial con el 86,7% y el de menor frecuencia es el distal con el 4,0%.



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

Tabla 3: Distribución entre hábitos orales y planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque.

Hábitos orales	Planos terminales			Total
	Plano terminal recto	Escalón mesial	Escalón distal	
Onicofagia	2.7%	30.7%	1.3%	34.7%
Succión digital	2.7%	20.0%	0.0%	22.7%
Succión labial	1.3%	20.0%	1.3%	22.7%
Deglución atípica	0.0%	6.7%	1.3%	8.0%
Respirador bucal	2.7%	9.3%	0.0%	12.0%
Total	9.3%	86.7%	4.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia del investigador

Interpretación: En la tabla 3 en el 34,7% de los niños evaluados el hábito oral más frecuente fue la onicofagia, presentándose en el 2,7% de los niños un plano terminal recto, el 30,7% escalón mesial y el 1,3% presentó escalón mesial. Mientras que el hábito oral menos frecuente fue la deglución atípica, presentándose en el 6,7% escalón mesial y el 1,3%presento escalón distal.

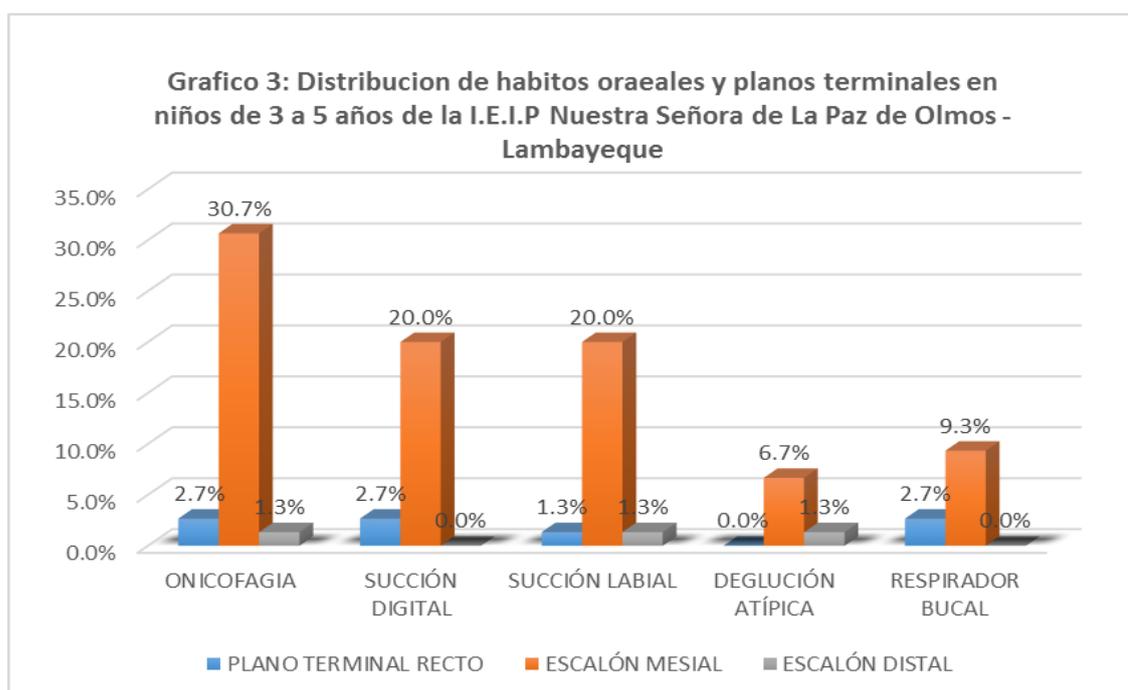


Tabla 4: Distribución de los tipos de planos terminales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.

Tipos de Planos terminales	Edad			Total
	3 años	4 años	5 años	
PLANO TERMINAL RECTO	3	1	3	7
	4.0%	1.3%	4.0%	9.3%
ESCALÓN MESIAL	22	24	19	65
	29.3%	32.0%	25.3%	86.7%
ESCALÓN DISTAL	0	0	3	3
	0.0%	0.0%	4.0%	4.0%
Total	25	25	25	75
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Fuente: Elaboración propia del investigador

Interpretación: En la tabla 4 en el 86,7% de los niños evaluados presento escalón mesial en el cual 29,3% tenía 3 años, el 32,0% tenía 4 años y el 25,3% tenía 5 años, mientras que el 4% de los niños evaluados presento escalón distal solo en la edad de 5 años con un 4%.

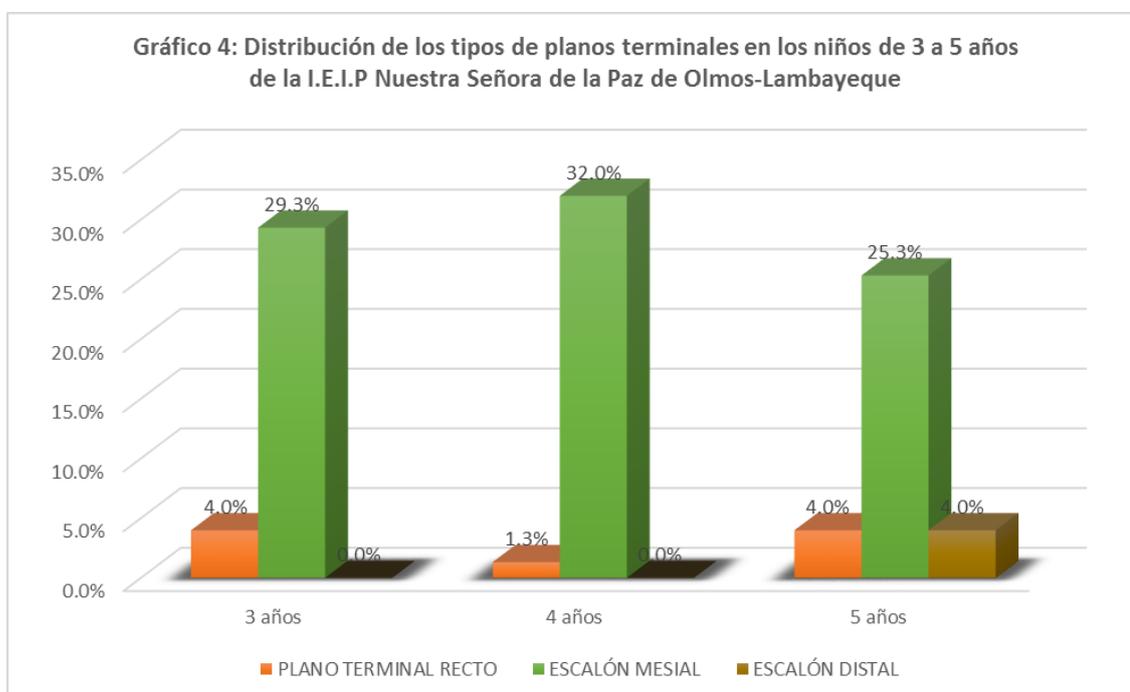


Tabla 5: Distribución de los tipos de planos terminales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.

PLANOS TERMINALES	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
PLANO TERMINAL RECTO	4 5.3%	3 4.0%	7 9.3%
ESCALÓN MESIAL	39 52.0%	26 34.7%	65 86.7%
ESCALÓN DISTAL	1 1.3%	2 2.7%	3 4.0%
Total	44 58.7%	31 41.3%	75 100.0%

Fuente: Elaboración propia del investigador

Interpretación: En la tabla 5 en el 86,7% de los evaluados presento escalón mesial del cual el 52% fue sexo femenino y el 34,7% fue sexo masculino. Mientras que el 4% de los niños evaluados presentaron escalón distal, del cual el 1,3% fue el sexo femenino y el 2,7% fue sexo masculino.

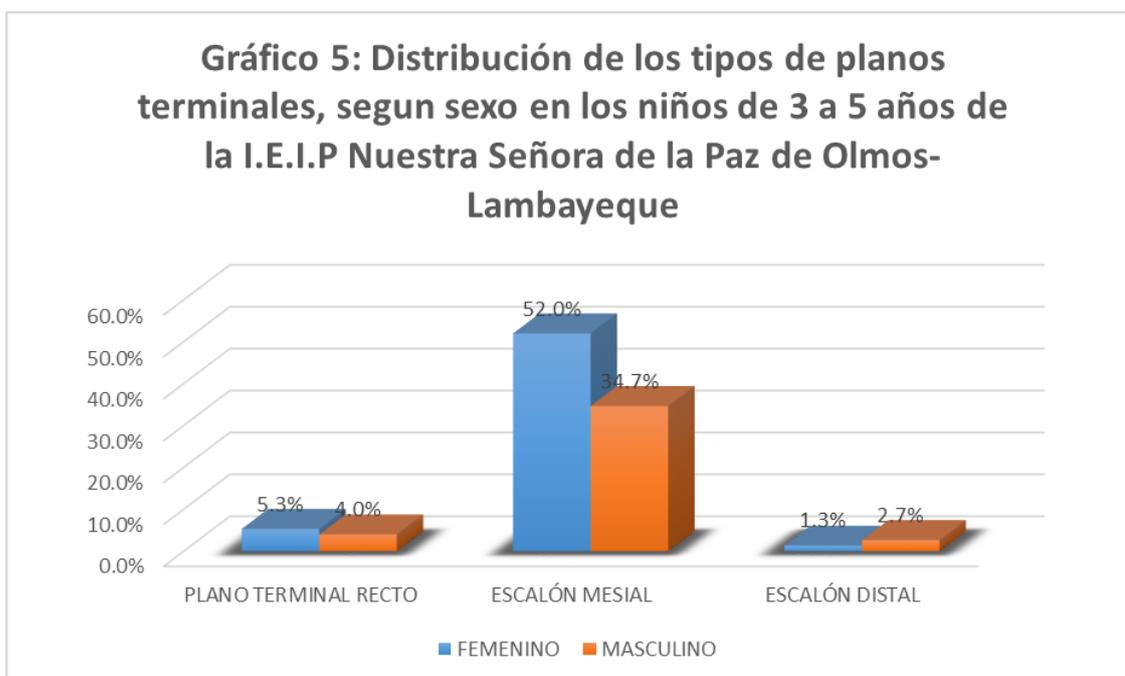


Tabla 6: Distribución de los hábitos orales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.

Tipos de hábitos orales	Edad			Total
	3 años	4 años	5 años	
ONICOFAGIA	12 16.0%	3 4.0%	11 14.7%	26 34.7%
SUCCIÓN DIGITAL	5 6.7%	8 10.7%	4 5.3%	17 22.7%
SUCCIÓN LABIAL	4 5.3%	6 8.0%	7 9.3%	17 22.7%
DEGLUCIÓN ATÍPICA	1 1.3%	3 4.0%	2 2.7%	6 8.0%
RESPIRADOR BUCAL	3 4.0%	5 6.7%	1 1.3%	9 12.0%
Total	25 33.3%	25 33.3%	25 33.3%	75 100.0%

Fuente: Elaboración propia del investigador

Interpretación: En la tabla 6 en el 34,7% de los niños evaluados presentaron onicofagia como habito oral más frecuente del cual el 16% tenían 3 años, el 4% tenían 4 años y el 14,7% tenían 5 años, mientras que el 8% de los niños evaluados presentaron deglución atípica, del cual el 1,3% tenían 3 años, el 4% tenían 4 años y el 2,7% tenían 5 años.

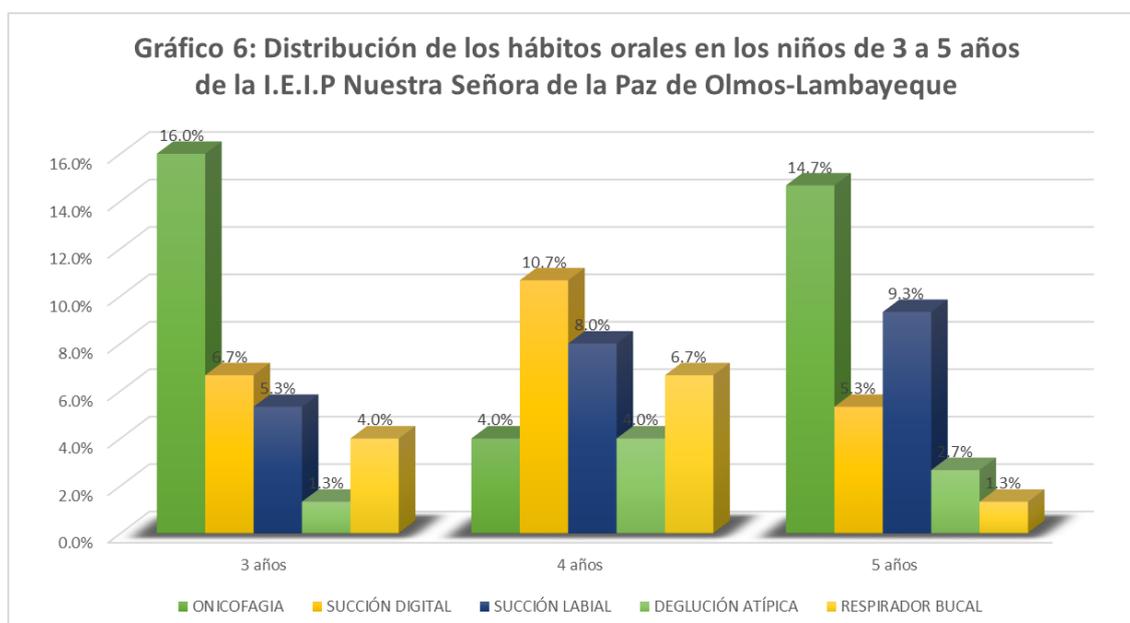
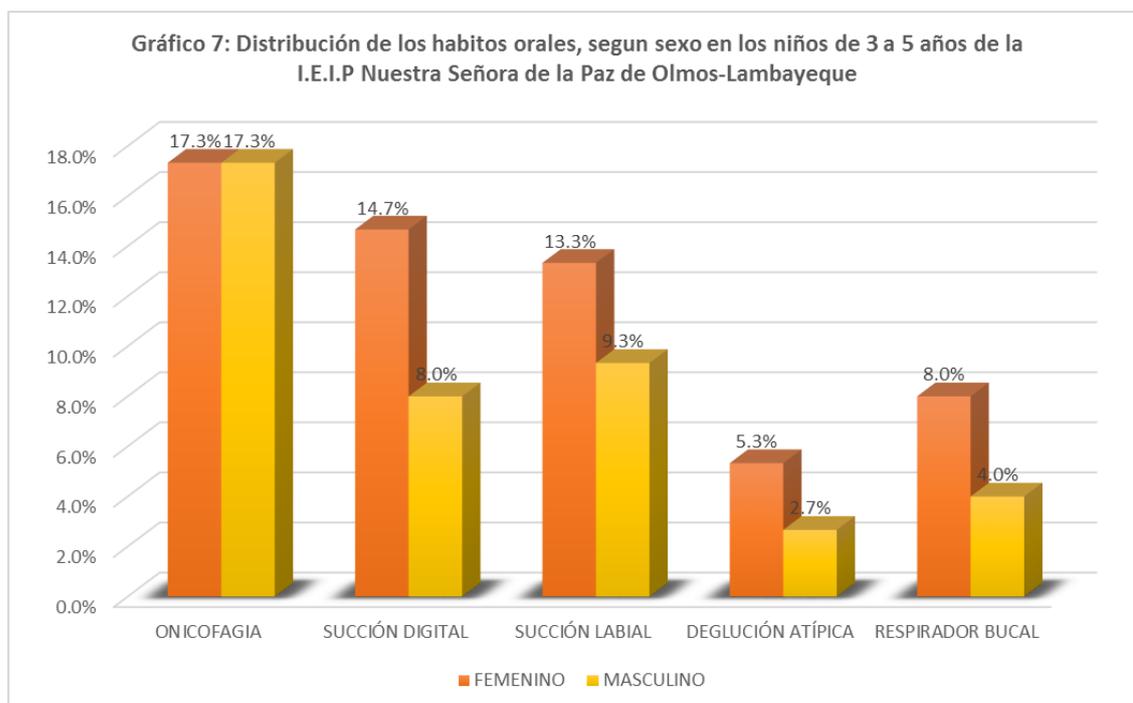


Tabla 7: Distribución de los hábitos orales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque.

Hábitos orales	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Onicofagia	13 17.3%	13 17.3%	26 34.7%
Succión digital	11 14.7%	6 8.0%	17 22.7%
Succión labial	10 13.3%	7 9.3%	17 22.7%
Deglución atípica	4 5.3%	2 2.7%	6 8.0%
Respirador bucal	6 8.0%	3 4.0%	9 12.0%
Total	44 58.7%	31 41.3%	75 100.0%

Fuente: Elaboración propia del investigador

Interpretación: En la tabla 7 en el 34,7% de los niños evaluados presentaron onicofagia del cual el 17,3% fue sexo femenino y el 17,3% fue de sexo masculino, mientras que el 8% de los niños evaluados presentaron deglución atípica, en el cual 5,3% fue de sexo femenino y el 2,7% fue de sexo masculino.



5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

A continuación se describirá las técnicas estadísticas empleadas mediante la cual se comprueba la hipótesis planteada siendo:

H₀: no existe relación entre las variables)

H_a: si existe relación entre variables)

Tabla 8: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales y planos terminales en niños de 3 a 5 años de edad)

Prueba de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,269 ^a	8	.617
a. 10 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.			

En el presente trabajo de investigación con un 95% de confianza y un 5% de error teniendo como valor ($p = 0.617$) siendo este valor mayor a 0.05 no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, no existe relación entre hábitos orales y planos terminales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos-Lambayeque.

Tabla 9: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales según sexo en niños de 3 a 5 años)

Prueba de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,457 ^a	4	.834
a. 3 casillas (30,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,48.			

En el presente trabajo de investigación con un 95% de confianza y un 5% de error teniendo como valor ($p = 0.834$) siendo este valor menor a 0.05 se aprueba la hipótesis nula, por lo tanto, no existe predisposición de un sexo en particular en relación a los hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos-Lambayeque.

Tabla 10: Prueba de Chi cuadrado (Hábitos orales según edad en niños de 3 a 5 años)

Prueba de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,635 ^a	8	.168

a. 6 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,00.

En el presente trabajo de investigación con un 95% de confianza y un 5% de error teniendo como valor ($p= 0.168$) siendo este valor menor a 0.05 se aprueba la hipótesis nula, por lo tanto, no existe predisposición de un edad en particular en relación a los hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos-Lambayeque.

Tabla 11: Prueba de Chi cuadrado (Planos terminales según sexo en niños de 3 a 5 años)

Prueba de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,848 ^a	2	.654

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,24.

En el presente trabajo de investigación con un 95% de confianza y un 5% de error teniendo como valor ($p = 0.654$) siendo este valor menos a 0.05 se aprueba la hipótesis nula, por lo tanto, no existe predisposición de un sexo en particular en relación a los hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos-Lambayeque.

Tablas 12: Prueba de Chi cuadrado (Planos terminales según edad en niños de 3 a 5 años)

Prueba de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,727 ^a	4	.102
a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,00.			

En el presente trabajo de investigación con un 95% de confianza y un 5% de error teniendo como valor ($p = 0.102$) siendo este valor menos a 0.05 se aprueba la hipótesis nula, por lo tanto, no existe predisposición de una edad en particular en relación a los hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos-Lambayeque.

5.4 Discusión

La presencia de un hábito bucal puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño, provocando de esta manera un plano terminal correspondiente que pueda conllevar en un futuro a un tipo de maloclusión dentaria. El periodo en el que la dentición temporal es remplazada por la definitiva, es también cuando la función de los músculos periorales se establece y es frecuente que los hábitos bucales durante este periodo sean factores de maloclusión.

La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud bucal así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz interceptivo que limite o corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos perniciosos.

El objetivo de este trabajo fue determinar si existía relación entre planos terminales y hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P “Nuestra Señora de la Paz” de Olmos.

Considero que este trabajo de investigación presenta en sus diferentes categorías, resultados similares y contrarios a los expuestos por los diferentes investigadores citados en los antecedentes; no obstante, los resultados presentan ciertas variantes en la mayoría de los estudios realizados.

En el presente estudio se evaluó los planos terminales en relación a la clasificación de Baume, de la cual se obtuvo de los 75 niños 100%, de 44 niños con un 58,7% fueron mujeres, de 31 niños con un 41,3% fueron hombres y con

un rango de edad 3 a 5 años, se encontró que el escalón mesial 86,7% fue el plano terminal más frecuente, seguido del plano terminal recto 9,3% y el plano terminal menos frecuente fue el escalón distal 4,0%. Dichos resultados son contrarios a los de Cuya R. (2014)⁴ en su estudio concluyó que el tipo de plano terminal más prevalente fue plano terminal recto 52.4%, distal 6,2% y mesial 38,7%.

Se determinó en cuanto al género que presentó mayor prevalencia de hábitos orales en relación a los planos terminales fue el sexo femenino con un 58,7% a diferencia del sexo masculino con un 41,3%, dicho resultado se asemeja a estudios realizados por Cuya R. (2014)⁴ en el cual concluye que el sexo femenino fue el más prevalente con el 50,1% seguido por el sexo masculino con un 49,9 %.

En cuanto a los estudiado por Espinoza I, et al (2014)³ obtuvo como resultado en cuanto a hábitos orales, que la deglución atípica 19,4%, seguido de la succión digital y respirador bucal 0,20%, fueron los hábitos orales más frecuentes en su estudio. Dichos resultados difieren del presente trabajo de investigación en el que se halló que los hábitos orales más frecuente fue la onicofagia con un 34,7%, seguido de la succión digital con 22,7% y la deglución atípica 8,0%. En cuanto la prevalencia de las superficies distales de las molares superiores e inferiores, dicho autor obtuvo que el plano terminal escalón mesial fue el más prevalente con 6,66%, seguido de un plano terminal recto con 0,89% y el escalón distal con 0,40%. Dichos resultados se asemejan con los encontrados en la presente investigación donde el plano terminal escalón mesial

fue el más prevalente con un 86,7%, seguido del plano terminal recto con 9,3% y el escalón distal 4,0%.

Los hábitos orales en la población infantil Olmana fueron la onicofagia, succión digital y succión labial, los cuales se determinó que no guardan relación con los planos terminales estudiados. Dichos resultados son contrarios al estudio de Mendoza L, et al (2014)¹⁰, que realizó un estudio en México donde obtuvo como resultado la interposición lingual y la succión digital fueron hábitos orales nocivos que repercutieron en dicha población, provocando una mordida cruzada anterior en etapas de desarrollo de la dentición permanente.

Y en relación a la edad se concluye que la edad más frecuente que presentó hábitos orales fue en los niños de 4 años de edad 32,0%. Resultados contrarios a los estudios de Sáenz A. (2012)⁶ donde concluyó que fue el de succión en 62.14% en su mayoría a los 3 años.

De acuerdo a la relación entre los planos terminales y hábitos orales, en la presente investigación se encontró que no existía una relación estadísticamente significativa entre un plano terminal y un hábito oral ($p = 0.617$) siendo este valor mayor a 0.05. Dichos resultados no guardan relación con el estudio realizado por Cuya R (2014)⁴ en Iquitos en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio de que no existe relación entre plano terminales y hábitos orales en niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz, debido que esto se puede deber a que intervienen diferentes factores genéticos, ambientales, funcionales, entre otros,

por lo que es difícil establecer una relación directa causa-efecto entre los hábitos orales y los planos terminales.

CONCLUSIONES

- No existe relación entre los planos terminales y la presencia de hábitos orales en niños de 3 a 5 años en la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos-Lambayeque.
- La Incidencia de los hábitos orales en el presente grupo de niños fue alta, mientras que de los planos terminales fue moderada.
- De los 75 niños evaluados se pudo observar que el hábito oral que predomina es la onicofagia con un 34,7%, seguida por la succión digital y labial respectivamente con un 22,7%, la de respirador bucal con un 12,0% y la deglución atípica con un 8,0%.
- De los 75 niños evaluados el plano terminal más frecuente fue el escalón mesial con un 86,7%, seguido por el recto con un 9,3% y el escalón distal con un 4.0%.
- De los 75 niños evaluados el sexo más prevalente en relación de hábitos orales con planos terminales fue el sexo femenino con un 58,7% y el sexo masculino con un 41,3%.
- En cuanto edad el plano terminal fue el mesial en los niños de 4 años con un 32,0%, seguido de los niños de 3 años con un 29,3% y los niños de 5 años con un 25,3%.

RECOMENDACIONES

- Es recomendable diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos orales para prevenir la alta incidencia de una maloclusión a edades más avanzadas, produciéndole una atención integral al niño y la información completa a los padres sobre el tratamiento de estos.
- Hacer conciencia en los padres de familia acerca del problema de los hábitos orales sus causas y efectos que estos puedan tener para su manifestación, poniéndoles más atención a sus hijos para detectarlos a tiempo y evitarlos o corregirlos cual sea el caso para poder tener un tipo de oclusión ideal que sea funcional como estéticamente y poder evitar los problemas que originan una maloclusión.
- Se recomienda realizar más investigaciones en poblaciones más amplias como en comunidades o centros de salud pública, debido a que no existe suficientes estudios sobre hábitos orales y su relación con los planos terminales.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Quirós O. Bases Biomecánicas y Aplicaciones Clínicas en Ortodoncia Interceptiva. Venezuela. Amolca. 2006.
2. Zapata H, Lavado A, Anchelia S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Lima, Perú. KIRU. 2014;11(1):16-24.
3. Espinoza I, Casas L, Campos K. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. Rev. UPC. 2006.1-8.
4. Cuya R, Paredes S. Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de salud masusa, 2014". Iquitos, Perú. 2014.
5. Ponce M, Hernández Y. Frecuencia y distribución de Maloclusión en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí México. Programa Bebe Vlínica Potosina. México 2009.
6. Estrella A. Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar. México 2007.
7. Alemán P, González D, Díaz L, Delgado Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev. Cubana Estomatol v.44 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. Cuba Marzo 2007.

8. Suárez E, Salas W, Villalobos G, Villalobos K, Quirós O. Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población "añu" de la escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. Rev. Latinoam Ortod Odontopediatr. 2012 [citado 30 Mar 2015]; 26.
9. María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera. Oscar Quirós. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Rev Lat. [Internet] 2012. 1-5. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/#>
10. Laura Mendoza Oropeza, * Arcelia F Meléndez Ocampo, § Ricardo Ortiz Sánchez, * Antonio Fernández López II. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev Mexicana Ort. Vol. 2, Núm. 4 Octubre-Diciembre 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/54211-154291-1-PB.pdf>
11. Urrieta E., López I. Quirós O, et al. " Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva u.g.m.a años 2006-2007. Rev. LatOrt.2008. Disponible en: www.ortodoncia.ws.
12. 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, Perú.2013.

13. Enciso Jiménez M. Ortodoncia preventiva. Edición Especial No. 7-2003
14. Baume, L J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion Part I. The biogenetic course of deciduous dentition. J Dent. Res. 1950; 29: 123-132
15. Boj J.R., Catalá M., García-Ballesta C., Mendoza A., Odontopediatria, 1ª edición, Editorial Masson 2005 p. 49-50
16. Mans Fresse, Arturo y otros. Manual Práctico de Oclusión Dentaria, define a la oclusión fisiológica por la existencia de un equilibrio funcional o un estado de adaptación fisiológico de las relaciones de contacto dentario con respecto a los otros componentes fisiológicos básicos del sistema estomatognático. 2da Edición 2006. 1 - 258 Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/67183486/Manual-Practico-de-Oclusion-dentaria-MANNS>
17. Quirós Oscar, Manual de ortopedia funcional de los maxilares, 1era edición. Amolca. 2000. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/
18. Borràs Sanchis ,Salvador y Rosell Clarivicent. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados, define como la íntima relación de contacto que establecen los dientes ambas arcadas durante los movimientos mandibulares. 2005. 174 pág.
19. Suzely S. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood, 2014; 6 (14), 1-6.

20. Mendizabal G. Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio odontológico pediátrico en el centro médico naval 2006. [Tesis]. Lima. Facultad de odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
21. Salguero, A. Análisis de los hábitos más frecuentes que inducen a tratamiento de ortodoncia en niños de 6 a 10 años. [Tesis]; Manta, Ecuador. ULEAM; 2012.
22. Macías R. Características de la oclusión en niñas y niños malienses, cubanos y venezolanos de 5 a 9 años: estudio descriptivo. [Tesis]; Quito, Ecuador. UA. Facultad de odontología; 2014
23. Carvajal J. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, [Tesis]; Facultad de odontología. Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca; 2014
24. Nahás M. Odontopediatria en la primera infancia. Sao paulo, Brasil. Santos. 2009.
25. Gonzales M. Maloclusiones asociadas a: Habito de succión digital, habito de deglución infantil o atípica, habito de respiración bucal, habito de succión labial y habito de postura. Revisión bibliográfica, 2012.1317 – 5823, 1-6..
26. Finn, S. Odontología Pediátrica. México. Interamericana; 1982.

27. Rojas EJ. Prevalencia de hábitos bucales asociados a condiciones fisiológicas, condicionantes psicológicos, algunas alteraciones corporales y maloclusiones en niños de 3 a 12 años del Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui Canto Grande, distrito de San Juan de Lurigancho. [tesis]. Lima. Facultad de Odontología. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1988.
28. Fieramosca F, Lezama E, et al. La función respiratoria y su repercusión a nivel del sistema estomatognático. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: 1-13. URL disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/funcion_respiratoria_sistema_estomatognatico.asp.
29. Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011: 1 – 17. URL disponible en: www.ortodoncia.ws.
30. Laboren M, Medina C, Vilorio C, et al. Hábitos Bucles más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010: 1-30. URL disponible en: www.ortodoncia.ws.

- 31.Boj R. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. En: Catalá M. Odontopediatría. Primera Edición. Barcelona: MASSON, S.A; 2004.p.379-409.
- 32.Canut J. Etiopatogenia: Factores locales. En: Bravo Gonzales L.A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Segunda edición. Barcelona: Travessera de Gracia; 2000 .p. 221-242.
- 33.Proffit W R. Etiología de los problemas Ortodónticos. En: Tello Rodriguez Al. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2008.P.150-160.
- 34.Alves Cardoso RJ. Hábitos y sus influencias en la oclusión. En: Hetcht M, Virginia S. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pulo-Brasil: Artes Médicas; 2002.p. 69-79.
- 35.Vellini Ferreira F. Hábitos Bucales en Ortodoncia. En: Milton Hecht. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. 2º edición. Sao Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 253-279.
- 36.Ghafournia Maryam, Hajenourozali Tehrani M. Relationship between Bruxism and Malocclusion among preschool children in Isfaham. J Dent Res Dent Clin Dent Prospect. 2012; 6(4):138-142.

ANEXOS

ANEXO N°1 CARTA DE PRESENTACIÓN



Pueblo Libre, 12 de Mayo del 2017

Sra. MARGARITA ALBUJAR DE OYOLA
Directora de la I.E.I.P. "Nuestra Señora de la Paz"

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado MERA VELEZ, JUAN EDUARDO, con código 2012129323, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en la el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "RELACIÓN ENTRE PLANOS TERMINALES Y HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE TRES A CINCO AÑOS DE LA I.E.I.P. NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ DEL DISTRITO DE OLMOS – LAMBAYEQUE 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 al presente.

Atentamente,

I.E.I.P. NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
DIRECCION
OLMOS

Margarita Albuja de Oyola

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

Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

ANEXO N°2 CONSTANCIA DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN



I.E. INICIAL
“Nuestra Señora de la Paz”
OLMOS

COD. MODULAR 1225283



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
REPÚBLICA DEL PERÚ

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

CONSTANCIA

La directora de la Institución Educativa Inicial Privada “Nuestra Señora de la Paz”, hace constar:

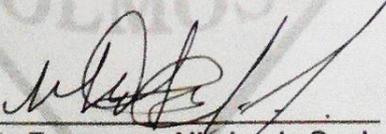
Que el bachiller en la carrera de Estomatología: MERA VELEZ JUAN EDUARDO, de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo, ha realizado sus sesiones didácticas sobre la recolección de datos, sobre información para su tesis titulada: “RELACIÓN ENTRE PLANOS TERMINALES Y HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE TRES A CINCO AÑOS DE LA I.E.I.P NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ DEL DISTRITO DE OLMOS - LAMBAYEQUE 2017”.

Es necesario aclarar que el mencionado bachiller cumplió con sus labores con eficiencia, puntualidad, responsabilidad, demostrado siempre su calidad profesional.

Se extiende la presente solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

TODOS POR AMOR, NADA POR LA FUERZA Y TODO POR LA INMENSA FUERZA DEL AMOR”.

OLMOS



Margarita Esperanza Albuja de Oyola
Directora de la I.E.I.P
“Nuestra Señora de la Paz”

ANEXO N°3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



FICHA DE CONSETIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con DNI N° _____ autorizo al bachiller Juan Eduardo Mera Velez en la carrera de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. La finalidad de mi visita es para darle a conocer que actualmente estoy realizando un trabajo de investigación titulado “Relación entre planos terminales y hábitos orales en niños de tres, cuatro y cinco años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz del distrito de Olmos - Lambayeque 2017”, para obtener mi Título de Cirujano Dentista. El estudio de investigación incluirá: el registro de datos mediante un formulario resuelto por el representado, así como el registro fotográfico de la cavidad oral, dichas fotos mantendrán el anonimato del niño estudiado, de esta manera se cumplirán con los derechos de confidencialidad.

Le solicito a Ud. Padre de familia y/o tutor su colaboración en el trabajo y su participación en todas las actividades del mismo, su participación es libre y voluntaria, pero le agradecería que sea por todo el tiempo que dure el trabajo. Gracias.

Firma del representante

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del Niño: _____

Firma del investigador

ANEXO N°4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Hoja de Encuesta:



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

INVESTIGACIÓN
BACH. JUAN EDUARDO MERA VELEZ

Aula: _____

Fecha: ___/___/___

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____ Sexo: F ___ M ___

INDICACIONES:

El siguiente formulario será llenado en base a los hábitos orales que indique su representado. Por favor marque con una x su respuesta.

1) ¿Su hijo se chupa el dedo actualmente?	SI__ NO__
3) ¿Qué dedo se chupa?	Pulgar__ Índice__ Medio__ Anular__ Meñique__ Varios dedos__
4) ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo?	SI__ NO__
5) ¿Su hijo respira por la boca?	SI__ NO__
6) ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo?	SI__ NO__
7) ¿Su hijo ronca por las noches?	SI__ NO__
8) ¿Su hijo moja la almohada con saliva por las noches?	SI__ NO__
9) ¿Se resfría constantemente?	SI__ NO__
10) ¿Tiene rinitis alérgica?	SI__ NO__
11) ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado?	SI__ NO__
12) ¿Tiene asma?	SI__ NO__
13) ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior?	SUPERIOR__ INFERIOR__
14) ¿En qué momento del día lo hace?	DÍA__ NOCHE__
15) ¿Su hijo se muerde las uñas?	SI__ NO__
16) ¿Su hijo con qué frecuencia se muerde las uñas?	SIEMPRE__ A VECES__

Ficha Clínica
INVESTIGACIÓN
BACH. JUAN EDUARDO MERA VELEZ

Aula: _____

Fecha: ___/___/___

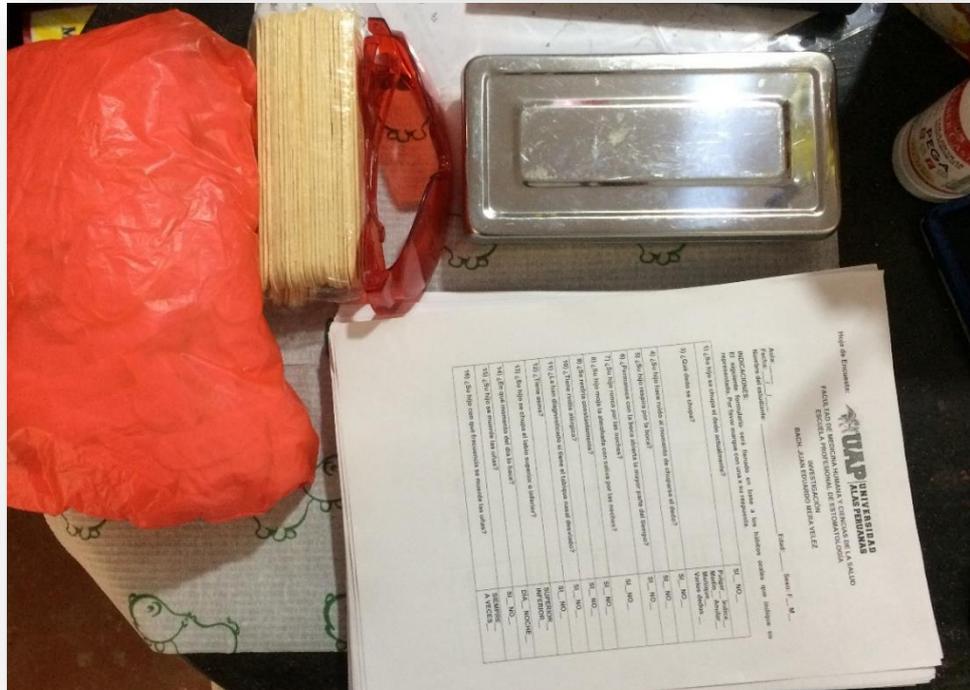
Nombre del estudiante: _____ **Edad:** ___ **Sexo:** F ___ M ___

I. Examen extraoral		
1. Dedos	Limpios () Uñas normales ()	Con callosidades () Uñas mordidas ()
2. Labios		
a) Labio superior	Normal ()	Interpuesto ()
b) Cierre labial	Competente ()	Incompetente ()
c) Labio inferior	Normal ()	Interpuesto ()
d) Labio superior en deglución	Normal ()	Interpuesto ()
e) Labio inferior en deglución	Normal ()	Interpuesto ()
3. Nariz		
a) Aletas nasales	redondeadas ()	aplanadas ()
b) Al sellar los labios	respiración normal ()	respiración se acelera o es insuficiente ()
II. Examen intraoral		
1. Lengua		
a) En deglución	Normal ()	Interpuesta ()
b) En reposo	Normal ()	Interpuesta ()
c) En fonación	Normal ()	Interpuesta ()
2. Oclusión		
a) Planos terminales		
Plano terminal recto ()	Escalón mesial ()	Escalón distal ()

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué hábitos orales presentan los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017? • ¿Qué hábitos orales, según sexo presentan los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017? • ¿Cuál es la relación entre los hábitos orales y los planos terminales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017? • ¿Cuál es la relación entre los hábitos orales y los planos terminales, según sexo presentan los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017. 	<p>la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los hábitos orales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017. • Determinar la relación entre los hábitos orales y los planos terminales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017. • Determinar la relación entre los hábitos orales y los planos terminales, según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos – Lambayeque 2017. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los hábitos orales que tienen mayor incidencia son la onicofagia y succión digital en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017. • Los hábitos orales tales como onicofagia, succión digital, se encontraron con mayor incidencia en el sexo femenino en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017. • Los planos terminales guardan relación con los hábitos orales en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017. • Los planos terminales guardan relación con los hábitos orales según sexo en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la Paz de Olmos - Lambayeque– 2017. 			<ul style="list-style-type: none"> • Autorización de los padres de familia para realizar el estudio, mediante consentimiento informado. • Niños que presentan la relación molar en contacto directo. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños que no colaboren en la evaluación clínica. • Niños con caries interproximales. • Niños con pérdida prematura de piezas deciduas. • Padres que no acepten el consentimiento informado.
---	--	---	--	--	---

ANEXO N°6 FOTOGRAFÍAS

FOTO N°1



Instrumental utilizado en la evaluación de cada niño.

FOTO N°2



Evaluación bucal en los niños de 3 años

FOTO N°3



Evaluación bucal en niños de 4 años

FOTO N°4



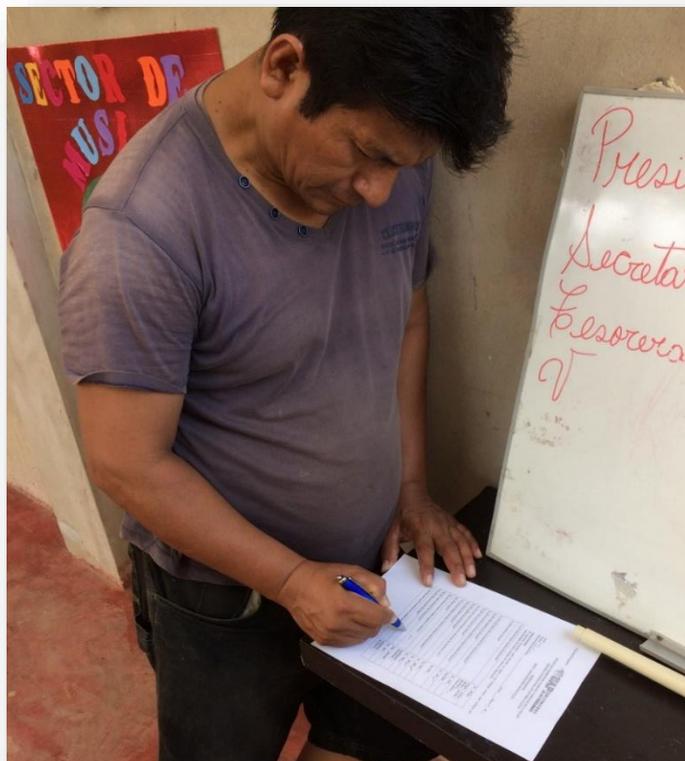
Evaluación clínica de los dedos

FOTO N°5



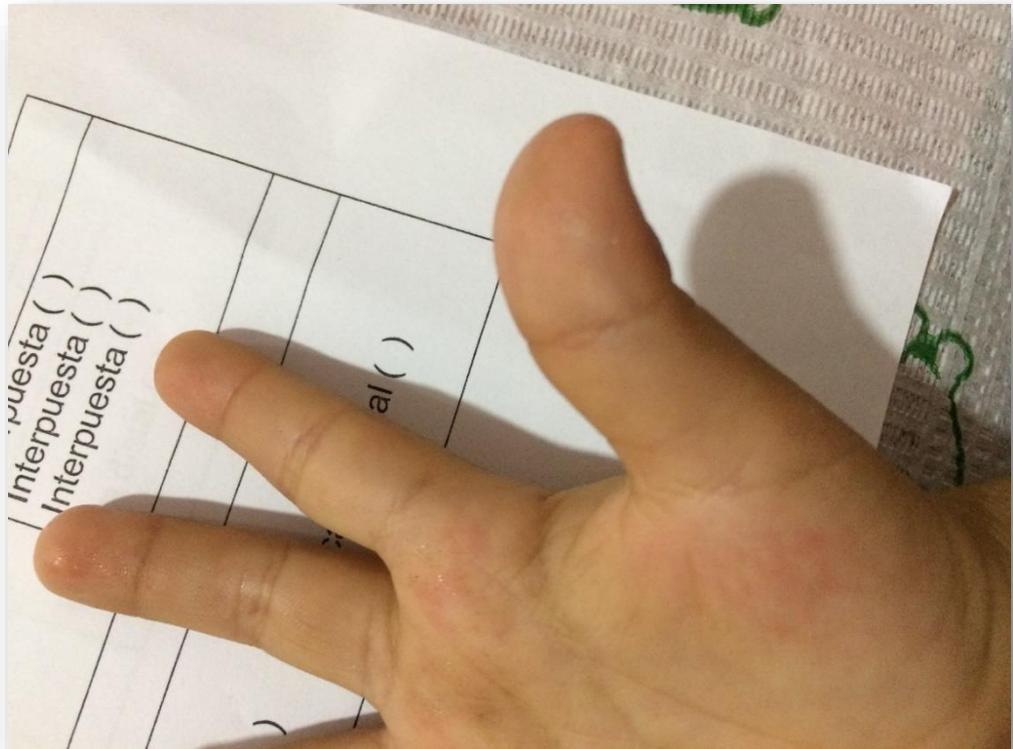
Madre de familia respondiendo la hoja de encuesta

FOTO N°6



Padre de familia respondiendo la hoja de encuesta

FOTO N°7



Callo en el dedo pulgar por succión digital

FOTO N°8



Callo en el dedo medio por succión digital y uñas mordidas

FOTO N°9



Niño de 3 años succionando los de anular y medio

FOTO N°10



Niño de 5 años presento respiración bucal

FOTO N°11



Niños de 3 años con escalón mesial

FOTO N°12



Niños de 3 años con plano terminal recto

FOTO N°13



Niños de 4 años con plano terminal recto

FOTO N°14



Niños de 5 años con escalón distal

FOTO N°15



Con los niños de la I.E.I.P Nuestra Señora de La Paz de Olmos