

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Estomatología



TESIS

**MALOCCLUSIONES DENTARIAS DE TIPO VERTICAL ASOCIADOS A HABITOS
BUCALES PERNICIOSOS EN ESTUDIANTES DE 6-12 AÑOS DEL DISTRITO
DE SAN JERONIMO- ANDAHUAYLAS, 2019**

Presentado por:

Bach. CARLOS ABOLLANEDA NOLASCO

Para optar el título de Cirujano Dentista

Abancay - Apurímac - Perú

2020

Tesis

Maloclusiones dentarias de tipo vertical asociados a hábitos bucales perniciosos
en estudiantes de 6-12 años del Distrito de San Jeronimo- Andahuaylas, 2019

Línea de investigación

Salud Publica Estomatológica

Asesor

CD. Omar Leiva Pérez



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología

MALOCCLUSIONES DENTARIAS DE TIPO VERTICAL ASOCIADOS A HABITOS
BUCALES PERNICIOSOS EN ESTUDIANTES DE 6-12 AÑOS DEL DISTRITO
DE SAN JERONIMO- ANDAHUAYLAS, 2019

Presentado por **Bach.** Carlos ABOLLANEDA NOLASCO

Para optar el Título de Cirujano Dentista.

Sustentado y aprobado el 06 de agosto del 2021, ante el jurado:

Presidente: CD. Yorki YINO VERA HURTADO

Primer Miembro: CD. Elizabeth CHÁVEZ SANCHES

Segundo Miembro: CD. Emma Rosa LÓPEZ AYALA

Asesor: CD. Omar Leiva Pérez

DEDICATORIA

El presente trabajo va dirigido a todas las personas que de alguna forma me apoyaron en la elaboración de esta tesis. En primer lugar, a Dios por ser guía y guardián de cada uno de mis pasos, por permitirme llegar a donde quiero y poder alcanzar mis sueños, a mi familia por el apoyo incondicional y el esfuerzo que día a día hace. a mis hermanos por brindarme apoyo moral, que durante esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

De manera especial a mi tutor de tesis, por haberme guiado en la elaboración de esta tesis.

Agradecido también a mis padres, y hermanos que siempre Han estado cuando los he necesitado, en los buenos y malos momentos el logro también es de ellos.

Por último, gracias a la UNIVERSIDAD TECNOLOGIA DE LOS ANDES y docentes en general por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento.

Gracias a todos.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
TÍTULO	I
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	II
ASESOR	II
PAGINA DE JURADOS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
INDICE DE TABLAS	IX
INDICE DE GRÁFICOS	X
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCION	XIV
CAPITULO I	1
I.PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Realidad problemática	1
1.2 Identificación y formulación del problema.....	2
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos.....	3
1.3 Justificación	3
1.4 Objetivos.....	4
1.4.1 Objetivo general.....	4
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Delimitaciones de la investigacion	5
1.5.1 Espacial	5
1.5.2 Temporal	5
1.5.3 Social.....	5
1.5.4 Conceptual	5

1.6 Viabilidad de la investigación	6
1.7 Limitaciones	6
CAPITULO II	7
II.MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.1.1 Antecedentes a nivel internacional	7
2.1.2 Antecedentes a nivel nacional	10
2.2 Bases Teóricas	14
2.3 Marco Conceptual	32
CAPITULO III	33
III.METODOLOGÍA	33
3.1 Hipótesis	33
3.1.1 Hipótesis general	33
3.1.2 Hipótesis específicas	33
3.2 Método	33
3.3 Tipo de investigación	34
3.4 Nivel o alcance de investigación	34
3.5 Diseño de la investigación	34
3.6 Operacionalización de variables	35
3.7 Población, muestra y muestreo	37
3.8 Técnica e instrumentos de recolección de datos	38
3.9 Consideraciones éticas	40
3.10 Procesamiento estadístico	40
CAPITULO IV	41
IV.RESULTADOS Y DISCUSIONES	41
4.1 Resultados	41
4.2 Discusiones	65

CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES.....	71
CAPITULO V.....	72
V.ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	72
5.1 Recursos.....	72
5.2 Cronograma de actividades	72
5.3 Presupuestos y financiamiento	73
5.3.1 Presupuesto	73
5.3.2 Financiamiento	73
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	80
Matriz de Consistencia.....	81
Instrumento	82
Consentimiento Informado	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia de datos	52
Tabla 2: Relación entre la asociación de maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos	53
Tabla 3: Relación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical según la edad.....	56
Tabla 4: Relación entre los hábitos bucales perniciosos y la edad	58
Tabla 5: Relación de las maloclusiones dentarias de tipo vertical y el género	61
Tabla 6: Relación entre los hábitos bucales perniciosos y el género	63

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Relación entre callosidad en los dedos y mordida abierta completa	54
Gráfico 2: Relación entre vestibularización incisivo superior y mordida abierta posterior	54
Gráfico 3: Relación entre vestibularización incisivo superior y mordida abierta completa	54
Gráfico 4: Relación entre vestibularización incisivo superior y overbite aumentado (<20%)	54
Gráfico 5: Relación entre lingualización incisivo inferior y mordida abierta completa	54
Gráfico 6: Relación entre la tonicidad del labio inferior y mordida abierta completa	54
Gráfico 7: Relación entre daño del labio inferior y mordida abierta completa .	55
Gráfico 8: Relación entre la vestibularización incisivo superior y mordida abierta completa	55
Gráfico 9: Relación entre la vestibularización incisivo superior y overbite aumentado (<20%)	55
Gráfico 10: Relación entre lingualización incisivo inferior y mordida abierta completa	55
Gráfico 11: Relación entre la posición del labio inferior al deglutir y mordida abierta completa	55
Gráfico 12: Relación entre la posición del labio inferior al deglutir y overbite aumentado (<20%)	55
Gráfico 13: Relación entre la mordida abierta anterior y la edad	56
Gráfico 14: Relación entre la mordida abierta posterior y la edad	56
Gráfico 15: Relación entre la mordida abierta completa y la edad.....	57
Gráfico 16: Relación entre el overbite aumentado (<20%) y la edad	57
Gráfico 17: Relación entre la callosidad en los dedos y la edad	59
Gráfico 18: Relación entre la vestibularización incisivo superior y la edad	59
Gráfico 19: Relación entre la lingualización incisivo inferior y la edad	59
Gráfico 20: Relación entre la tonicidad del labio inferior y la edad	59
Gráfico 21: Relación entre el daño del labio inferior y la edad.....	59
Gráfico 22: Relación entre la vestibularización incisivo superior y la edad	59

Gráfico 23: Relación entre la lingualización incisivo inferior y la edad	59
Gráfico 24: Relación entre la posición del labio al deglutir y la edad	59
Gráfico 25: Relación entre la forma de las narinas y la edad	60
Gráfico 26: Relación entre la forma del paladar y la edad	60
Gráfico 27: Relación de la mordida abierta anterior y el género	61
Gráfico 28: Relación de la mordida abierta posterior y el género	61
Gráfico 29: Relación de la mordida abierta completa y el género.....	62
Gráfico 30: Relación del overbite aumentado (<20%) y el género.....	62
Gráfico 31: Relación entre la callosidad en los dedos y el género.....	64
Gráfico 32: Relación entre la vestibularización incisivo superior y el género ..	64
Gráfico 33: Relación entre la lingualización incisivo inferior y el género.....	64
Gráfico 34: Relación entre la tonicidad del labio inferior y el género	64
Gráfico 35: Relación entre el daño del labio inferior y el género	64
Gráfico 36: Relación entre la vestibularización incisivo superior y el género ..	64
Gráfico 37: Relación entre la lingualización incisivo inferior y el género.....	65
Gráfico 38: Relación entre la posición del labio inferior al deglutir.....	65
Gráfico 39: Relación entre la forma de la narinas y el género	65
Gráfico 40: Relación entre la forma del paladar y el género	65

RESUMEN

En el mundo, son cada vez más frecuentes la presencia de alteraciones en las maloclusiones, motivo por el que diversas organizaciones internacionales lo consideran como un gran problema de salud pública. El presente estudio nace con el propósito de asociar las maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos orales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019. La metodología del estudio fue de tipo “cuantitativa” con un total de 85 participantes, estudiantes de 6 a 12 años de edad. Para detectar las maloclusiones verticales se observó la mordida abierta anterior, mordida abierta posterior, mordida abierta compleja y mordida profunda (el overbite aumentado >20%). Los resultados obtenidos evidencian que en la succión digital se observó que: 48.2%(41) presentaron callosidad en los dedos. De la succión labial se observó que: 97.6%(83) tienen tonicidad del labio inferior normal. Asimismo 34.1%(29) evidenciaron presencia de daño del labio inferior. En deglución atípica con presión del labio inferior se observó que: 74.1%(63) evidenciaron posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos, 25.9%(22) presentaron posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos.

Concluyendo que, los hábitos orales perniciosos no tienen relación con las maloclusiones en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas.

Palabras claves: *Maloclusiones, hábitos bucales perniciosos.*

ABSTRACT

Alterations in malocclusion are becoming more frequent worldwide, being considered by several international organizations as a public health problem. Therefore, the objective of this study was to associate dental malocclusions of vertical type and pernicious oral habits in students of 6-12 years of the district of San Jerónimo - Andahuaylas, 2019. A “quantitative” study was carried out in 85 students of 6 to 12 years old. For the detection of vertical malocclusions, the anterior open bite, posterior open bite, complex open bite and deep bite (increased overbite > 20%) were observed. The results obtained indicate that in digital suction it was observed that: 48.2% (41) had calluses on the fingers. From the labial suction it was observed that: 97.6% (83) have normal lower lip tone. Likewise, 34.1% (29) showed the presence of lower lip damage. In atypical swallowing with lower lip pressure it was observed that: 74.1% (63) evidenced position of the lower lip when swallowing with interposition of the lower lip between the incisors, 25.9% (22) presented position of the lower lip when swallowing with interposition of the lower lip between the incisors.

Concluding that there is no relationship between pernicious oral habits and malocclusions in students of 6-12 years of the district of San Jerónimo - Andahuaylas.

Keywords: *Malocclusions, pernicious oral habits.*

INTRODUCCION

En el mundo, numerosos autores han direccionado sus esfuerzos a conocer la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos orales parafuncionales o también conocidos como hábitos perniciosos, en distintos grupos de edad. Mientras que, en el Perú no se han desarrollado estudios suficientes para conocer la prevalencia real de estas patologías, y las pocas investigaciones realizadas en su mayoría se centraron en grupos de escolares y adolescentes, dejando de lado a los pre-escolares, pese a la existencia de información que pone en evidencia el comienzo temprano de las maloclusiones, empeorando el pronóstico de la salud oral futura del paciente, quien corre el riesgo de comprometer sus dientes permanentes. En la rama odontológica, se han identificado diferentes tipos de hábitos bucales parafuncionales que participan activamente en la aparición las maloclusiones, por lo que se les considera una causa primaria o secundaria, dependiendo del tipo de alteración, incluyendo también deformaciones en la región maxilofacial. La OMS, informo que las maloclusiones son la tercera alteración en la cavidad oral que se asocian a factores de riesgos genéticos y ambientales. Un hábito todo acto adquirido a través de la experiencia y de la repetición regular y automática, así mismo se definen como comportamientos involuntarios del sujeto. Son dos los tipos de hábitos bucales, en primer lugar, tenemos a los fisiológicos donde encontramos al hábito de succión, respiración por la vía nasal, articulación, masticación y deglución; y no fisiológicos, que son los hábitos como la succión de los labios o dedos, respiración por la boca, onicofagia, deglución atípica y bruxismo. Los niños, son particularmente susceptibles a practicar estos hábitos anómalos en

busca de atención, al exponerse a ambientes familiares y escolares tóxicos, incluyendo su estado psicológico.

CAPITULO I

I.PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática

Durante las últimas décadas, en el mundo se han vuelto cada vez más frecuentes los casos de alteraciones en la maloclusión, motivo por el que algunas organizaciones internacionales la han calificado como un problema público en lo que a salud se refiere. La OMS señalo que, en el mundo, las maloclusiones son la tercera afección estomatognática que se asocian a factores de riesgo del ambiente y de los genes.¹

Dentro de los factores de riesgo, con importante participación en la aparición de alteraciones como la oclusión, se encuentran los hábitos orales, que son patrones aprendidos por las costumbres o práctica que se adquirieron gracias a la reproducción repetitiva del mismo acto, que al comienzo son conscientes pero posteriormente por la habituación se vuelven inconscientes.⁶ Se consideran como hábitos orales funcionales a: la respiración nasal, el masticar, deglutir y la fonación; los no funcionales son la succión anómala, la respiración por la boca, deglución atípica, la interposición lingual, la queilofagia, bruxismo, onicofagia y algunos otros.¹

Particularmente los niños, tienden a practicar hábitos no funcionales como un medio para llamar la atención cuando se exponen a un entorno donde prima la violencia, falta de atención paternal, inmadurez emocional, cambios frecuentes en el entorno familiar. Para la odontología, la importancia de los hábitos parafuncionales se centra en que son capaces de modificar la posición normal de la dentadura y la relación que mantienen entre sí, a causa de la interferencia originada y de la intervención de los músculos orofaciales; volviéndose la causa

principal de las deformaciones maxilofaciales, y ocasionando además problemas en el sistema digestivo, respiratorio y hasta dentro de su desarrollo motor y psicosocial.¹

Por lo mencionado en los párrafos anteriores, existe una alta probabilidad de que las alteraciones oclusales se presenten en los primeros años de vida del ser humano, originando una falta de equilibrio en las estructuras del sistema bucodental. Por lo que es primordial la rápida adopción de medidas preventivas o interceptar su desarrollo, ya que el daño los niños es mucho mayor, a diferencia de las personas adultas.

1.2 Identificación y formulación del problema

Los hábitos orales del ser humano son conductas repetitivas que al ser persistentes durante el desarrollo llegan a conducir a importantes trastornos dentomaxilofaciales. Diversos estudios en diferentes países han demostrado que la población infantil presenta como mínimo un hábito perjudicial, que se relaciona con alguna anomalía de la oclusión dentaria.

Hasta alrededor de los 12 años, los niños presentan hábitos orales que causan alteraciones en su oclusión dental normal, la gravedad de esta dependerá de la duración del hábito. A medida que el niño va creciendo el tratamiento del hábito es más complicado, en otros casos la influencia de los factores sociales interrumpe la ocurrencia del hábito. Aproximadamente a los 6 años de edad, se inicia la erupción de los dientes primarios, dando lugar a una dentición mixta. Esta fase de cambio dentario es de importante debido a las altas posibilidades de causar anomalías de la oclusión.

En el mundo, constantemente se llevan a cabo estudios sobre las maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en distintos rangos de edad. Mientras que, en nuestro país, los estudios al respecto son insuficientes y

generalmente se centran en pre-escolares, incluso existiendo evidencia que afirma que las maloclusiones normalmente se inician a una edad muy temprana, y de no solucionarse tendrá serias repercusiones en la dentadura definitiva.³ La presente investigación se orienta a analizar las maloclusiones dentales de tipo vertical asociadas a los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años de edad. ³

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son las maloclusiones dentarias de tipo vertical asociados a hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo-Andahuaylas, 2019?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo?
2. ¿Cuáles son los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo -Andahuaylas, 2019 según sexo?
3. ¿Cuál es la asociación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019?
4. ¿Cuál es la asociación entre los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019?

1.3 Justificación

De acuerdo a las investigaciones respecto a los hábitos orales parafuncionales, estos son los principales factores que causan las maloclusiones, provocando

que el sistema estomatognático presente alteraciones, con diferentes repercusiones en la estética facial. A menor edad, la consecuencia del hábito será mayor; si estos hábitos no se detectaron o corrigieron oportunamente, llegan a provocar malas posiciones en la dentadura e intervienen en la relación que mantienen las piezas dentales a causa de la interferencia que provocaron durante el crecimiento.¹⁰ Es importante que los hábitos orales parafuncionales se detecten en a principios de la etapa de la infancia para aplicar un tratamiento ortodóncico o en el mejor de los casos un tratamiento preventivo para disminuir los daños relacionados a las alteraciones en la oclusión.³

Esta investigación busca establecer la asociación de hábitos orales perniciosos y maloclusiones en los infantes, junto a sus consecuencias futuras. También se pretende promover programas informativos y educativos dirigido a los padres de familia para concientizar respecto a la importancia de la prevención odontológica.

Es sumamente importante que los estudiantes de estomatología sean conscientes de la relevancia de conocer los hábitos bucales, la identificación de las maloclusiones y elegir el mejor tratamiento. Con el propósito de formar futuros profesionales de salud con mayor conciencia respecto a la importancia a éste tipo de alteraciones, sus consecuencias y su alta incidencia en la población.²

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Asociar las maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo-Andahuaylas, 2019.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo.
2. Identificar los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo -Andahuaylas, 2019 según sexo.
3. Asociar las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019.
4. Asociar los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019.

1.5 Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Espacial

La investigación se realizó en el distrito de San Jerónimo, perteneciente a la provincia de Andahuaylas

1.5.2 Temporal

El estudio fue desarrollado en el primer semestre del año 2019

1.5.3 Social

El desarrollo de la investigación se realizó con los niños de 6 a 12 años de las instituciones educativas del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas.

1.5.4 Conceptual

La investigación está comprendida de dos variables; maloclusiones dentarias de tipo vertical y hábitos bucales perniciosos.

1.6 Viabilidad de la investigación

La investigación no necesitó de mucho personal, así como el factor económico. En ese sentido se observó que el estudio de las maloclusiones dentarias de tipo vertical y hábitos bucales perniciosos, fue viable para su estudio, asimismo el estudio deja un gran valor informativo para otras investigaciones.

1.7 Limitaciones

Es normal que, exista un desorden en el comportamiento típico de la edad del grupo poblacional en estudio, comprendida entre los 6 a 12 años, muy a pesar de ello, este estudio pudo ser llevado a cabo de forma ordenada y organizada.

CAPITULO II

II.MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes a nivel internacional

Flores León (2018). Objetivo: Establecer la prevalencia y asociación existente entre el hábito oral nocivo y las maloclusiones dentales en dos escuelas de la ciudad de Quito. **Metodología:** Estudió descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. **Participantes:** 120 niños de 7 a 10 años. **Resultados:** Se registró una prevalencia de hábitos orales en el 52% de niños del colegio 6 de diciembre y, un 51% en los niños pertenecientes al colegio Gran Bretaña; en 6 de diciembre un 6% de succión digital y 11% del otro colegio; en 6 de diciembre 18% de succión labial y 23% Gran Bretaña; 6 de diciembre 3% de interposición labial y 1% Gran Bretaña; 6 de diciembre 20% respiración bucal y 5% Gran Bretaña. Respecto a la relación de los molares fue predominante en el plano terminal recto en ambas instituciones educativas; se obtuvo 41% en sentido vertical para la mordida profunda en la escuela 6 de diciembre y 13% para la mordida abierta anterior, mientras que un 52% para mordida profunda en la escuela Gran Bretaña y 4% para mordida abierta anterior. **Conclusión:** Las maloclusiones están relacionadas con los hábitos bucales, además las maloclusiones verticales se relacionan con la interposición lingual, respiración por la boca y succión.⁴

Iza Molina J. et al (2017). Objetivo: Determinar la existencia de hábitos orales en el niño. **Metodología:** Estudio transversal. **Población:** 154 infantes de 5 a 9 años. **Técnica:** La encuesta fue aplicada a los padres de familia de la Unidad Educativa “Pastocalle”, análisis de la historia clínica donde fueron registradas

las posibles maloclusiones y hábitos orales perniciosos. **Conclusión:** La presencia de hábitos orales no fisiológicos tiene relación estadísticamente significativa con maloclusiones dentarias, mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado se obtuvo un p-valor < 0.05 , señalando que el tipo de hábito oral estudiado si tienen relación con las maloclusiones posteriores y anteriores.⁵

Mesa Rodríguez (2017) Objetivo: Determinar la afectación por hábitos orales perniciosos y maloclusiones en infantes de 0-11 años de edad del Policlínico Máximo Gómez, Holguín. **Método:** Estudio descriptivo – transversal. **Población:** 132 niños, la muestra se seleccionó mediante muestreo estratificado a fijación igual. **Técnica:** En primer lugar, se procedió a determinar el grupo etario y el género con mayor afección, los grupos se dividieron en edades de 0-4 y 5-11 años. **Resultados:** Se determinó que el hábito oral pernicioso más frecuente era la succión del biberón (69,69%), seguido del empuje lingual (62,87%) y la succión digital (45,45%). Mientras que las maloclusiones identificadas fueron la distoclusión molar en el 40,90% de niños, la labioversión con diastema (27,27%) y por último, el apiñamiento inferior (25,75%). Se observó además que el 76,51% de niños de 5-11 años de edad fue el grupo etario más afectado. **Conclusiones:** Los hábitos orales perniciosos fueron prácticas arraigadas desde la niñez, sobre todo la succión del biberón, siendo el origen de una serie de maloclusiones como la distoclusión molar, presentándose como mayor frecuencia en niños varones de 5 a 11 años de edad.⁶

Arocha Arzuaga y col. (2016). Objetivo: Determinar la prevalencia de alteraciones oclusales y hábitos orales parafuncionales en alumnos con dentición mixta de la Escuela "Nguyen Van Troi", Cuba. **Metodología:** Estudio descriptivo - transversal. **Participantes:** 150 alumnos de 6 y 7 años de edad.

Técnica: Se entrevistó y aplico un examen físico a los escolares. **Resultado:** Se registró un 60.7% de escolares con maloclusión; siendo predominante en el sexo masculino (52,0 %), donde el 87.9% presento maloclusiones asociadas a hábitos deformantes como la respiración bucal con 17.7%, succión digital 19.3%, lengua protráctil 21%, onicofagia 28.2% y alimentación con el biberón 41.1%. **Conclusión:** En gran parte de los participantes del estudio, los hábitos orales deformantes se relacionaron a la formación de maloclusiones dentales.⁷

Catarí et al.5 en el (2014). Objetivo: Describir los hábitos parafuncionales y maloclusiones en infantes con dentición mixta pacientes de Odontopediatría II de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, 2012-2013, Venezuela. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal. **Participantes:** 110 historias clínicas. **Resultados:** La onicofagia fue el hábito más prevalente en el 35% de participantes. Respecto al tipo, la maloclusión más habitual fue el apiñamiento en el 20% de pacientes, clase II subdivisión 2 en el 19%, por último, la mordida abierta se presentó en 14 pacientes.⁸

Mendoza Oropeza y col. (2014). Objetivo: Evaluar las maloclusiones que se asocian con los hábitos orales en infantes atendidos en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM. **Metodología:** Estudio transversal. **Participantes:** 147 niños varones y mujeres de 2 a 15 años. **Técnica:** El estudio consto de dos etapas, durante la primera se identificaron los hábitos no funcionales y en la segunda etapa se procedió a diagnosticar el tipo de maloclusión. **Resultado:** Respecto a los hábitos, el más prevalente fue en un 66.2% interposición lingual, seguido por un 49.3% para el hábito de succión labial y un 31.8% para la respiración bucal. Los hábitos menos prevalentes fueron la succión digital en el 23.6% de participantes. Se obtuvo un 96.6% de prevalencia en maloclusiones, donde el 51.7% estuvo conformado por las

mujeres, de las cuales el 35.1% presento mordida abierta, 26.4% apiñamiento anteroinferior, 19.6% apiñamiento anterosuperior y 12.8% mordida cruzada superior. **Conclusión:** Existe relación entre el hábito interposición del labio y la maloclusión: mordida abierta, al igual que la succión de los dedos con la mordida abierta y el plano terminal recto en los participantes con dentadura temporal. Así mismo, se afirma la relación entre la respiración por la vía oral con la maloclusión mordida cruzada posterior y la Clase II de Angle.⁹

2.1.2 Antecedentes a nivel nacional

Mallqui Benigno J., et al (2018). **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, y transversal. **Método:** Se realizó la calibración en 15 niños, quienes conformaban alrededor del 10% de la muestra. **Resultados:** Respecto a los hábitos parafuncionales, el de mayor prevalencia fue la deglución atípica con presión lingual (23.8%), presión labial inferior y succión de labio (17% para cada habito). La maloclusión vertical que más predominó fue la mordida profunda (29.3%) y la mordida abierta anterior (12.2%). No se evidencia ninguna diferencia con significancia estadística entre el género y el hábito de la succión ($p=0.568$), mordida profunda ($p=1,000$), deglución atípica ($p=0.153$), mordida abierta ($p=0.155$) y la respiración por la vía oral ($p=0.592$). Mientras que si se observó una diferencia con significancia estadística entre la edad y la respiración por la vía oral ($p=0.005$). La mordida abierta mantiene relación con la succión ($p= 0.005$), respiración por la vía oral ($p= 0,0001$) y deglución atípica ($p= 0,0001$); y una diferencia con significancia estadística entre la mordida profunda y la deglución atípica ($p=0.02$). **Conclusión:** Los hábitos bucales parafuncionales están relacionados con la presencia de maloclusiones verticales.¹⁰

Paiva Tume B. et al (2017). Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo observacional y de diseño transversal. **Participantes:** 66 infantes con dentadura mixta. **Método:** La información fue recolectada tomando impresiones. **Resultados:** No se identificó una relación significativa entre los hábitos bucales perjudiciales y las maloclusiones, dado que la clase I, II y III no son alterados a causa de algunos hábitos perniciosos. Se determinó que los hábitos bucales perjudiciales más frecuentes son la respiración oral en el 47.0% de niños, onicofagia en el 24.2% y la succión digital en el 19.7% de participantes. En el 65.1% se evidenciaron maloclusiones de clase I, siendo calificadas como las más frecuentes, seguido de la clase II en el 25% y clase III en el 9.1%. También se determinó que las maloclusiones clase I, II y III no presentan alteraciones significativas respecto a los hábitos orales perjudiciales en ambos sexos. **Conclusión:** Los hábitos orales perniciosos no están relacionados con las maloclusiones según género, en los participantes del estudio.¹¹

Espinoza, Casas y Campos (2016) Objetivo: Evaluar la prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños. **Metodología:** Estudio descriptivo y transversal. **Participantes:** 1006 historias clínicas de niños de 6 a 12 años. **Resultados:** El 19,48% presentó predisposición al hábito de deglución atípica, el 2.19% succión digital y el 0.20% de niños evidencio respiración oral. Respecto a las alteraciones dentoalveolares, la más prevalente fue la mordida cruzada anterior en el 8.65% de niños y posterior en el 5.27%; el 9.74% presento mordida abierta anterior y el 0.89% posterior, el 6.66% plano terminal derecho escalón mesial, el 0.89% plano terminal recto, 0.40% escalón distal; el 70.78% overjet de 1mm a 4mm, 11.93% mayor a 4mm y 6.26% menor a 4mm; mientras que el 45.03% presento overbite de 10% a

40%,16.60% mayor a 40% y 11.43% menor a 10%. **Conclusiones:** No se halló una asociación entre los hábitos orales perniciosos y el sexo. Se determinó una asociación entre las relaciones molares derecha e izquierda según Angle con la edad, pero no se halló una asociación significativa con el género.¹²

Zapata MJ. Et al (2014). Metodología: Estudio de nivel descriptivo con corte transversal, tipo prospectivo y clínico. **Participantes:** 154 niños de 6 a 12 años.

Método: Los padres de familia fueron informados respecto al propósito del estudio y se les solicitó su consentimiento para la participación de sus hijos. Los diferentes hábitos bucales parafuncionales fueron detectados en dos etapas: Se aplicó el cuestionario al padre de familia y se llevó a cabo la valoración clínica del participante. **Resultados:** La maloclusión más predominante fue la de clase I en el 71,4%; clase II división 1 en el 20,1%, clase II división 2 en el 0.6% y la clase III en el 7.8%. La mordida abierta anterior fue la más habitual ante la deglución atípica, existe diferencia con significancia estadística al relacionar la succión de los dedos con mordida abierta anterior. Se identificó también la asociación entre los hábitos orales y el desarrollo de maloclusiones en los infantes estudiados.¹³

Tongo Alarcón (2017) Objetivo: Determinar la relación entre los hábitos orales y las alteraciones oclusales en estudiantes de la Institución Educativa N°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas. **Metodología:** Estudio correlacional, de enfoque cuantitativo, de tipo: observacional y transversal.

Participantes: 85 estudiantes del nivel secundario. **Resultados:** Luego del análisis de los datos recolectados, se determinó que el 48.2% estudiantes evaluados no presentó ningún hábito oral, el 15.3% respiración bucal; succión digital el 10.6%; onicofagia y bruxismo el 9.4% y deglución atípica y succión labial el 3.5%. Según el tipo de maloclusiones; la clase I fue identificada en el

65.9 %, clase II en el 14.1% y clase II en el 7.1%. Respecto al sector dental; el 63.5% de estudiantes evidencio maloclusión dentaria anteroposterior, vertical el 20.0% y transversal el 16.5%. En el 10.6% de estudiantes se identificó mordida cruzada y el 5.9% mordida en tijera. **Conclusiones:** Los hábitos orales están relacionados con las alteraciones oclusales en los participantes del estudio. ¹⁴

2.2 Bases Teóricas

HÁBITOS

El hábito es la costumbre o practica que se adquirió al repetir reiteradamente la misma acción, al principio se desarrolla de manera consciente y después gracias a la repetición, se vuelve inconsciente.¹⁵

Hábitos bucales

Son considerados como la fuente fundamental de las alteraciones que dañan la estructura del sistema bucodentario, comprometiendo importantes procesos del organismo humano como la: succión, fonación, deglución, el masticar, respirar y hablar. Usualmente estos hábitos se presentan con diferentes consecuencias en los infantes, adolescentes y adultos, su intensidad obedece a la edad, tiempo y la frecuencia del hábito observado. En la actualidad, se han identificado diversos hábitos nocivos que conducen a la ocurrencia de diversas alteraciones dentales, máxilo-faciales, musculares y óseas.¹⁴

Clasificación de los hábitos:

En 1989, Aristigueta Ricardo realizó la siguiente clasificación:

1. Hábitos orales fisiológicos o funcionales

Hábitos innatos del ser humano, como el respirar por vía nasal, masticar, hablar, la succión y la deglución.¹⁶

2. Hábitos orales no fisiológicos o no funcionales

Estos se desarrollarán a continuación:

HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS O NO FUNCIONALES

Estos representan las principales causas de deformaciones dento-esqueléticas o maloclusiones, provocando alteraciones en el normal desarrollo del sistema bucodental y una falta de equilibrio entre las fuerzas de los músculos orales y periorales. Hecho que conducirá a una alteración ósea con distinto grado de

repercusión, considerando principalmente la edad en que comenzó el hábito, dado que mientras más joven sea la persona mayor será el daño pues el hueso se moldea con mayor rapidez. Los hábitos orales no funcionales más comunes son la succión de los dedos, la respiración por la cavidad oral, deglución atípica y bruxismo.¹⁵

Etiología de los hábitos orales no fisiológicos¹⁸

Instintivos: Los hábitos que son considerados funcionales hasta cierto momento de la vida, pero en caso de perdurar llega a ocasionar daños en la cavidad oral.

Placenteros: Como el hábito de succión del dedo.

Defensivos: Hábitos desarrollados inconscientemente para defender el organismo. Ejemplo: Respiración por la boca presentada en sujetos con asma, rinitis alérgicas, etc.¹⁸

Hereditarios: Aquellos hábitos concomitantes que se adquieren a causa de deformaciones congénitas, como la lengua bífida, frenillos linguales cortos, etc.

Adquiridos: Usualmente se presentan en personas con paladar fisurado intervenidos mediante cirugías, usualmente adquieren fonación nasal, sobre todo para los fonemas K, J, G y al pronunciar la Ch y S.

Imitativos: Forma en que se coloca la lengua y los labios al hablar, gesticular y otros.¹⁸

HÁBITOS DE SUCCIÓN

Desde el punto de vista psicológico, el hábito de la succión no nutritiva debe ser interrumpido a más tardar a los dos años del niño. Se considera que un hábito es perjudicial cuando permanece más allá de la erupción de las primeras piezas temporales. Si se abandona este hábito todavía cuando el niño

mantiene su dentición primaria, se favorecerá la autocorrección de la posible mordida abierta que se haya formado.¹⁸

Etiología

Larson afirma que la lactancia no natural participa como factor etiológico directo de la succión del dedo, debido a que su práctica es breve y no demanda mucha dedicación. Este hábito usualmente se asocia a frustraciones en la niñez de índole psicológica provocadas por conflictos en el hogar o de estudio, donde la succión representa un refugio a fin de intentar escapar de sus miedos.¹⁹

La presión pasiva sobre los arcos dentarios y otros hábitos que ejercen presión sobre el paladar, generalmente ocasionan mordida abierta, maloclusiones verticales, distalización de la mandíbula con tendencia a clase II y otros efectos como:²⁰

Protrusión de los incisivos superiores
Retroinclinación de los incisivos inferiores
Mordida abierta anterior
Prognatismo Alveolar Superior
Mordida cruzada posterior
Arcada superior estrecha
Aumento de la dimensión vertical.
Protrusión de los incisivos superiores

Factores que modifican, intensifican o minimizan la acción del hábito de succión¹⁷

1. Duración

Infantil (hasta 2 años): Es cuando ocurre la formación del patrón normal de la conducta, en esta etapa no se evidencian efectos perjudiciales.¹⁷

Pre-escolar (2 a 5 años): No se observan efectos nocivos en la dentadura siempre que la succión sea esporádica, pero de ser continua con alta

intensidad llega a producirse malposiciones en las piezas dentales temporales. Siempre que el hábito sea interrumpido hasta antes de los seis años de vida, habrá una alta probabilidad de revertir la deformidad.¹⁷

Escolar (6 a 12 años): Durante esta etapa, la succión llega a producir malformaciones dento-esqueletales y malposiciones dentales, siendo necesario un profundo análisis etiológico del hábito.¹⁷

2. FRECUENCIA:

- Intermitentes, durante el día.
- Continuos, durante la noche.

Algunos niños realizan succiones a lo largo del día, mientras que otros lo realizan solo durante el horario nocturno o para conciliar el sueño.¹⁷

3. INTENSIDAD:

Poco intensa: Succión digital pasiva con poca actividad de la musculatura buccinadora, sobre todo. Distraídamente el sujeto introduce la punta del dedo.

Intensa: Se aprecia con facilidad la contracción de la musculatura de la periferia labial.¹⁷

CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN:

Hábito de la succión Labial

Es muy frecuente en infantes con un resalte acentuado en la mordida. Es posible estimar una sobremordida horizontal y protrusión de los incisivos inferiores.^{21, 22} La repercusión del labio inferior ocurre cuando los incisivos inferiores se desnivelan hacia atrás y los incisivos superiores se desplazan vestibular. Entonces, se incrementa el resalte inclusive existiendo una relación sagital normal entre los arcos dentales (relación Clase I).¹⁸

Es de amplia importancia realizar una identificación de los sujetos con maloclusiones Clase II división que presentan interposición del labio inferior. La

discordancia sagital entre los arcos dentales Clase II demanda que durante la deglución suceda una adaptación funcional con el labio sobrepuesto entre los incisivos inferiores y superiores para un adecuado sellado de la cavidad oral. La alteración morfológica (resalte) cuyo origen fue definido principalmente por la genética, se agrava por la influencia ambiental. Caso en el que sería incorrecto atribuir al hábito de la succión la presencia de maloclusión Clase II.¹⁸

Succión digital

Acto de succionar o chupar algún dedo de la mano.²³ Es un hábito aparentemente normal en la infancia, llegando a representarse en alrededor del 50% de niños pequeños.

Generalmente, este hábito comienza alrededor de los 12 meses de edad y llega a permanecer hasta los cuatro años, en casos extremos. Si persiste el hábito de succión digital por un periodo más de lo normal, es considerado como un signo de inestabilidad o ansiedad en el individuo.²⁰

Tipos de hábitos de succión digital:²⁴

- 1. Succión del pulgar:** La musculatura activa crea un vacío en la cavidad bucal. La acción del pterigoideo externo deprime la mandíbula, acrecentando el espacio intraoral y ejerciendo una presión negativa. La musculatura labial se contrae evitando que el aire ingrese para romper el vacío creado.²⁴
- 2. Succión del dedo índice:** Se ocasiona una mordida unilateral abierta o una protrusión de los caninos o incisivos.
- 3. Succión del dedo índice y medio:** Se produce una protrusión de los caninos o incisivos, también una mordida abierta.
- 4. Succión del dedo medio y anular:** Llega a originarse una mordida abierta unilateral, protrusión de los caninos o incisivos, retroinclinación o intrusión de los incisivos anteroinferiores.²⁴

5. Succión de varios dedos: Se originan problemas parecidos a los mencionados anteriormente, su gravedad depende de la cantidad de dedos inmiscuidos, intensidad y frecuencia del hábito.²⁴

Los efectos en la cavidad oral de la succión digital son principalmente la protrusión de los incisivos superiores, prognatismo alveolar superior, mordida abierta anterior, estrechamiento de la arcada superior, retroinclinación de los incisivos inferiores, dimensión vertical aumentada y mordida cruzada posterior.¹⁸ También se produce paroniquia y deformidad en los dedos.²⁵

DEGLUCIÓN ATÍPICA²⁴

Es la inadecuada postura y uso lingual al momento de deglutir. Zambrana y Dalva (1998) han definido a la deglución atípica como la presión lingual lateral o anterior contra las arcadas dentales. La lengua se apoya contra la cara posterior de los incisivos al terminar de masticar, o se presiona contra los dientes incisivos durante la deglución.²⁴

Otros autores señalan que la deglución atípica es la permanencia del reflejo de deglución normal durante la infancia. Generalmente, los niños modifican su forma de deglutir alrededor de su tercer año de vida. El reflejo de succión-deglución del bebé se adapta a la lactancia, el cual cambia al incluir otro tipo de alimentos en la dieta que deben ser masticados y requieren de otro tipo de al y deglución. Si bien este hábito parafuncional no es un reflejo de succión-deglución, se interpreta como la frontalización lingual persistente, que es una característica de la deglución de un bebe. A nivel oclusal, sus consecuencias provocan mordida abierta y relación clase II; y a nivel comunicativo llega a originar alteraciones en la fonación bilabial, sibilante y lingoalveolares.²⁴

Para Lugo, sus consecuencias son:²⁷

Mordida abierta en la región anterior y posterior
Incompetencia labial
Efectos bucales de la deglución atípica:
Protrusión de incisivos superiores
Labio superior hipotónico e inferior hipertónico
Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar
Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas.
Hipertonicidad de la borla de mentón
Hiperactividad de los músculos de la masticación
Problemas fonéticos

Factores de riesgo:

- Uso frecuente del chupón o biberón: es considerado la principal causa de esta habito parafuncional.
- Alimentación blanda más allá de la edad recomendada: dado que demanda exige poca actividad de los músculos periorales, conlleva a una deglución infantil originando un aparato estomatognático inmaduro.

27

Clasificación de la deglución Atípica

a. Deglución atípica con presión atípica del labio inferior ²⁸

Cuando el paciente se encuentra en reposo y los labios no mantienen contacto. Al deglutir, no se realiza la selladura de la región anterior de la boca por el simple contacto de los labios, sino que precisa de que el labio inferior se contraiga fuertemente, interponiéndose entre los incisivos inferiores y superiores, provocando una lingualización y apiñamiento de los incisivos

inferiores, mientras que se vestibularizan los incisivos superiores. El labio superior no tiene participación al momento de la deglutir, por lo que se va volviendo hipotónico, y comienza a adquirir una apariencia de labio corto mientras que el labio inferior y los músculos del mentón se va tornando más hipertónico. Al perderse el contacto funcional anterior se aumenta el realce, la sobremordida y se favorece la extrusión dental. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores provoca la pérdida del contacto entre los caninos e incisivos propiciando la migración de los segmentos posteriores.²⁸

Deglución atípica con presión atípica de la lengua²⁸

Durante la deglución, los dientes de los pacientes con este problema no mantienen contacto. La lengua se coloca en los incisivos y en ocasiones llega a interponerse entre molares y premolares. Así mismo, los labios y las comisuras se contraer provocando que el arco se estreche a altura del músculo mentoniano y de los caninos. Los músculos elevadores mandibulares no se contraen.²⁸

La clasificación de la deglución atípica lingual es la siguiente:

A-TIPO I-No provoca deformación

B- TIPO II- Ocurre una presión lingual anterior sobre la dentadura anterior. Las deformidades que provoca son:

- Mordida abierta anterior: Posición lingual como si estaría siendo mordida.
- Mordida abierta y vestibuloversión: La lengua se interpone entre las piezas dentales anteriores, exhibiendo los incisivos inferiores o superiores con una severa inclinación vestibular.
- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior: Se asocia a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de

las molares, ya que se rompe el equilibrio muscular entre los músculos de los carrillos y la lengua.²⁸

C-TIPO III- Se produce una presión lingual lateral

La presión de la lengua ocurre en la región lateral del arco, a altura de los premolares, apoyándose entre las piezas del arco inferior y superior. Las deformaciones que resultan son:²⁸

- Mordida abierta lateral: la deglución deprime la mandíbula y la lengua se retiene a altura de los premolares
- Mordida abierta lateral y mordida cruzada: En la zona de apoyo se produce una mordida abierta, la cual se asocia a una mordida cruzada posterior del lado opuesto, en ocasiones se rompe el equilibrio que mantienen los músculos.

D-TIPO IV- Se observa una presión lingual lateral y anterior.

Las maloclusiones que se derivan son:

- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
- Mordida abierta anterior y lateral.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.²⁸

Características bucales

Asimétrica mordida abierta anterior, hipertonicidad de la musculatura borla del mentón, labio superior hipotónico, mayor actividad de la musculatura masticatoria, problemas fonéticos, protrusión de los incisivos.²⁸

Tratamiento

- La posición lingual disminuye gracias a ejercicios terapéuticos miofuncionales.

- Interconsulta con el fonoaudiólogo.
- Uso de aparatos fijas o removibles (perla de Tucat, rejilla lingual).
- Uso de liga elástica en la punta de la lengua y los labios.

LA RESPIRACIÓN BUCAL

Ocurre cuando se sustituye la respiración normal nasal por la respiración bucal, es muy frecuente observar una inflamación en los adenoides, tendencia a mordida abierta un paladar alargado y estrecho, con una alta bóveda palatina y posición lingual baja.²⁹

La respiración normal ocurre principalmente por vía nasal para permitir que el aire ingrese a los pulmones filtrado y humedecido. La respiración mixta se establece ante una mayor demanda de energía, como en momentos de estrés, grandes esfuerzos físicos, etc.²⁹

Si las vías aéreas presentan obstáculos, como la obstrucción o resistencia al paso del flujo del aire, el niño comenzará a mantener una respiración por la vía alterna, en este caso la boca, provocando que la lengua adopte una posición descendida para favorecer el ingreso del aire.²⁹

Los obstáculos respiratorios que se localiza en la cavidad nasal son:

- Hipertrofia de cornetes.
- Desviación del tabique nasal.
- Rinitis alérgicas frecuentes.

Los obstáculos en la nasofaringe son:

- Hipertrofia de las amígdalas adenoideas o faríngeas.
- Bucofaríngea, como la hipertrofia de las amígdalas palatinas.⁶

La respiración bucal tiene las siguientes consecuencias.¹⁵

1. Crecimiento transversal del maxilar superior a causa de las fuerzas centrípetas de los músculos mímicos, en especial de la musculatura

buccinadora. Las manifestaciones clínicas son: elevación de la bóveda palatina, maxilar superior estrecho, protrusión y/o apiñamiento de la dentadura anterior.

2. La lengua descendida se asocia a un crecimiento rotacional posterior mandibular con apertura del eje facial y mayor altura facial inferior. Este crecimiento se favorece por una mayor apertura oral, característica de los pacientes en estado con reposo de la mandíbula.¹⁵

Características de la respiración bucal¹⁵

Se relaciona con anomalías faciales, dentales y óseas, se denominan también Síndrome de la Cara Larga o Facies Adenoidea. El paciente muestra incompetencia labial, aumento del tercio inferior, ojeras, paladar ojival en U o V, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior, gingivitis, narinas estrechas, colapso del maxilar superior, maxilar superior protruido, retrusión maxilar, Vestibularización de los incisivos superiores, lengua en posición atípica, modificación de la posición de la cabeza, incisivos inferiores lingualizados y apiñados y pronunciación deficiente.¹⁵

A nivel del plano vertical, las maloclusiones más recuentes:

- Patrones dolicofaciales
- Extrusión de piezas dentarias
- Mordida Abierta Anterior
- Altura facial inferior aumentada

EL BRUXISMO

Hábito parafuncional voluntario o involuntario ya sea de forma diurna o nocturna, que se desarrolla en 2 diferentes estados de conciencia, comprende el rechinar o apretamiento de las piezas dentales.³⁰

Aparece como una excesiva manifestación al masticar chicles o morder alimentos u objetos duros, generalmente perdura a través del tiempo. Algunos autores señalan que el bruxismo aumenta durante la dentición mixta y disminuye progresivamente con el avance de la edad, puede afectarse por una relación canina deficiente o por interferencia oclusal.^{30,31}

En principio, se consideran 2 tipos de bruxismo:

- **Bruxismo céntrico:** Presión fuerte entre la dentadura inferior y superior cuando el infante se encuentra dormido.
- **Bruxismo excéntrico:** Son movimientos fuera de lo normal provocando que los dientes rechinen.

Etiología:

Sus principales factores etiológicos son: tipo de dentición, posición al dormir y tensión emocional. Otros factores implicados son: la herencia, ciertas enfermedades (rinitis, autismo, asma, etc.)³⁰

El bruxismo puede presentarse en cualquiera de los tipos de dentición: temporal, permanente o mixta. Donde la influencia de los factores emocionales o psicológicos tiene alta relevancia.³²

Consecuencias:

El contacto anómalo y la presión excesiva entre la dentadura o comúnmente denominado bruxismo, tiene terribles repercusiones en los tejidos periodontales, estructuras dentales y los músculos en general. Las consecuencias que se manifiestan en la cavidad oral son: atrición, alteración de la dimensión vertical, lesión periodontal, desgaste dental y una consecuente aparición de caries dental.^{31, 32}

Así mismo, los músculos de la masticación afectados pueden presentar dolor, hipertrofia, limitación al abrir la boca, molestia y dolor de cabeza.³²

LA ONICOFAGIA

Hábito no funcional muy común en los escolares debido a la mala costumbre de morderse o comerse las uñas. Como el bruxismo, se asocia también como al factor desencadenante de este hábito a las emociones y al estado psicológico, llegando a ser una característica de los pacientes nerviosos o ansiosos. Una de las consecuencias de la onicofagia es el desgaste (atrición, astillamientos) del esmalte dental de las piezas anteriores, si el sujeto muerde de forma constante un solo sitio es posible que se presenten algunas maloclusiones localizadas.³³

Consecuencias:

Además del desgaste dental, pueden producirse pequeñas fracturas hasta desencadenar en la pérdida total del diente. También se originan pequeñas lesiones en los dedos debido a la mordida constante, contaminación cruzada una consecuente ulceras en la encía o infecciones en la matriz de las uñas. Respecto al aspecto emocional, los pacientes experimentan falta de control sobre sí mismos, baja su autoestima, imposibilidad para dejar el hábito, entre otros.³⁴

MALOCCLUSIÓN DENTAL

Son la tercera enfermedad estomatológica más común en el mundo, después de la caries y la enfermedad periodontal, de acuerdo a algunos estudios alrededor del 30% de la población norteamericana tienen una maloclusión que requiere de tratamiento inaplazable, el 60% de los casos debe ser sometidos a tratamientos menores.³⁵

Rodríguez et al, mencionan que el termino Maloclusión debe ser utilizado en situaciones donde sea necesaria una intervención ortodóntica, yendo más allá de una desviación de la oclusión normal.³⁴

Etiología de las maloclusiones.

- Causas heredadas: Embarazo, ambiente fetal, etc.
- Causas adquiridas: Pérdidas prematuras, hábitos, retención prolongada, entre otros.
- Causas predisponentes o indirectas: Herencia, anomalías, defectos congénitos, otros.
- Causas determinantes o directas: Anodoncias, frenillos, malposiciones, etc.³⁶

Clasificación de maloclusión.

En 1803, Fox describió que debido a que las maloclusiones se modifican constantemente es difícil hallar un sistema de clasificación eficaz en su totalidad.³⁶

La clasificación topográfica se realizó considerando el plano espacial donde se localice, estos son:

- a. Maloclusión transversal: Presentan desviaciones en los segmentos orales (mordida en tijera y mordidas cruzadas).
- b. Maloclusión vertical: Mordidas abiertas y sobremordidas.³⁶

MALOCCLUSIÓN TRANSVERSAL.

a. Mordida cruzada

Esta anomalía poco presente suele hallarse en el arco deciduo, se clasifican como: dentaria, esquelética o funcional.

De acuerdo a Escobar, la mordida cruzada afecta las vías eruptivas de los incisivos superiores debido a:³⁷

- Posiciones inadecuadas del folículo
- Traumas sobre la dentición temprana

- Presencia de mesiodent
- Patologías de los incisivos predecesores
- Entre otras causas locales
- Hábitos orales.³⁵

De no corregir a tiempo la mordida cruzada puede continuar ejerciendo las mismas fuerzas al ocluir, produciendo al momento del cierre un movimiento adaptativo de adelantamiento mandibular. Por la posición mandibular adelantada, los incisivos laterales erupcionan por lingual de los inferiores. Como consecuencia se observa una vestibulización de los incisivos inferiores, con recesión de la cresta gingival y absorción de la tabla ósea.³⁵ La mordida cruzada anterior en dientes primarios es poco frecuente.

Etiología de la mordida cruzada

Todavía no ha sido posible definir con claridad la etiología de estas maloclusiones, pero los efectos causales identificados hasta el momento son: El hábito de succión, inadecuada posición al dormir, parto con empleo de instrumentos obstétricos. La mordida cruzada en la dentadura decidua no se autocorrigue, dando como resultado la desviación mandibular adaptativa y la interferencia oclusal, produciéndose alteraciones en la porción alveolar o de no ser tratada una mordida cruzada esquelética.³⁷

Clasificación de la mordida cruzada

La clasificación de esta anomalía más utilizada es la siguiente:

- **Mordida cruzada esquelética:** Resulta de una estructura ósea mandibular desarmoniza, el ancho de los arcos dentarios no es proporcional, y junto a un maxilar estrecho resultan en mordida cruzada uni o bilateral.

- **Mordida cruzada dentaria:** Es el resultado de un patrón eruptivo alterado, se observan una o más piezas posteriores que erupcionaron en mordida cruzada, al finalizar la oclusión de las piezas ocluyen están permanecen en esa posición.³⁷

Una de las posibles causas de esta desviación durante la erupción es la baja lingual debido hábitos de succión, respiración bucal, compresión desbalanceada del buccinador.³⁷

- **Mordida cruzada funcional:** Resultado de la desviación mandibular debido a una ineducada posición que adquiere el niño por considerarla más confortable. Es posible diagnosticar una mordida cruzada funcional por la desviación de la línea media dentaria (En cierre y apertura) y facial, el primero es señal de un problema con posible causa esquelética, el cual debe ser tratado con ortodoncia.³⁷

b. Mordida en Tijera

Soldevilla ha definido a la mordida en tijera como alteraciones poco frecuentes, cuyo origen está en una desproporcional base maxilar ancha respecto a la base mandibular. Si el maxilar superior excede de forma lateral la mandíbula, se producirá un contacto de las caras vestibulares inferiores con las cúspides palatinas.³⁸

Según Douglas S., la relación esquelética de la maloclusión (Síndrome de Brodie) se asocia a influencias hereditarias. Harper ha manifestado que una deficiencia mandibular transversal se manifiesta en una mordida cruzada bucal unilateral o bilateral, cuya prevalencia es de 1 a 1.5%. Las mordidas cruzadas unilaterales son las menos habituales, su origen es mandibular por asimetría de la mandíbula o por inclinación de los dientes posteriores inferiores hacia la lengua.³⁸

MALOCCLUSION VERTICAL

a. Mordida abierta

De Saturno et al señala que la mordida abierta es una disminución del crecimiento dentoalveolar. Se ha registrado que entre el 40 a 80% de un grupo de niños de 6 a 8 años presenta cierre espontaneo de la mordida, generalmente se asocia algún hábito parafuncional como deglución atípica o succión digital prolongada.

Mientras que Rodríguez define a la mordida abierta como la ausencia localizada de oclusión, resultado de un insuficiente desarrollo vertical posterior o vertical anterior excesivo, imposibilitando el contacto entre las piezas dentales.³⁶

Tipos de mordida abierta.

- **Mordida abierta dental.**

Piezas dentales proclinadas sin las bases óseas alteradas; se asocian a un problema meramente dentario.³⁶

- **Mordida Abierta Esqueletal**

De Saturno et al la definen como una displasia levemente afectada, cuyo tratamiento presenta dificultad en la mayoría de casos, se asocia con las desproporciones de la cara.³⁹

Etiología de la mordida abierta.

De acuerdo a Rodríguez et al, la etiología de la mordida abierta está centrada en:³⁶

Factores Locales: hábitos de succión, respiración y deglución.

Factores generales: Defectos congénitos, hereditarios o alteraciones en los músculos.

SOBREMORDIDA

Rodríguez et al ha definido a la sobremordida vertical aumentada como una dimensión con excesivos márgenes incisales superiores e inferiores. Se diagnostica una sobremordida vertical normal si los incisivos superiores cubren alrededor del 20% de la superficie labial de los incisivos inferiores.³⁶

Es probable que a causa de la mordida profunda o sobremordida el paciente padezca enfermedad periodontal, a causa de una incorrecta oclusión, trauma, tensión excesiva, bruxismo y problemas funcionales.³⁶

Tipos de mordida profunda

- **Dentaria:** Maloclusión de clase I o II de Angle, incisivos centrales inferiores o superiores sobrepasan sus bases óseas.³⁶
- **Dentoalveolar:** Alteración en el crecimiento y desarrollo del conjunto dentoalveolar. En este tipo de mordida se presenta retroclinación y retrusión de los dientes anteriores inferiores o superiores, cuyo origen es la posición adelantada del maxilar y la posición mandibular retrasada.³⁴
- **Esquelética:** Mandíbula pequeña y maxilar grande, limitados contactos oclusales de los dientes inferiores en relación a las piezas superiores.³⁶

Etiología de la Sobremordida

- Causas neuromusculares
- Desarrollo y crecimiento óseo
- Desarrollo dentario
- Presencia de hábitos
- Causas hereditarias.³⁶

2.3 Marco Conceptual

- **Maloclusiones:** Conjunto de patologías donde se presenta una alteración del crecimiento y desarrollo maxilar.³⁵
- **Hábitos:** Práctica o costumbre que se adoptó gracias a la reproducción repetición diaria de la misma operación.³⁵
- **Succión Digital:** Acción de succionar o chupar un dedo de la mano.²⁸
- **Succión Labial:** Acción de succionar o chupar el labio inferior.²⁸
- **Deglución Atípica Lingual:** Interposición lingual en la zona lateral, anterior y anterior/lateral al momento de la deglutir.³⁵
- **Deglución Atípica Labial:** Interposición labial inferior a través de una contracción fuerte entre los arcos dentales cuando sucede la deglución.³⁵
- **Respiración Bucal:** Acto de sustituir la respiratorio nasal por el bucal.²⁰
- **Mordida Abierta Anterior:** Ausencia de un contacto localizado en la zona incisiva.³⁷
- **Mordida Abierta Posterior:** Espacio que se abre entre las superficies oclusales.³⁷
- **Mordida Abierta Completa:** Espacio abierto en la zona posterior y anterior.³⁷
- **Mordida Profunda Anterior:** Brecha no fisiológica entre los bordes incisivos, sucede si sobre el 20% del diente inferior queda cubierto por la pieza opuesta.³⁷

CAPITULO III

III.METODOLOGÍA

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Existe asociación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo- Andahuaylas, 2019.

3.1.2 Hipótesis específicas

1. Las maloclusiones dentarias de tipo vertical son significativas en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo.
2. Los hábitos bucales perniciosos son significativos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo -Andahuaylas, 2019 según sexo.
3. Existe asociación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019.
4. Existe asociación entre los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019.

3.2 Método

Los métodos que se utilizó en el presente estudio fue de tipo “observación” y “entrevista”; el método de observación directa se empleara para identificar la variable “maloclusiones dentarias de tipo vertical” y el método de entrevista

para la variable “hábitos bucales perniciosos” en los estudiantes de 6-12 años de edad del distrito de San Jerónimo en la provincia de Andahuaylas, 2019.

3.3 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cuantitativa, dado que su objetivo es asociar las maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales pernicioso, este tipo de investigaciones buscan relaciones causales para explicar el objetivo del estudio, se aplica en muestras representativas de una población determinada, empleando la estadística para analizar los datos recolectados, predomina el análisis hipotético-deductivo.

3.4 Nivel o alcance de investigación

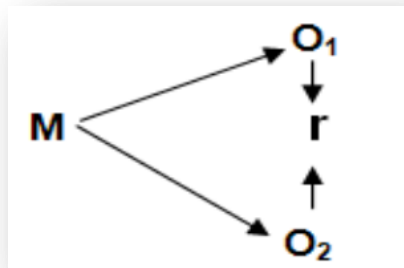
La investigación es de nivel “correlacional” porque son estudios donde la estadística se orienta a demostrar dependencia entre eventos; donde el tipo de análisis predominante es el de tipo cuantitativo, pero con calificación e interpretación cualitativa para un mejor entendimiento de la mutua relación y del comportamiento de la variable maloclusiones dentarias de tipo vertical y de la otra variable denominada hábitos bucales perniciosos.

3.5 Diseño de la investigación

El diseño para la presente investigación es el siguiente:

- *Según el nivel de control de las variables*, es Observacional dado que las variables no fueron manipuladas.
- *Según la direccionalidad del estudio*, es Bidireccional.
- *Según la cantidad de ocasiones en que las variables son medidas*, es transversal ya que solo se realiza una medición.

- *Según la cantidad de muestras analizadas*, es descriptivo porque describe las características de una muestra
- *Correlacional*: actúan en el presente y sobre dos variables, donde se mide y evalúa el grado de relación que hay entre las variables de una muestra poblacional.



Donde:

M = muestra

$O1$ = Maloclusiones dentarias de tipo vertical.

$O2$ = Hábitos bucales perniciosos.

R = correlación entre las variables mencionadas.

3.6 Operacionalización de variables

Variables:

1.- **Maloclusiones dentarias de tipo vertical:** alteraciones de crecimiento normal de la oclusión originado por hábitos orales perniciosos, además es el traspase de incisivos superiores e inferiores en sentido vertical. Que presenta las siguientes dimensiones:

- **Mordida abierta:** es la proinclinación de los incisivos superiores e inferiores a causa de la protrusión lingual. Variable de tipo cualitativa medida a escala nominal y toma los siguientes valores:

- ❖ Mordida abierta normal
- ❖ Mordida abierta anterior
- ❖ Mordida abierta posterior
- ❖ Mordida abierta completa
- **Mordida profunda:** Solapamiento de la dentadura anterior superior sobre la inferior en el plano vertical, anomalía difícil de corregir. Variable de tipo cualitativa medida a escala nominal y toma los siguientes valores:
 - ❖ Si presenta
 - ❖ No presenta

2.- **Hábitos bucales perniciosos:** hábitos o prácticas en veces repetidas durante el tiempo alterando el funcionamiento normal del organismo. Presenta las siguientes dimensiones:

- **Deglución atípica:** Ocurre cuando el labio inferior se contrae con los incisivos de ambas arcadas, o bien cuando la lengua esta interpuesta entre los incisivos, molares o premolares. Variable de tipo cualitativa medida a escala nominal y toma los siguientes valores:
 - ❖ Presente
 - ❖ Ausente
- **Succión:** Acción que de ser persistente terminan creando callosidades, paroniquia o eccema irritativo en el dedo o labio succionado. Variable de tipo cualitativa medida a escala nominal y toma los siguientes valores:
 - ❖ Presente
 - ❖ Ausente

- **Respiración bucal:** Acto de inspirar y expirar el aire mediante la cavidad bucal. Provoca la estrechez del maxilar superior, fascie adenoidea, paladar ojival, incompetencia labial y cornetes estrechos. Variable de tipo cualitativa medida a escala nominal y toma los siguientes valores:

- ❖ Presente

- ❖ Ausente

Covariables

- **Edad:** tiempo desde el nacimiento hasta la actualidad que ha vivido una persona. Variable de tipo cuantitativa medida a escala de razón y toma los siguientes valores:

- ❖ De 6 a 8 años

- ❖ De 9 a 12 años

- **Sexo:** condición orgánica que hace que se diferencie entre un hombre y una mujer. Variable de tipo cualitativa medida a escala nominal y toma los siguientes valores:

- ❖ Masculino

- ❖ Femenino

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALOR
Maloclusiones dentarias de tipo vertical	alteraciones de crecimiento normal de la oclusión producido por hábitos orales perniciosos, además es el traspase de incisivos superiores e inferiores en sentido vertical.	Mordida abierta	es la proinclinación de los incisivos superiores e inferiores como resultado de la protrusión lingual	Ficha de recoleccion de datos	Cualitativa	Nominal	normal anterior posterior completa
		Mordida profunda	solapamiento de los dientes anteriores superiores sobre los inferiores en el plano vertical, anomalía difícil de corregir.				☐ Si presenta ☐ No presenta
Habitos bucales perniciosos	Hábitos o practicas en veces repetidas durante el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo.	Deglucion atipica	contracción fuerte del labio inferior con los incisivos superiores e inferiores o también cuando la lengua se interpone entre los incisivos, a veces premolares y molares.	Ficha de recoleccion de datos	Cualitativa	Nominal	☐ Presente ☐ Ausente
		Succion	callosidades, eccema irritativo, paroniquia en el pulgar o índice y también de introducir el labio superior e inferior entre los incisivos.	Ficha de recoleccion de datos	Cualitativa	Nominal	☐ Presente ☐ Ausente
		Respiracion bucal	inspiración y expiración del aire que pasa por la cavidad bucal. Fascie adenoidea, paladar ojival, maxilar superior y cornetes estrechos e incompetencia labial.	Ficha de recoleccion de datos	Cualitativa	Nominal	☐ Presente ☐ Ausente

3.7 Población, muestra y muestreo

Población

Estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo- Andahuaylas durante el último semestre del año 2019. De las instituciones educativas que se mencionan:

Muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para determinar la asociación entre las dos variables tales como: maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosas.

La muestra se compuso por 85 estudiantes de 6 a 12 años de edad de las siguientes instituciones educativas, y que cumplan los criterios de selección. Los estudiantes se agruparán de acuerdo a la edad.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Estudiantes varones y mujeres de 6 a 12 años de edad con dentición mixta.
- Estudiantes que presentaron el consentimiento informado aceptado firmada por los padres o apoderados.

Criterios de Exclusión

- Estudiantes varones y mujeres de 6 a 12 años de edad con dentición decidua y dentición permanente. Estudiantes de 6-12 años de edad con algún tipo de discapacidad físico y/o mental.

- Estudiantes de ambos géneros de 6-12 años con algún tratamiento ortodóntico previo.
- Estudiantes de 6-12 años con tratamiento ortodóntico actual.

3.8 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Previo a la recolección de datos se efectuaron los siguientes trámites administrativos:

- ❖ Autorización del director de la Escuela Profesional de Estomatología, para realización de las actividades.
- ❖ Autorización de los directores de las diferentes instituciones educativas donde se realizó la investigación.
- ❖ Verificación de estudiantes matriculados en edades comprendidas de 6-12 años durante el año académico 2019.
- ❖ Elaboración de cartas de consentimiento que fueron entregadas a los estudiantes.

Todos los procedimientos para recolectar los datos fueron ejecutados de forma personalizada para cada estudiante (codificados para su identificación) y manteniendo su anonimato. De esta manera, primo una ética más rigurosa y precisa, la información obtenida únicamente se utilizó para esta investigación y de forma reservada.

Para la recolección de datos de la presente investigación se aplicó con una ficha validada con anterioridad y utilizada en anteriores investigaciones. Para la identificación de la variable maloclusiones dentarias de tipo vertical como se explicó en el ítem de método se utilizará la observación, así como para identificar los hábitos bucales perniciosos, en cuanto para el reconocimiento del

tipo de deglución atípica fue proporcionado un vaso de plástico llenado con agua hasta la mitad de su capacidad y se le pidió al sujeto que beba un pequeño sorbo de agua y lo pase con lentitud, luego se procedió a observar si al tragar se realizaba alguna mueca por la contracción de la musculatura orbicular labial, de los maseteros o de la borla del mentón.

Para la evaluación de los hábitos de succión se observó de forma minuciosa todos los dedos de las manos para identificar si alguno de ellos se encuentra humedecidos y/o arrugados, así como también se observó la presencia de callos, eccema irritativo o paroniquia de alguno de los dedos. Toda esta evaluación se realizó por 1 minuto.

Para la identificación del tipo de respiración, cada estudiante ayudó con una cinta, algodón y una mascarilla recortada. Por 1 minuto se evaluó la respiración nasal del paciente colocando una cinta en el tabique y en cada fosa nasal con un poco de algodón, de manera que se identificaran fácilmente los movimientos de los algodones.

Para la detección de las maloclusiones verticales, se realizaron exámenes intrabucales donde se observó:

Mordida abierta anterior: Presencia o usencia del contacto alrededor de los incisivos. (Overbite negativo).

Mordida abierta posterior: Presencia o ausencia de una brecha abierta entre las superficies oclusales.

Mordida abierta compleja: Presencia o ausencia de la apertura anterior y posterior con único contacto a altura de los últimos molares.

Mordida profunda: Se marcó con un lápiz la proyección del nivel del borde incisal del incisivo central superior más extruido, sobre la cara vestibular del inferior en oclusión. Para identificar un overbite mayor al >20%.

3.9 Consideraciones éticas

En este estudio fue primordial el respeto de los principios éticos, los cuales representan la intersección de todas las variantes morales. Los participantes del estudio tuvieron la decisión autónoma acerca de su participación y en uso de sus facultades firmaron el consentimiento informado.

El investigador busco hacer el bien, respetando en todo momento los intereses y salvaguarda la confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes, quienes además fueron seleccionados únicamente teniendo en cuenta el cumplimiento del perfil para el logro de objetivos de la presente investigación.

3.10 Procesamiento estadístico

Luego de la recolección de datos se procedió a la a la revisión de los instrumentos para la verificación de la calidad de la información recolectada, seguidamente fueron introducidos a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel, a fin de calcular el porcentaje, donde cada columna represento una variable.

Los datos se procesaron de forma automatizada en una computadora con procesador Core i5, utilizando los softwares incorporados en ella como: Windows 10; Microsoft Word 2017; Microsoft Excel2017 y el programa estadístico SPSS. Para el análisis estadístico se elaboraron tablas de

frecuencia y contingencia, también se realizaron pruebas inferenciales aplicando la prueba Chi-cuadrado de Pearson y el estadístico exacto de Fisher.

CAPITULO IV

IV.RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1 Resultados

TABLA 01: En el cuadro 1 se describe la frecuencia de datos, la muestra estuvo conformada por 85 niños, de los cuales 94.1%(80) son niños de 6 a 9 años y 5.9%(5) son niños de 10 a 12 años. Asimismo 50.6%(43) son niños y 49.4%(42) son niñas.

En la succión digital se observó que: 48.2%(41) presentaron callosidad en los dedos, 10.6%(9) evidenciaron vestibularización en el incisivo superior y 3.5%(3) presentaron lingualización en el incisivo inferior.

De la succión labial se observó que: 97.6%(83) tienen tonicidad del labio inferior normal y 2.4%(2) tienen tonicidad del labio inferior hipotónico. Asimismo 34.1%(29) evidenciaron presencia de daño del labio inferior. Del mismo modo 5.9%(5) presentaron vestibularización en el incisivo superior y 5.9%(5) evidenciaron lingualización en el incisivo inferior.

De la deglución atípica con presión del labio inferior se observó que: 74.1%(63) evidenciaron posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos, 25.9%(22) presentaron posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos. Asimismo el 100%(85) de la muestra evidenciaron ausencia de contracción del mentón. También el 100%(85) de los niños tienen competencia labial. De la misma

forma el 100%(85) de los niños tienen la posición de la lengua al deglutir el agua de forma anterior/lateral.

De la respiración bucal se observó que: Del 100%(85) evidenciaron ausencia de incompetencia labial. Asimismo 78.8%(67) presentaron simetría de narinas y 21.2%(18) evidenciaron asimetría de narinas. Del mismo modo 75.3%(64) tienen una forma normal del paladar y 24.7%(21) tienen una forma estrecha y profunda del paladar.

Las maloclusiones verticales se dividieron en dos (mordida abierta y mordida profunda), se describe la mordida abierta del cual se observó que: 1.2%(1) tiene presencia de mordida abierta anterior, 1.2%(1) tiene presencia de mordida abierta posterior y 20.0%(17) evidenciaron mordida abierta completa. Asimismo se describe la mordida profunda en función al overbite aumentado del cual 12.9%(11) tienen presencia de ello y 87.1%(74) tienen ausencia.

TABLA 02: De la tabla 2 se puedes observar la asociación de las maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos del cual se describe lo significativo:

Dentro del habito bucal "succión digital" se pudo observar que: 43.5%(37) presentan callosidad en los dedos y ausencia de mordida abierta completa, 36.5%(31) tienen ausencia de callosidad y ausencia de mordida abierta completa, 15.3%(13) tienen ausencia de callosidad y presencia de mordida abierta completa, 4.7%(4) tienen presencia de callosidad y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.023$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo 89.4%(76) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de mordida abierta posterior, 9.4%(8) evidenciaron presencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de mordida abierta posterior. El valor $p=0.003$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Del mismo modo 75.3%(64) evidenciaron ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de mordida abierta completa, 14.1%(12) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y presencia de mordida abierta completa, 5.9%(5) tienen presencia de vestibularización incisivo superior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.005$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De la misma forma 85.9%(73) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de overbite aumentado, 9.4%(8) evidencian presencia de vestibularización incisivo superior y presencia de overbite aumentado, 3.5%(3) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y presencia de overbite aumentado. El valor $p=0.000$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo se observó que 78.8%(67) tienen ausencia de lingualización incisivo inferior y ausencia de mordida abierta completa, 17.6%(15) evidenciaron presencia de lingualización incisivo inferior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.040$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Dentro del hábito bucal "succión labial" se pudo observar que: 80.0%(68) tienen una normal tonicidad del labio inferior y ausencia de mordida abierta completa, 17.6%(15) evidenciaron una normal tonicidad del labio inferior y

presencia de mordida abierta completa, 2.4%(2) tienen hipotónico la tonicidad del labio inferior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.004$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De la misma forma 47.1%(40) evidencian ausencia de daño del labio inferior y ausencia de mordida abierta completa, 32.9%(28) tienen presencia de daño del labio inferior y ausencia de mordida abierta completa, 18.8%(16) tienen ausencia de daño del labio inferior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.006$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo 78.8%(67) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de mordida abierta completa, 15.3%(13) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y presencia de mordida abierta completa, 4.7%(4) evidencian presencia de vestibularización incisivo superior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.001$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Del mismo modo 87.1%(74) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de overbite aumentado, 7.1%(6) tienen presencia de vestibularización incisivo superior y presencia de overbite aumentado. El valor $p=0.000$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De igual forma se observó que 77.6%(66) tiene ausencia de lingualización incisivo inferior y ausencia de mordida abierta completa, 16.5%(14) tiene ausencia de lingualización incisivo inferior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.021$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo dentro del habito bucal "deglución atípica con presión del labio inferior" se pudo observar que: 55.3%(47) tienen la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos y ausencia de mordida abierta completa, 24.7%(21) tienen la posición del labio inferior al deglutir con contacto interracial y ausencia de mordida abierta completa, 18.8%(16) evidenciaron tener la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.035$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Y por último 61.2%(52) tienen la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos y ausencia de overbite aumentado, 25.9%(22) tienen la posición del labio inferior al deglutir con contacto interlabial y ausencia de overbite aumentado, 12.9%(11) evidenciaron tener la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos y presencia de overbite aumentado. El valor $p=0.036$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 03: En la tabla 3 se describe las maloclusiones dentarias de tipo vertical según edad del cual se observó lo siguiente: 92.9%(79) son niños de 6 a 9 años con ausencia de mordida abierta, 5.9%(5) son niños de 10 a 12 años con ausencia de mordida abierta anterior, 1.2%(1) tiene de 6 a 9 años con presencia de mordida abierta anterior. El valor $p=0.801$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo 92.9%(79) tienen de 6 a 9 años con ausencia de mordida abierta posterior, 5.9%(5) tienen de 10 a 12 años con ausencia de mordida abierta

posterior, 1.2%(1) tiene de 6 a 9 años con presencia de mordida abierta posterior. El valor $p=0.801$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Del mismo modo 74.1%(63) tienen de 6 a 9 años con ausencia de mordida abierta completa, 20.0%(17) tienen de 6 a 9 años con presencia de mordida abierta completa y 5.9%(5) tienen de 10 a 12 años con ausencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.249$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De la misma manera se observa que 81.2%(69) tienen de 6 a 9 años con ausencia de overbite aumentado, 12.9%(11) tienen de 6 a 9 años con presencia de overbite aumentado y 5.9%(5) tienen de 10 a 12 años con ausencia de overbite aumentado. El valor $p=0.374$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 04: La tabla 4 describe la relación entre los hábitos bucales perniciosos según la edad del cual en la succión digital se observó lo siguiente: 50.6%(43) son niños de 6 a 9 años con ausencia de callosidad en los dedos, 43.5%(37) son niños de 6 a 9 años con presencia de callosidad en los dedos, 4.7%(4) son niños de 10 a 12 años con presencia de callosidad en los dedos. El valor $p=0.143$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Asimismo 83.5%(71) son niños de 6 a 9 años con ausencia de vestibularización incisivo superior, 10.6%(9) son niños de 6 a 9 años con presencia de vestibularización incisivo superior, 5.9%(5) son niños de 10 a 12 años con ausencia de vestibularización incisivo superior. El valor $p=0.428$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. De la misma forma

90.6%(77) son niños de 6 a 9 años con ausencia de lingualización incisivo inferior, 5.9%(5) son niños de 10 a 12 años con ausencia de lingualización incisivo inferior. El valor $p=0.659$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

También se describe el habito de succión labial según la edad del cual se observó: Para niños de 6 a 9 años, 91.8%(71) tienen tonicidad normal del labio inferior, 2.4%(2) tienen tonicidad hipotónico del labio inferior. Para niños de 10 a 12 años, 5.9%(5) tienen tonicidad normal del labio inferior. El valor $p=0.721$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. De la misma manera para niños de 6 a 9 años se observó que: 62.4%(53) tienen ausencia de daño en el labio inferior, 31.8%(27) tienen presencia de daño en el labio inferior. Para niños de 10 a 12 años, 3.5%(3) tienen ausencia de daño en el labio inferior y 2.4%(2) tienen presencia de daño en el labio inferior. El valor $p=0.775$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Asimismo para niños de 6 a 9 años se evidencio que: 88.2%(75) tienen ausencia de vestibularización de incisivo superior, 5.9%(5) tienen presencia de vestibularización de incisivo superior. Para niños de 10 a 12 años, 5.9%(5) evidenciaron ausencia de vestibularización de incisivo superior. El valor $p=0.564$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. De igual forma para niños de 6 a 9 años se observó que: 88.2%(75) tienen ausencia de lingualización de incisivo inferior, 5.9%(5) tienen presencia de lingualización de incisivo inferior. Para niños de 10 a 12 años, 5.9%(5) evidenciaron ausencia de lingualización de incisivo inferior. El valor $p=0.564$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Seguidamente se describe la deglución atípica con presión del labio inferior según la edad del cual se observó lo siguiente: Para niños de 6 a 9 años, 70.6%(60) tienen la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos, 23.5%(20) tienen la posición del labio inferior al deglutir con contacto interlabial. El valor $p=0.458$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De igual modo se describe la respiración bucal según la edad del cual se observó que: Para niños de 6 a 9 años, 74.1%(63) tienen simetría de las narinas, 20.0%(17) tienen asimetría de las narinas. El valor $p=0.947$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 05: En la tabla 5 se observa la relación de las maloclusiones dentarias de tipo vertical según el sexo del cual se describe lo siguiente: 50.6%(43) son niños con ausencia de mordida abierta anterior, 48.2%(41) son niñas con ausencia de mordida abierta anterior. El valor $p=0.309$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Asimismo 50.6%(43) son niños con ausencia de mordida abierta posterior, 48.2%(41) son niñas con ausencia de mordida abierta posterior. El valor $p=0.309$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. De igual modo 40.0%(34) son niños con ausencia de mordida abierta completa, 40.0%(34) son niñas con ausencia de mordida abierta completa, 10.6%(9) son niños con presencia de mordida abierta completa y 9.4%(8) son niñas con presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.828$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Y finalmente se observa que 45.9%(39) son niñas con ausencia de overbite aumentado, 41.2%(35) son niños con ausencia de overbite

aumentado y 9.4%(8) son niños con presencia de overbite aumentado. El valor $p=0.115$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 06: La tabla 6 describe la relación entre los hábitos bucales perniciosos según el género del cual en la succión digital se observó lo siguiente: 27.1%(23) son niños con ausencia de callosidad en los dedos, 24.7%(21) son niñas con ausencia de callosidad en los dedos, 24.7%(21) son niñas con presencia de callosidad en los dedos. El valor $p=0.784$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo 44.7%(38) son niños con ausencia de vestibularización incisivo superior, 44.7%(38) son niñas con ausencia de vestibularización incisivo superior, 5.9%(5) son niños con presencia de vestibularización incisivo superior. El valor $p=0.753$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De la misma forma 49.4%(42) son niños con ausencia de lingualización incisivo inferior, 47.1%(40) son niñas con ausencia de lingualización incisivo inferior. El valor $p=0.543$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

También se describe el hábito de succión labial según el género del cual se observó: Para los niños, 49.4%(42) tienen tonicidad normal del labio inferior, 1.2%(1) tienen tonicidad hipotónico del labio inferior. Para las niñas, 48.2%(41) tienen tonicidad normal del labio inferior. El valor $p=0.987$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. De la misma manera se observó que los niños: 32.9%(28) tienen ausencia de daño en el labio inferior, 17.6%(15) tienen presencia de daño en el labio inferior. Para las niñas, 32.9%(28) tienen ausencia de daño en el labio inferior y 16.5%(14) tienen

presencia de daño en el labio inferior. El valor $p=0.880$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo se evidencio para los niños que: 45.9%(39) tienen ausencia de vestibularización de incisivo superior, 4.7%(4) tienen presencia de vestibularización de incisivo superior. Para las niñas, 48.2%(41) evidenciaron ausencia de vestibularización de incisivo superior. El valor $p=0.175$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De igual forma observo en niños que: 47.1%(40) tienen ausencia de lingualización de incisivo inferior, 3.5%(3) tienen presencia de lingualización de incisivo inferior. Para las niñas, 47.1%(40) evidenciaron ausencia de lingualización de incisivo inferior. El valor $p=0.664$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Seguidamente se describe la deglución atípica con presión del labio inferior según el género del cual se observó lo siguiente: Para niños, 36.5%(31) tienen la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos y 37.6%(32) son niñas con posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos. El valor $p=0.666$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De igual modo se describe la respiración bucal según el género del cual se observó que: 41.2%(35) son niñas con simetría en las narinas, 37.6%(31) son niños con simetría en las narinas y 12.9%(11) son niños con asimetría en las narinas. El valor $p=0.315$ no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Asimismo 37.6%(32) son niños con forma normal del paladar,

37.6%(32) son niñas con forma normal del paladar y 12.9%(11) son niños con forma estrecha y profunda del paladar.

Tabla 1: Frecuencia de datos

			Frecuencia	Porcentaje
Edad		De 6 a 9 Años	80	94.1
		De 10 a 12 Años	5	5.9
Género		Masculino	43	50.6
		Femenino	42	49.4
Succión Digital	Callosidad en los Dedos	Presente	41	48.2
		Ausente	44	51.8
	Vestibularizacion Incisivo Superior	Presente	9	10.6
		Ausente	76	89.4
	Lingualizacion Incisivo Inferior	Presente	3	3.5
		Ausente	82	96.5
Succión Labial	Tonicidad del Labio Inferior	Normal	83	97.6
		Hipotonico	2	2.4
	Daño del Labio Inferior	Presente	29	34.1
		Ausente	56	65.9
	Vestibularizacion Incisivo Superior	Presente	5	5.9
		Ausente	80	94.1
	Lingualizacion Incisivo Inferior	Presente	5	5.9
		Ausente	80	94.1
Deglución Atípica con Presión del Labio Inferior	Posicion del Labio Inferior al Deglutir	Con Contacto Interlabial	22	25.9
		Con Interposicion del Labio Inferior Entre los Incisivos	63	74.1
	Contraccion del Menton	Ausente	85	100.0
	Labios en Reposo	Competencia Labial	85	100.0
	Posicion de la Lengua al Deglutir el Agua	Anterior / Lateral	85	100.0
Respiración Bucal	Incompetencia Labial	Ausente	85	100.0
	Narinas	Simetria	67	78.8
		Asimetria	18	21.2
	Forma del Paladar	Normal	64	75.3
		Estrecho y Profundo	21	24.7
Mordida Abierta	Mordida Abierta Anterior	Presente	1	1.2
		Ausente	84	98.8
	Mordida Abierta Posterior	Presente	1	1.2
		Ausente	84	98.8
	Mordida Abierta Completa	Presente	17	20.0
		Ausente	68	80.0
Mordida Profunda	Overbite Aumentado (>20%)	Presente	11	12.9
		Ausente	74	87.1

Tabla 2: Relación entre la asociación de maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos

Asociacion de Maloclusiones Dentarias de Tipo Vertical y los Habitos Bucales Perniciosos		Succión Digital															Succión Labial																			
		Callosidad en los Dedos					Vestibularizacion Incisivo Superior					Lingualizacion Incisivo Inferior					Tonicidad del Labio Inferior					Daño del Labio Inferior					Vestibularizacion Incisivo Superior					Lingualizacion Incisivo Inferior				
		Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		P Value	Presente		Ausente		p Value	Normal		Hipotonico		p Value	Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Mordida Abierta Anterior	Presente	0	0.0	1	1.2	0.332	0	0.0	1	1.2	0.729	0	0.0	1	1.2	0.847	1	1.2	0	0.0	0.876	0	0.0	1	1.2	0.469	0	0.0	1	1.2	0.801	0	0.0	1	1.2	0.801
	Ausente	41	48.2	43	50.6		9	10.6	75	88.2		3	3.5	81	95.3		82	96.5	2	2.4		29	34.1	55	64.7		5	5.9	79	92.9		5	5.9	79	92.9	
Mordida Abierta Posterior	Presente	0	0.0	1	1.2	0.332	1	1.2	0	0.0	0.003	0	0.0	1	1.2	0.847	1	1.2	0	0.0	0.876	0	0.0	1	1.2	0.469	0	0.0	1	1.2	0.801	0	0.0	1	1.2	0.801
	Ausente	41	48.2	43	50.6		8	9.4	76	89.4		3	3.5	81	95.3		82	96.5	2	2.4		29	34.1	55	64.7		5	5.9	79	92.9		5	5.9	79	92.9	
Mordida Abierta Completa	Presente	4	4.7	13	15.3	0.023	5	5.9	12	14.1	0.005	2	2.4	15	17.6	0.040	15	17.6	2	2.4	0.004	1	1.2	16	18.8	0.006	4	4.7	13	15.3	0.001	3	3.5	14	16.5	0.021
	Ausente	37	43.5	31	36.5		4	4.7	64	75.3		1	1.2	67	78.8		68	80.0	0	0.0		28	32.9	40	47.1		1	1.2	67	78.8		2	2.4	66	77.6	
Overbite Aumentado (>20%)	Presente	5	5.9	6	7.1	0.843	8	9.4	3	3.5	0.000	0	0.0	11	12.9	0.497	11	12.9	0	0.0	0.581	1	1.2	10	11.8	0.061	5	5.9	6	7.1	0.000	0	0.0	11	12.9	0.374
	Ausente	36	42.4	38	44.7		1	1.2	73	85.9		3	3.5	71	83.5		72	84.7	2	2.4		28	32.9	46	54.1		0	0.0	74	87.1		5	5.9	69	81.2	
Asociacion de Maloclusiones Dentarias de Tipo Vertical y los Habitos Bucales Perniciosos		Deglución Atípica con Presión del Labio Inferior															Respiración Bucal																			
		Posicion del Labio Inferior al Deglutir					Contraccion del Menton			Labios en Reposo			Posicion de la Lengua al Deglutir el Agua			Incompetencia Labial			Narinas					Forma del Paladar												
		Con Contacto Interlabial		Con Interposicion del Labio Inferior Entre los Incisivos		p Value	Ausente		p Value	Competencia Labial		p Value	Anterior / Lateral		p Value	Ausente		p Value	Simetria		p Value	Asimetria		p Value	Normal		Estrecho y Profundo		p Value							
		n	%	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%	n	%		n	%	n	%			
Mordida Abierta Anterior	Presente	1	1.2	0	0.0	0.089	1	1.2	----	1	1.2	----	1	1.2	----	1	1.2	----	1	1.2	0	0.0	0.602	1	1.2	0	0.0	0.564								
	Ausente	21	24.7	63	74.1		84	98.8	----	84	98.8	----	84	98.8	----	84	98.8	----	66	77.6	18	21.2		63	74.1	21	24.7									
Mordida Abierta Posterior	Presente	0	0.0	1	1.2	0.552	1	1.2	----	1	1.2	----	1	1.2	----	1	1.2	----	1	1.2	0	0.0	0.602	1	1.2	0	0.0	0.564								
	Ausente	22	25.9	62	72.9		84	98.8	----	84	98.8	----	84	98.8	----	84	98.8	----	66	77.6	18	21.2		63	74.1	21	24.7									
Mordida Abierta Completa	Presente	1	1.2	16	18.8	0.035	17	20.0	----	17	20.0	----	17	20.0	----	17	20.0	----	13	15.3	4	4.7	0.791	13	15.3	4	4.7	0.900								
	Ausente	21	24.7	47	55.3		68	80.0	----	68	80.0	----	68	80.0	----	68	80.0	----	54	63.5	14	16.5		51	60.0	17	20.0									
Overbite Aumentado (>20%)	Presente	0	0.0	11	12.9	0.036	11	12.9	----	11	12.9	----	11	12.9	----	11	12.9	----	7	8.2	4	4.7	0.186	8	9.4	3	3.5	0.832								
	Ausente	22	25.9	52	61.2		74	87.1	----	74	87.1	----	74	87.1	----	74	87.1	----	60	70.6	14	16.5		56	65.9	18	21.2									

Gráfico 1: Relación entre callosidad en los dedos y mordida abierta completa



Gráfico 4: Relación entre vestibularización incisivo superior y overbite aumentado (<20%)



Gráfico 2: Relación entre vestibularización incisivo superior y mordida abierta posterior

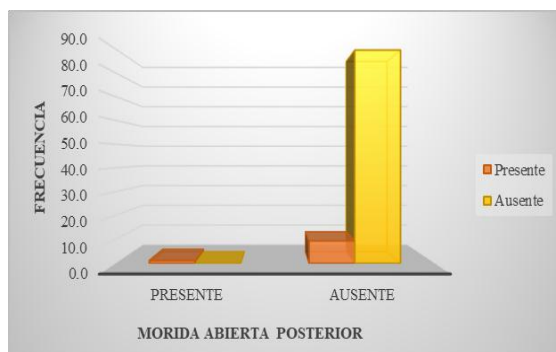


Gráfico 5: Relación entre lingualización incisivo inferior y mordida abierta completa



Gráfico 3: Relación entre vestibularización incisivo superior y mordida abierta completa



Gráfico 6: Relación entre la tonicidad del labio inferior y mordida abierta completa



Gráfico 7: Relación entre daño del labio inferior y mordida abierta completa



Gráfico 10: Relación entre lingualización incisivo inferior y mordida abierta completa



Gráfico 8: Relación entre la vestibularización incisivo superior y mordida abierta completa



Gráfico 11: Relación entre la posición del labio inferior al deglutir y mordida abierta completa

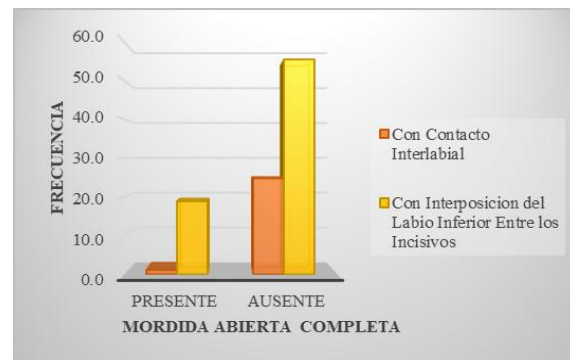


Gráfico 9: Relación entre la vestibularización incisivo superior y overbite aumentado (<20%)



Gráfico 12: Relación entre la posición del labio inferior al deglutir y overbite aumentado (<20%)

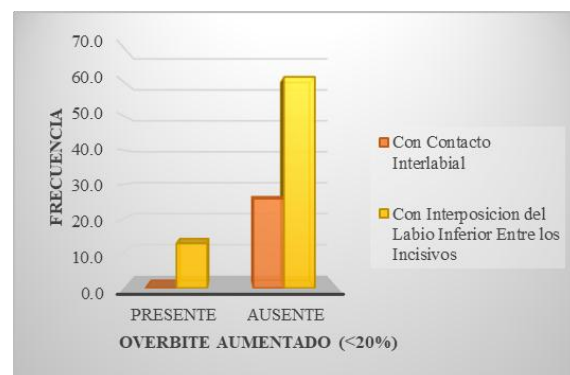


Tabla 3: Relación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical según la edad

Maloclusiones Dentarias de Tipo Vertical Segun Edad		Mordida Abierta Anterior					Mordida Abierta Posterior					Mordida Abierta Completa					Overbite Aumentado (>20%)				
		Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%			
Edad	De 6 a 9 Años	1	1.2	79	92.9		1	1.2	79	92.9		17	20.0	63	74.1		11	12.9	69	81.2	
		0.801					0.801					0.249					0.374				
	De 10 a 12 Años	0	0.0	5	5.9		0	0.0	5	5.9		0	0.0	5	5.9		0	0.0	5	5.9	

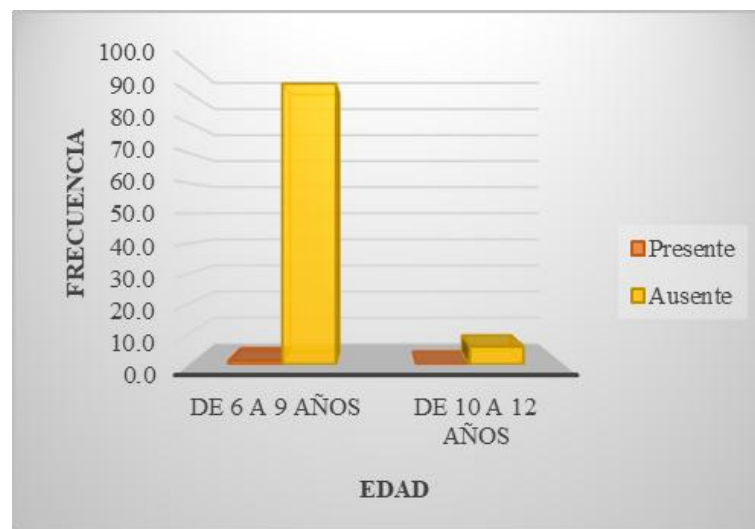
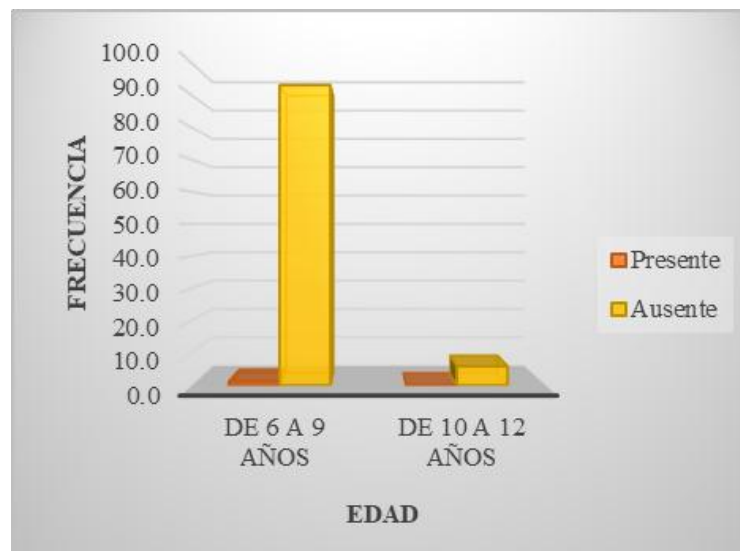
Gráfico 13: Relación entre la mordida abierta anterior y la edad**Gráfico 14:** Relación entre la mordida abierta posterior y la edad

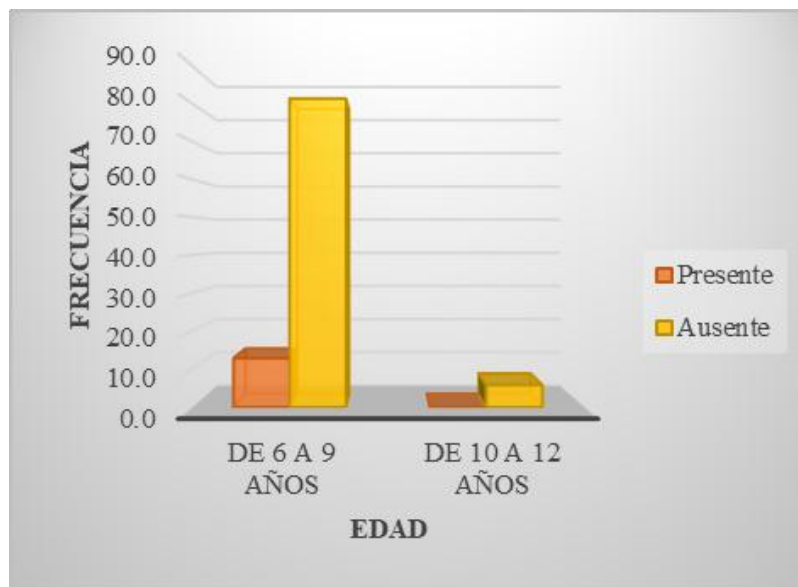
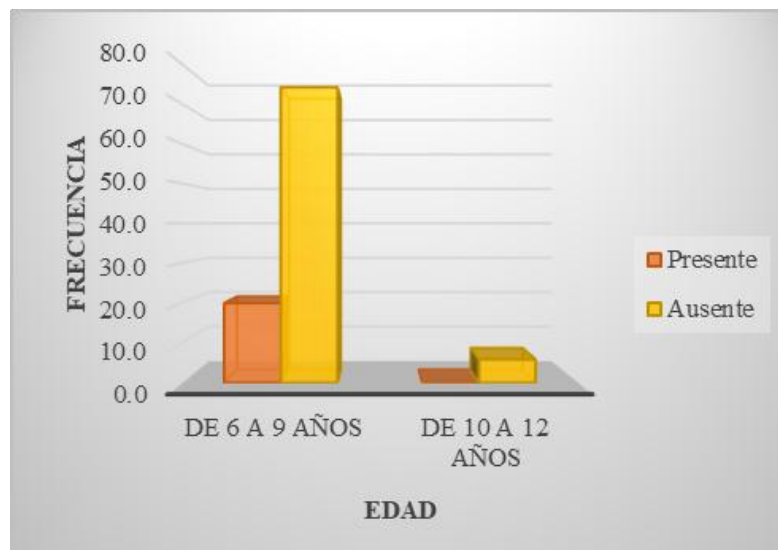
Gráfico 15: Relación entre la mordida abierta completa y la edad**Gráfico 16:** Relación entre el overbite aumentado (<20%) y la edad

Tabla 4: Relación entre los hábitos bucales perniciosos y la edad

Habitos Bucales Perniciosos Segun Edad		Succión Digital															Succión Labial																						
		Callosidad en los Dedos					Vestibularizacion Incisivo Superior					Lingualizacion Incisivo Inferior					Tonicidad del Labio Inferior					Daño del Labio Inferior					Vestibularizacion Incisivo Superior					Lingualizacion Incisivo Inferior							
		Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value	Normal		Hipotonico		p Value	Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value	Presente		Ausente		p Value			
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n
Edad	De 6 a 9 Años	37	43.5	43	50.6	0.143	9	10.6	71	83.5	0.428	3	3.5	77	90.6	0.659	78	91.8	2	2.4	0.721	27	31.8	53	62.4	0.775	5	5.9	75	88.2	0.564	5	5.9	75	88.2	0.564			
	De 10 a 12 Años	4	4.7	1	1.2		0	0.0	5	5.9		0	0.0	5	5.9		5	5.9	0	0.0		2	2.4	3	3.5		0	0.0	5	5.9		0	0.0	5	5.9				
Habitos Bucales Perniciosos Segun Edad		Deglución Atípica con Presión del Labio Inferior															Respiración Bucal																						
		Posicion del Labio Inferior al Deglutir					Contraccion del Menton					Labios en Reposo					Posicion de la Lengua al Deglutir el Agua					Incompetencia Labial					Narinas					Forma del Paladar							
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%												
		Edad	De 6 a 9 Años	20	23.5	60	70.6	0.458	80	94.1		80	94.1		80	94.1		80	94.1		63	74.1	17	20.0	0.947	59	69.4	21	24.7	0.187									
De 10 a 12 Años	2		2.4	3	3.5	5	5.9		5	5.9	5	5.9	5	5.9	4	4.7	1	1.2	5	5.9	0	0.0																	

Gráfico 17: Relación entre la callosidad en los dedos y la edad

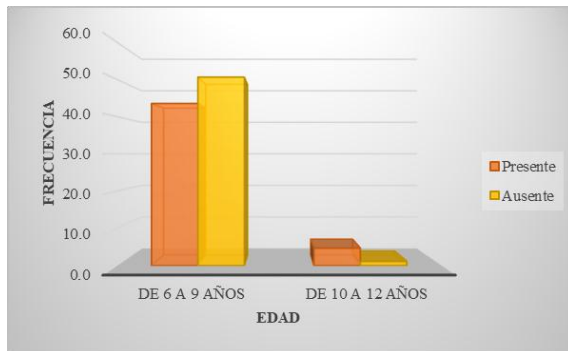


Gráfico 21: Relación entre el daño del labio inferior y la edad

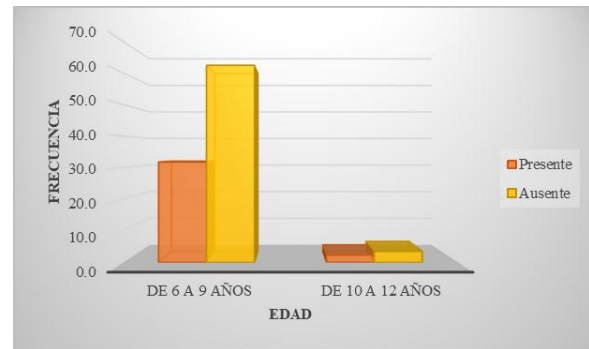


Gráfico 18: Relación entre la vestibularización incisivo superior y la edad



Gráfico 22: Relación entre la vestibularización incisivo superior y la edad



Gráfico 19: Relación entre la lingualización incisivo inferior y la edad

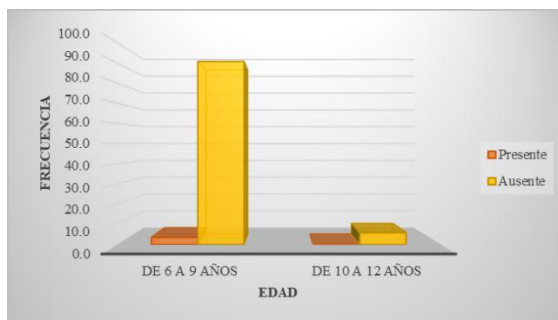


Gráfico 23: Relación entre la lingualización incisivo inferior y la edad

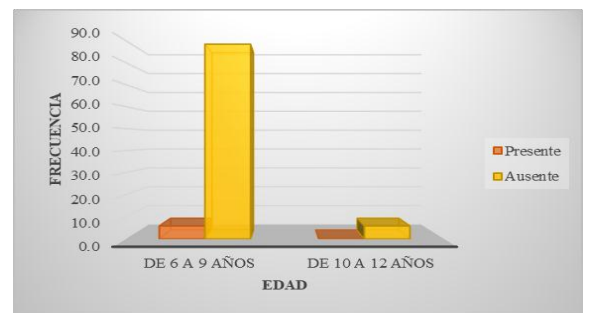


Gráfico 20: Relación entre la tonicidad del labio inferior y la edad

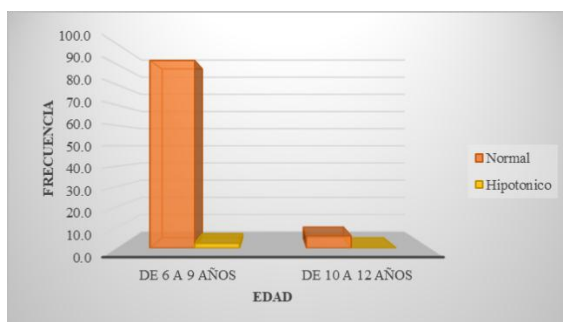


Gráfico 24: Relación entre la posición del labio al deglutir y la edad

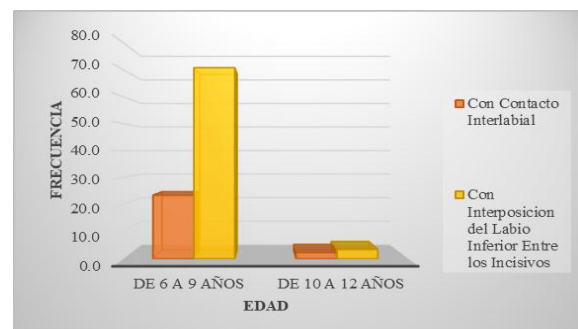


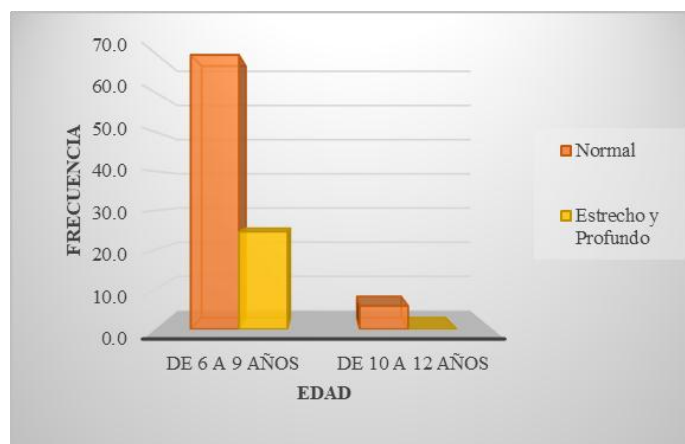
Gráfico 25: Relación entre la forma de las narinas y la edad**Gráfico 26:** Relación entre la forma del paladar y la edad

Tabla 5: Relación de las maloclusiones dentarias de tipo vertical y el género

Maloclusiones Dentarias de Tipo Vertical Segun Sexo		Mordida Abierta Anterior					Mordida Abierta Posterior					Mordida Abierta Completa					Overbite Aumentado (>20%)				
		Presente		Ausente		P Value	Presente		Ausente		P Value	Presente		Ausente		P Value	Presente		Ausente		P Value
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Género	Masculino	0	0.0	43	50.6	0.309	0	0.0	43	50.6	0.309	9	10.6	34	40.0	0.828	8	9.4	35	41.2	0.115
	Femenino	1	1.2	41	48.2		1	1.2	41	48.2		8	9.4	34	40.0		3	3.5	39	45.9	

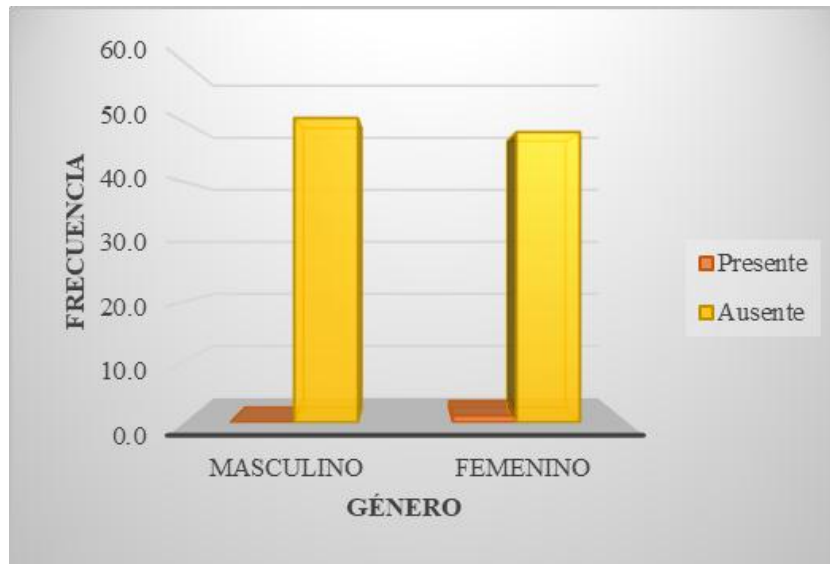
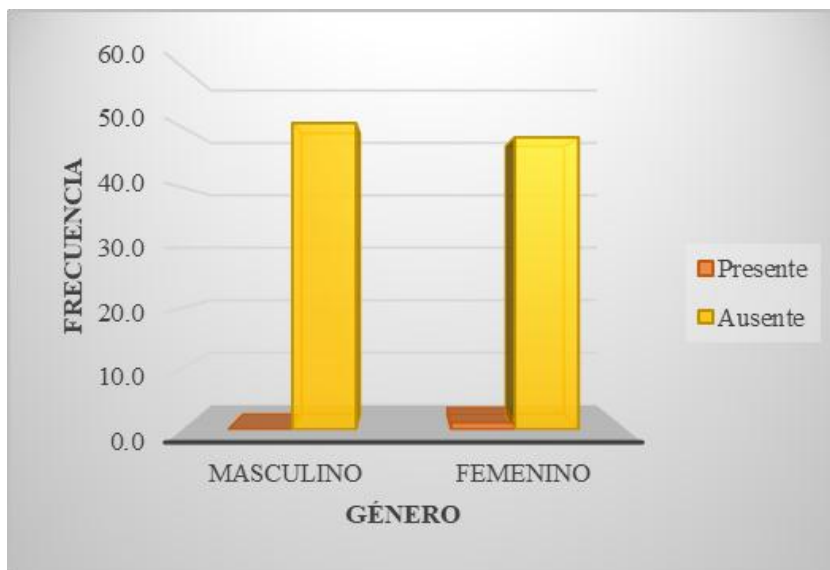
Gráfico 27: Relación de la mordida abierta anterior y el género**Gráfico 28:** Relación de la mordida abierta posterior y el género

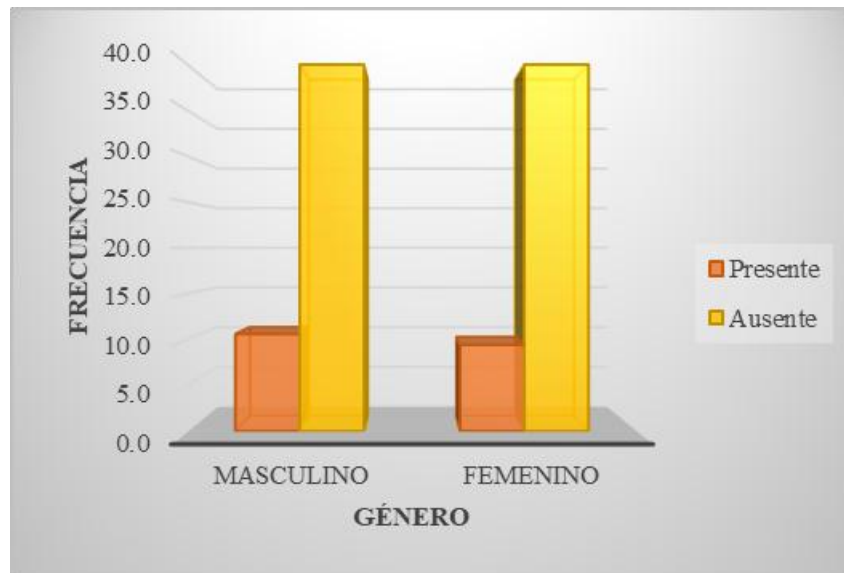
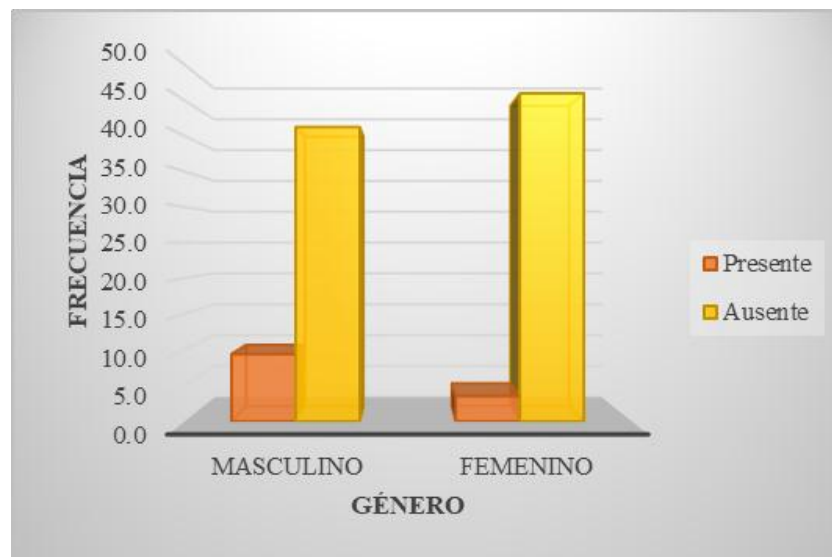
Gráfico 29: Relación de la mordida abierta completa y el género**Gráfico 30:** Relación del overbite aumentado (<20%) y el género

Tabla 6: Relación entre los hábitos bucales perniciosos y el género

Hábitos Bucales Perniciosos Segun Género		Succión Digital															Succión Labial																			
		Callosidad en los Dedos					Vestibularizacion Incisivo Superior					Lingualizacion Incisivo Inferior					Tonicidad del Labio Inferior					Daño del Labio Inferior					Vestibularizacion Incisivo Superior					Lingualizacion Incisivo Inferior				
		Presente		Ausente		p	Presente		Ausente		p	Presente		Ausente		p	Normal		Hipotonico		p	Presente		Ausente		p	Presente		Ausente		p	Presente		Ausente		p
n	%	n	%	Value	n	%	n	%	Value	n	%	n	%	Value	n	%	n	%	Value	n	%	n	%	Value	n	%	n	%	Value	n	%	n	%	Value		
Género	Masculino	20	23.5	23	27.1	0.748	5	5.9	38	44.7	0.753	1	1.2	42	49.4	0.543	42	49.4	1	1.2	0.987	15	17.6	28	32.9	0.880	4	4.7	39	45.9	0.175	3	3.5	40	47.1	0.664
	Femenino	21	24.7	21	24.7		4	4.7	38	44.7		2	2.4	40	47.1		41	48.2	1	1.2		14	16.5	28	32.9		1	1.2	41	48.2		2	2.4	40	47.1	

Hábitos Bucales Perniciosos Segun Género		Deglución Atípica con Presión del Labio Inferior															Respiración Bucal											
		Posicion del Labio Inferior al Deglutir					Contraccion del Menton				Labios en Reposo			Posicion de la Lengua al Deglutir el Agua			Incompetencia Labial			Narinas				Forma del Paladar				
		Con Contacto Interlabia		Con Interposicion del Labio Inferior Entre los Incisivos			p	Ausente		p	Competencia Labial		p	Anterior / Lateral		p	Ausente		p	Simetria		Asimetria		p	Normal		Estrecho y Profundo	
n	%	n	%	Value	n	%	Value	n	%	Value	n	%	Value	n	%	Value	n	%	Value	n	%	Value	n	%	n	%	Value	
Género	Masculino	12	14.1	31	36.5	0.666	43	50.6		43	50.6		43	50.6		43	50.6		32	37.6	11	12.9	0.315	32	37.6	11	12.9	0.850
	Femenino	10	11.8	32	37.6		42	49.4		42	49.4		42	49.4		42	49.4		35	41.2	7	8.2		32	37.6	10	11.8	

Gráfico 31: Relación entre la callosidad en los dedos y el género



Gráfico 34: Relación entre la tonicidad del labio inferior y el género



Gráfico 32: Relación entre la vestibularización incisivo superior y el género

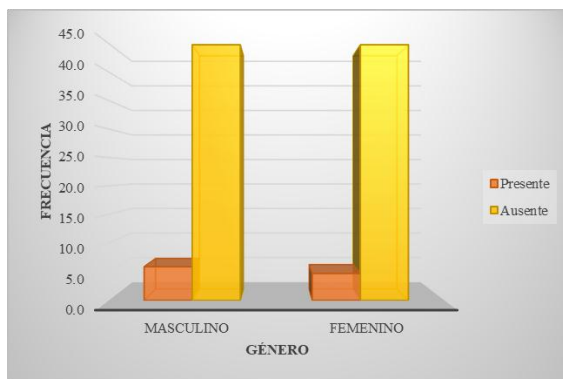


Gráfico 35: Relación entre el daño del labio inferior y el género



Gráfico 33: Relación entre la lingualización incisivo inferior y el género

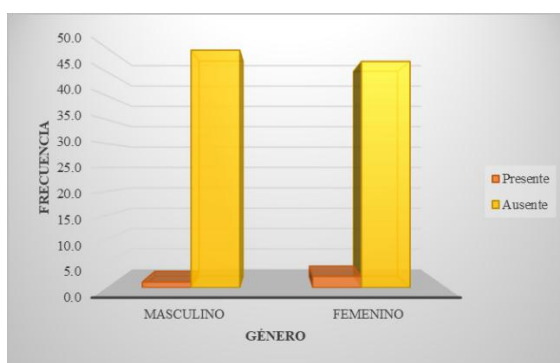


Gráfico 36: Relación entre la vestibularización incisivo superior y el género

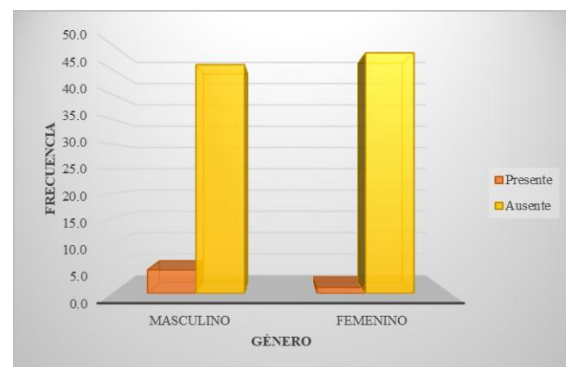


Gráfico 37: Relación entre la lingualización incisivo inferior y el género

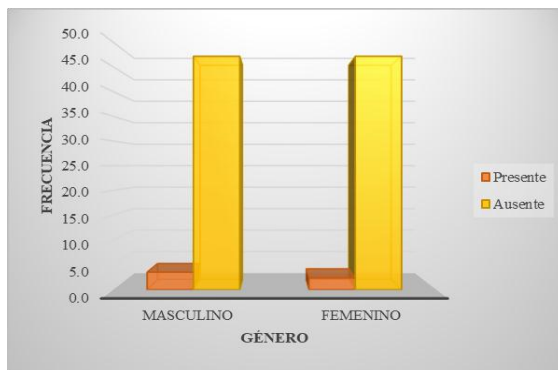


Gráfico 39: Relación entre la forma de la narinas y el género

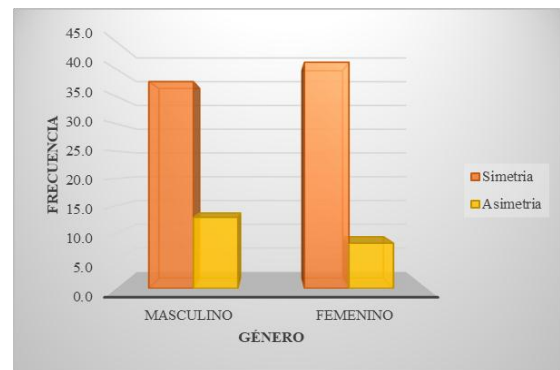


Gráfico 38: Relación entre la posición del labio inferior al deglutir

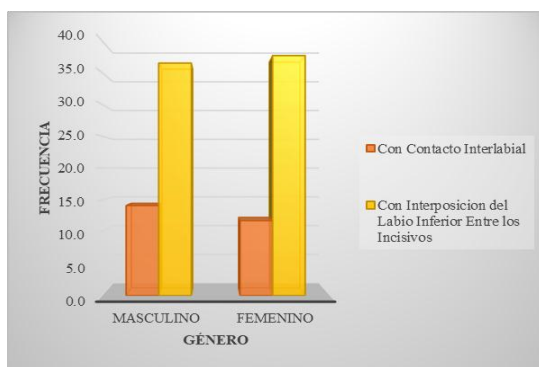
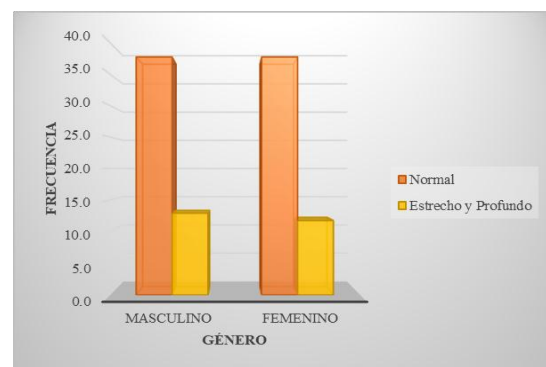


Gráfico 40: Relación entre la forma del paladar y el género



4.2 Discusiones

Los malos hábitos orales, son causantes en mucho de los casos de las maloclusiones dentales, que lamentablemente suelen aparecer desde muy temprana edad, lo cual, si no se observa en la dentición temprana, ya en la dentición permanente se empieza a hacer evidente y más con la erupción de las piezas dentarias posteriores, ocasionando el problema odontológico catalogado como el tercer problema de salud dental más frecuente en la población mundial, según la Organización Mundial de la Salud.

La presente investigación tuvo como muestra a 85 estudiantes de 6 a 12 años del distrito de san jerónimo- Andahuaylas, donde los resultados obtenidos fueron los siguientes.

Asimismo 89.4%(76) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de mordida abierta posterior, 9.4%(8) evidenciaron presencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de mordida abierta posterior. El valor $p=0.003$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Del mismo modo 75.3%(64) evidenciaron ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de mordida abierta completa, 14.1%(12) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y presencia de mordida abierta completa, 5.9%(5) tienen presencia de vestibularización incisivo superior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.005$ encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De la misma forma 85.9%(73) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de overbite aumentado, 9.4%(8) evidencian presencia de vestibularización incisivo superior y presencia de overbite aumentado, 3.5%(3)

tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y presencia de overbite aumentado. El valor $p=0.000$ encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo se observó que 78.8%(67) tienen ausencia de lingualización incisivo inferior y ausencia de mordida abierta completa, 17.6%(15) evidenciaron presencia de lingualización incisivo inferior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.040$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Dentro del hábito bucal "succión labial" se pudo observar que: 80.0%(68) tienen una normal tonicidad del labio inferior y ausencia de mordida abierta completa, 17.6%(15) evidenciaron una normal tonicidad del labio inferior y presencia de mordida abierta completa, 2.4%(2) tienen hipotónico la tonicidad del labio inferior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.004$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De la misma forma 47.1%(40) evidencian ausencia de daño del labio inferior y ausencia de mordida abierta completa 32,9%(28) tienen presencia de daño del labio inferior y ausencia de mordida abierta completa, 18.8%(16) tienen ausencia de daño del labio inferior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.006$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo 78.8%(67) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de mordida abierta completa, 15.3%(13) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y presencia de mordida abierta completa, 4.7%(4) evidencian presencia de vestibularización incisivo superior y presencia de

mordida abierta completa. El valor $p=0.001$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Del mismo modo 87.1%(74) tienen ausencia de vestibularización incisivo superior y ausencia de overbite aumentado, 7.1%(6) tienen presencia de vestibularización incisivo superior y presencia de overbite aumentado. El valor $p=0.000$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

De igual forma se observó que 77.6%(66) tiene ausencia de lingualización incisivo inferior y ausencia de mordida abierta completa, 16.5%(14) tiene ausencia de lingualización incisivo inferior y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.021$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Asimismo dentro del hábito bucal "deglución atípica con presión del labio inferior" se pudo observar que: 55.3%(47) tienen la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos y ausencia de mordida abierta completa, 24.7%(21) tienen la posición del labio inferior al deglutir con contacto interraccional y ausencia de mordida abierta completa, 18.8%(16) evidenciaron tener la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos y presencia de mordida abierta completa. El valor $p=0.035$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Y por último 61.2%(52) tienen la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los incisivos y ausencia de overbite aumentado, 25.9%(22) tienen la posición del labio inferior al deglutir con contacto interlabial y ausencia de overbite aumentado, 12.9%(11) evidenciaron tener la posición del labio inferior al deglutir con interposición del labio inferior entre los

incisivos y presencia de overbite aumentado. El valor $p=0.036$ si encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Los estudios realizados por Flores, Molina, Arzuaga, Benigno y Zapata donde todos estos autores encontraron relación estadísticamente significativa entre las variables maloclusión dentaria y los hábitos bucales perniciosos, el presente estudio realizado encontró relación estadísticamente significativa entre maloclusión dentaria (mordida abierta completa) y los hábitos bucales perniciosos (deglución)

Paiva en su estudio realizado determino que el hábito bucal perjudicial presentado con mayor frecuencia fue a respiración bucal con 47.0%, luego se ubicó la onicofagia con 24.2% y por último la succión digital con 19.7%. Respecto a las maloclusiones, las más frecuentes fueron la clase I con 65.1% seguido de la clase II con 25% y finalmente con 9.1% la clase III. Por último, las maloclusiones clase I, II y III no se alteran de forma significativa respecto a ciertos hábitos bucales perniciosos en ambos sexos. El autor concluyo que los hábitos orales perjudiciales estaban relacionados con las maloclusiones según sexo, en infantes con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - Trujillo. La presente investigación no encontró relación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos (deglución atípica con presión del labio inferior, respiración bucal)

CONCLUSIONES

- En cuanto a los hábitos bucales perniciosos: la succión digital el 51.8% no presento callosidad en los dedos, vestibularizacion incisivo superior y lingualizacion incisivo inferior. La succion labial el 97.6% presento tonicidad normal en el labio inferior, el 65.9% no presento daño del labio superiorb y el 94.1% no presentaron vestibularizacion incisivo superior y lingualizacion incisivo inferior.
- En cuanto a la deglución atípica con presión en el labio inferior al deglutir el 74.1% presento interposición del labio inferior entre los incisivos, el 100% presento contracción del mentón, competencia labial y la posición de la lengua al deglutir el agua fue lateral.
- En cuanto a la respiración bucal el 100% presento incompetencia labial, el 78.8% mostro narinas de formas simetrica y la forma del paladar fue normal.
- En cuanto a las malocusiones bucales perniciosos el 98.8% no presentaron mordida abierta posterior y anterior, el 80% no registro mordida abierta completa y el 87.1 % presento mordida profunda overbite aumentada.
- El 94.1%presenta de 6 a 9 años de edad siendo el género masculino el más predominante.
- La asociación de maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos se evidencio relación estadísticamente significativa en las dimensiones de: vestibularizacion incisivo superior y la mordida abierta superior (P-Value=0.003), mordida abierta completa con vestibularizacion incisivo superior (P-Value=0.005)

- Se encontró relacion estadísticamente significativa entre la mordida abierta completa y las dimensiones de callosidad en los dedos,lingualizacion incisivo superior ,tonicidad del labio inferior, daño del labio inferior, vestibularizacion incisivo superior, lingualizacion incisivo inferior, posición inferior al deglutir con los valores P_Value siguiente: (P_Value=0.023, P_Value=0.005, P_Value=0.040, P_Value=0.004, P_Value=0.006, P_Value=0.001, P_Value=0.021, P_Value=0.035).
- La relacion entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical según la edad: el 92.9% manifestó tener de entre 6 a 9 años de edad y no presentar mordida abierta anterior y posterior.
- El 50.6% presento mordida abierta Anterior y posterior y el 45.9% presento averbite aumentado y ser del género femenino.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios en una población más representativa, de los diferentes distritos y provincias de la región de Apurímac; también realizar mayor cantidad de investigaciones para comparar las diferentes instituciones educativas.
- Realizar un estudio incluyendo la ayuda diagnóstica como la evaluación cefalométrica, para evaluar las maloclusiones óseas.
- Realizar un estudio donde se observe la relación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical y hábitos bucales perniciosos, evaluando su duración, frecuencia e intensidad.
- Fomentar la prevención y promoción de la salud en los diferentes centros educativos para el control de los factores de riesgo como los hábitos orales parafuncionales y así disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones a edad temprana.
- Las maloclusiones al ser un problema de salud oral, se recomienda continuar realizando investigaciones de este tipo a nivel nacional ya que en la búsqueda de información se pudo evidenciar que en nuestro país son muy pocas las investigaciones que se relacionan con nuestro tema.
- Se aconseja elaborar una historia clínica específica en donde se recolecte la información estrictamente necesaria para poder tratar las maloclusiones producto de hábitos nocivos perniciosos.
- Realizar investigaciones cuyo cuestionario contenga entre sus preguntas información como; edad en que se inicia el hábito, tiempo de duración.

V.ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Recursos

- En cuanto a los recursos materiales en la presente investigación se contó con:

- Útiles de escritorio

- ## 5.2 Cronograma de actividades

[illegible]

5.3 Presupuestos y financiamiento

5.3.1 Presupuesto

Cantidad	BIENES	P.Unit	Total
1 Millar	millar de papel A4 de 75 G	23,5	23,5
1	memoria USB 8GB	50,00	50,00
1	Tinta para impresión HP 234-c	78,00	78,00
Global	Utiles de escritorio: folderes, lapiceros	30,00	30,00
	SERVICIOS		
Hras	Internet	20,00	20,00
....	Transporte	50,00	50,00
1	Estadistico	500,00	500,00
Global	utiles de investigacion	300,00	300,00
	TOTAL	1051,50	1051,5

5.3.2 Financiamiento

La presente investigación fue autofinanciada en su totalidad por el tesista responsable del tema.

BIBLIOGRAFIA

1. Medina C. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. 2010(citada el 13 de 06 del 2016). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
2. Borboni N, Escobar Rojas A, Castillo Mercado R. Odontología Pediátrica. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2010.
3. Sandoval, P., Bizcar, B. (2013). Beneficios de la Implementación de Ortodoncia Interceptiva en la Clínica Infantil. International Journal of Odontostomatology, 7(2), 253-265.
4. Flores LS. Prevalencia de mal oclusión asociada a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años, en dos escuelas de quito en el periodo octubre-noviembre 2017 [tesis de titulación]. Quito (Ecuador): Universidad De Las Américas; 2018.
5. Iza Molina J. Prevalencia de maloclusiones dentarias en relación con hábitos orales no fisiológicos en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Pastocalle de la parroquia Pastocalle del cantón Latacunga, en el periodo de junio a julio del 2017". [tesis de titulación]. Quito (Ecuador); Universidad Central De Ecuador; 2017
6. Mesa Rodríguez Nerina Yadira, Medrano Montero Jacqueline. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. ccm [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Nov 12] ; 21(2): 458-467. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011&lng=es.

7. Arocha AA, Aranda GM, Pérez PY y Granados HA. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN 2016; 20(4):426-432
8. Catarí P, Carrillo A, Zavarse S, Pérez C. Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatría. Acta odont venez (revista en la internet).2014(citada el 15 de 05 del 2016);52(2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art8.asp>
9. Mendoza O, Meléndez O, Ortiz S, Fernández L. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia 2014; 2(4):220-227.
10. Mallqui Benigno JG. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I.E.P. Mater Purissima en el año 2017 [tesis de titulación]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2018.
11. Paiva BS. Relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica ULADECH Católica - provincia de Trujillo, región la Libertad, año 2016 [tesis de titulación].Trujillo (Perú): Universidad de los Ángeles de Chimbote; 2017.
12. Espinoza, I., Casas, A. y Campos, K. (2016). Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. Rev. Odontológica Pediátrica, 15(2), 1-8.
13. Zapata Dávalos M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con Maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los

- Educadores [tesis de titulación]. Lima (Perú): Universidad San Martín de Porres; 2014.
14. Tongo Alarcón, Merly. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva [tesis de titulación]. Chachapoyas (Perú): Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2017
 15. Laboren S, Medina A, Vilorio R, Vilorio RC, Quirós A, Alcedo C, Molero L, et. Hábitos Bucles más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con 89 dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Revista en internet]. 2010 [consultado: 16 de Abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
 16. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Revista en internet]. 2011 [consultado: 03 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
 17. Quirós AO, Quirós CL, Quirós CJ. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Revista en internet]. 2003 [consultado: 03 de Abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-1/>
 18. Gamba GD, Da Silva FO, Janson G. Etiología de las maloclusiones en: Da Silva FO, Gamba GD, Silva LT. Ortodoncia Interceptiva: Protocolo de tratamiento en dos fases. 1 edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2014; 157-190.
 19. Viquez M. Hábitos de succión digital y deglución atípica” Para optar por el título de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Funcional (Artículo en la

- internet).2010 (citado el 13 de setiembre del 2016) Disponible en:
http://www.ulacit.ac.cr/files/proyectosestudiantiles/archivos/esp/367_succin_digital.pdf
20. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Rev latin de ortod y odont (revista en la internet).2011 (citada el 13 de 06 del 2016). Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
 21. Kuch VE, Till BL. La opinión ha sido citada por Montiel J. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM 2004; 68 (6):209-214.
 22. Sallustro F, Atwell CW. La opinión ha sido citada por Montiel J. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM 2004; 68 (6):209-214.
 23. Ordoñez RD. Ortopedia maxilar y antropología biológica. Bogotá: Edición Monserrat. 1991: 76-82.
 24. González L, Pérez G, De Celis V, Sánchez R, Díez R, Prado F. Valoración de los hábitos orofaciales en niños .Bol.S Vasco-NavPediater 2009; 41:9-15.
 25. Natera A, Rodríguez E, Casaca R, Solís J, Gómez AM y Villanueva H. Hábitos. En: Rodríguez YE, Casaca AR, Natera MA. 1.001 Tips de Ortodoncia y sus secretos. 1ed. Venezuela: Amolca; 2007. p.272-301.
 26. Cervera J, Ygual A. Guía para la evaluación de la deglución atípica. C.A.L. 2002; vol 3(1):p57-65.

27. García GV, Ustrell TJ, Sentís VJ. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av. Odontoestomatol 2011; 27 (2): 75-84.
28. Marques NM. Hábitos en Ortodoncia. En: Vellini FF .ORTODONCIA: Diagnóstico y planificación clínica. ed. Brasil: Artes Médica Ltda; 2002.p.253-280.
29. Asensi CC. Maloclusiones transversales. En: Canut BJ. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Segunda edición. Barcelona: Masson; 2005: 465-494.
30. Silva M. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud bucal. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Feb [citado 2016 Jul 04] ; 19(1): 56-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100009&lng=es.
31. Mapfre.es. Bruxismo infantil (En línea). La coruña: 1990; [accesado 23 Agos 2016]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/bruxismo-infantil.shtml>
32. Hernández B, Díaz S, Hidalgo S, Lazo R. Bruxismo: panorámica actual. AMC [Internet]. 2017 Feb [citado 2017 Jul 04] ; 21(1): 913-930. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100015&lng=es.
33. Restrepo S. Onicofagia en niños: Artículo de revisión. Rev. Alop [Internet] 2011 [citado 2016 Jul 04] ; 1(1). Disponible en: <http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2011/1/art-14/>
34. Ojeda C, Espinoza A, Biotti J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Rev. Clin. Periodoncia Implantol.

Rehabil. Oral [Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Jul 04] ; 7(1): 37-42.

Disponible en:

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

01072014000100009&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0719->

[01072014000100009](http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072014000100009).

35. Buitrago A. Gómez J. Salazar S. Morón L. Perilla J. Barrera J. ASOCIACIÓN ENTRE MALOCLUSIONES Y HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 4 A 11 AÑOS. Revista Colombiana de Investigación en Odontología [Internet] 2013 [citado 25 Jun 2017]; 4(10): 43-55.
36. Rodríguez E. White L. Ortodoncia Contemporánea. Segunda Edición. Caracas –Venezuela: Editorial AMOLCA; 2008.
37. Escobar Muños F, Odontología Pediátrica. Primera Edición. Madrid: Editorial Ripano SA; 2012.
38. Soldevilla L. Ramos V. Síndrome de Brodie en dentición mixta temprana tratado con aparatología removible adhesiva. Odontología Sanmarquina. [Internet] 2008 [citada 20 may 2017]; 11(2): 88-91
39. De Saturo E. Ortodoncia en Dentición Mixta. Caracas-Venezuela: Editorial AMOLCA; 2010.

ANEXOS

Matriz de Consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema general	Objetivo general	Hipotesis general	Variable 1	Tipo de investigación
¿Cuáles son las maloclusiones dentarias de tipo vertical asociados a hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo- Andahuaylas, 2019?	Asociar las maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo- Andahuaylas, 2019.	Existe asociación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo- Andahuaylas, 2019.	Maloclusiones dentarias de tipo vertical.	Cuantitativa
				Nivel de investigación
				Correlacional
				Diseño de investigación
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipotesis específicos	Variable 2	Observacional Bidireccional Transversal Descriptivo Correlacional
1. ¿Cuáles son las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo? 2. ¿Cuáles son los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo? 3. ¿Cuál es la asociación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019? 4. ¿Cuál es la asociación entre los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019?	1. Identificar las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo. 2. Identificar los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo. 3. Asociar las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019. 4. Asociar los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019.	1. Las maloclusiones dentarias de tipo vertical son significativas en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo. 2. Los hábitos bucales perniciosos son significativos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo - Andahuaylas, 2019 según sexo. 3. Existe asociación entre las maloclusiones dentarias de tipo vertical en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019. 4. Existe asociación entre los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años y el género del distrito de San Jerónimo – Andahuaylas, 2019.	Hábitos bucales perniciosos.	
			Unidad de análisis	
			Estudiantes del distrito de San Jerónimo- Andahuaylas	
			Población	
			Conformada por estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo- Andahuaylas durante el ultimo semestre del año 2019.	
			Muestra	
			Comprendida por 85 estudiantes	

Instrumento

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HABITOS BUCALES PERNICIOSOS

Nombre.....

Edad..... Sexo: M() F ()

Institución Educativa:

A) Succión Digital

Callosidad en los dedos	Presente	Ausente
Vestibularización Incisivo Superior	Presente	Ausente
Lingualización Incisivo Inferior	Presente	Ausente
Ninguna	Presente	Ausente

B) Succión Labial

-Tonicidad del labio inferior: normal () hipotónico () hipertónico ()

Daño del labio inferior	Presente	Ausente
Vestibularización Incisivo Superior	Presente	Ausente
Lingualización Incisivo Inferior	Presente	Ausente
Ninguna	Presente	Ausente

C) Deglución Atípica con presión del labio inferior

-Posición del labio inferior al deglutir el agua: con contacto interlabial ()

con interposición del labio inferior entre los incisivos ()

-Contracción del mentón: Presente () Ausente ()

-Labios en reposo: Incompetencia labial () Competencia labial ()

D) Deglución Atípica con presión de la lengua

-Posición de la lengua al deglutir el agua: anterior () lateral ()

anterior/ lateral ()

E) Respiración Bucal

Incompetencia Labial	Presente	Ausente
Narinas	Simétricas	Asimétricas
Forma del Paladar	Normal	Estrecho y profundo
Ninguna	Presente	Ausente

MALOCCLUSIONES DE TIPO VERTICAL

Nombre.....

Edad..... Sexo: M() F ()

Institución Educativa:

MALOCCLUSIONES VERTICALES

A) Mordida Abierta

MA ANTERIOR Zona interincisiva (overbite negativo)	Presente	Ausente
MA POSTERIOR Distancia entre las superficies oclusales (Falta de contacto entre cúspide y fosa)	Presente	Ausente
MA COMPLETA Único contacto existente a nivel de los últimos molares	Presente	Ausente

B) Mordida Profunda

Overbite aumentado (>20%)	Presente	Ausente
------------------------------	----------	---------

Consentimiento Informado

ANEXOS

ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO



La presente investigación es conducida por el Bachiller en Estomatología: Carlos ABOLLANEDA NOLASCO, de la Universidad Tecnológica de los Andes. El objetivo es Asociar la maloclusión dental de tipo vertical y los hábitos bucales perniciosos en estudiantes de 6-12 años del distrito de San Jerónimo de la provincia de Andahuaylas, 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizará una evaluación clínica extraoral para nada invasivo, donde observaremos si su menor hijo (a). Padece de alguna maloclusión de tipo vertical y además se le realizará una entrevista acerca su padece de algún habito bucal pernicioso. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus valores encontrados serán codificados usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Usted tiene el derecho de realizar las preguntas que sean necesarias. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Bachiller en Estomatología: Carlos ABOLLANEDA NOLASCO. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es realizar una evaluación extraoral que durará 10 minutos. Reconozco que la información que voy a proveer en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Estomatología- UTEA al teléfono: 974669878. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante:

.....

(En letras imprenta)

Firma del Participante Fecha:



ANEXO N° 02 ASENTIMIENTO INFORMADO



Mi nombre es Carlos Abollaneda y pronto seré “Dr. De los dientes” de la ciudad de Abancay vamos a realizar un estudio que se llama “Relacionar la maloclusión vertical con los hábitos orales no fisiológicos en escolares de 6-12 años de edad de la I.E.E N°485, Andahuaylas-2019”. Para conocer mejor si tus dientecitos están formándose de forma inadecuada “chuecos” por algunos malos hábitos que estamos teniendo como chuparnos los dedos y otros tipos. Y poder decirles a tus papás y/o apoderados que te lleven al consultorio para que te den remedios y te mejores. Por este motivo quiero saber si te gustaría participar en este estudio. Una vez que tú aceptes participar, se conversará con tus papás y/o apoderado para que ellos sepan de este estudio.

No tienes que contestar ahora lo puedes hablar con tus padres y si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que quieras y yo te explicaré lo que necesites. Si decides no participar en el estudio no pasa nada y nadie se enojará o retará por ello. Tampoco va a influir en tus notas del colegio.

Si decides participar:

- 1.- Le pediremos a tu mamá o a la persona que te cuida que te permiso para hacerte algunas preguntas y evaluar tu boca.
- 2.- Cuando te evalúe solo yo sabré si tienes dientes están “chuecos” en tu boca no usaremos tu nombre ni datos personales, Tampoco le diremos a nadie que estas participando en este estudio.
- 3.- Los resultados de tus exámenes se los daremos a tus padres y/o apoderados en un sobre cerrado y nadie más sabrá el resultado de estos. Además, si tienes bichitos les diremos a tus padres y/o apoderados que te lleven al consultorio para que te den remedios y te mejores.
- 4.- Si quieres participar, haz un círculo o una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba y si no quieres, haz la marca en el dedito apuntando para abajo. Con eso bastará para que nosotros sepamos tu preferencia

Si mientras se realiza el estudio tienes alguna duda puedes preguntarme todo lo que quieras saber y si más adelante no quieres seguir con el estudio, puedes parar cuando quieras y nadie se enojará contigo.

Mi nombre es:

SI QUIERO PARTICIPAR



NO QUIERO PARTICIPAR



PANEL FOTOGRAFICO

INSTRUMENTALES

(Espejo, exploradores, regla milimetrada, abre bocas, espejo de siete almas, algodono, guantes, mascarillas, baja lenguas, campo de trabajo, y gasas)



ALISTANDO LOS INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



EXPLICANDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

A los alumnos del centro educativo I.E.N°54105 J.P.II.S.J



En esta imagen observamos una mordida abierta clase III con protrusión en la mandíbula inferior



En esta imagen observamos una mordida abierta clase III con protrusión





Aquí en la imagen 1 observamos una mordida sami abierta también en imagen 2 observamos mordida semi abierta en la imagen 3 vemos una imagen sobre mordida clase II overjet aumentado y en la imagen 4 observamos una sobremordida clase II overjet aumentado

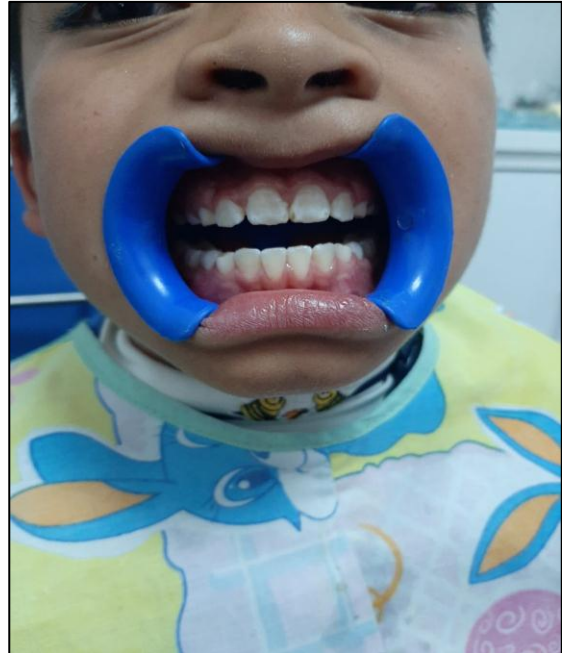
Imagen 01 y 02



Imagen 03 y 04



Aquí observamos en la imagen una mordida abierta con protrusión y en la figura de abajo podemos observamos una clase III resalte del incisivo (overjet) se observa un resalte aumentado



**GRACIAS A LA INSTITUCIÓN I.E.N°54105 J.P.II. S.J. POR
PERMITIRNOS RECOLECTAR DATOS PARA NUESTRO**



PROYECTO DE TESIS

