

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS

**Título: ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCLUSIONES
DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS
BUCALES NOCIVOS EN UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA DE CONCEPCIÓN**

Para optar : El Título Profesional de Cirujano Dentista.

**Autores : MIGUEL HILARIO, Rolland Daivis
NAVARRO VILCHEZ, Thalía**

Asesor : DR. WASHIGTON ORDOÑEZ HOSPINAL

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación: diciembre 2019 – agosto 2020

Huancayo – Perú

2021

DEDICATORIA:

A nuestros progenitores que no escatimaron su afecto y apoyo en nuestra gran aventura intelectual

AGRADECIMIENTO;

A los Docentes de nuestra alma Mater, quienes nos brindaron sus saberes sin ninguna restricción.

INTRODUCCIÓN

El propósito que tiene la instrucción en salud, es orientar a la población para alcanzar y mantener una adecuada salud, se constituye como algo fundamental para las personas, puesto que al referirse a odontología preventiva se considera imprescindible tener muy en cuenta acción de educación oral, el fomento de la salud y la previsión de las enfermedades bucodentales.

Consecuentemente, adiestrar en salud en las distintas fases de la evolución y desarrollo humano, así como en la niñez, adolescencia y juventud permitirá evitar diversas enfermedades de la cavidad oral. Ello posibilitará detectar a tiempo algunos padecimientos de maloclusiones y hábitos orales deformantes o perniciosos.

A través de la ciencia estomatológica se conoce que los músculos orofaciales y de la lengua son los encargados de conseguir un desarrollo armónico de la cara, es así que la deglución, fonación, respiración nasal son hábitos fisiológicos que pueden prevenir maloclusiones o deformaciones del aparato estomatognático, por lo que su función genera un equilibrio orofacial y una mordida normal. Se consideran no funcionales o deformantes cuando por resultado de estos se producen alteraciones dadas por hábitos tales como respiración bucal, onicofagia, queilofagia, succión digital, entre otros.

Cuando se habla de actos adquiridos mediante la experiencia de una persona y que ésta la realiza en forma automática y regularmente, se está refiriendo a un hábito. Es menester precisar que estos comportamientos se realizan sin que el sujeto pueda tener mayor control voluntario, para evitarlos.

Resulta muy lamentable para la convivencia social, que adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años), realizan este tipo de actos anómalos, quizá con el deseo de atraer la atención de sus progenitores y familiares de su entorno cuando les falta madurez mental o al observar cambios violentos en el seno de su hogar.

Indudablemente, la trascendencia de los referidos hábitos para la estomatología, es que estos hábitos orales perniciosos de una u otra forma alteran la ubicación de las piezas dentarias y consecuentemente modifican la relación que tienen entre estos.

Generalmente se define a la maloclusión dentaria, como la alteración de la ubicación de los elementos dentarios dentro de los maxilares y que presenta una alta prevalencia, solo por debajo de las caries dentarias y la periodontitis.

Dadas estas consideraciones, nuestro proyecto de investigación tiene como finalidad cognoscitiva fundamental el determinar la correspondencia subsistente entre la prevalencia de los hábitos bucales nocivos en adolescente y las maloclusiones dentarias que presentan los adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna, en la provincia de Concepción, departamento de Junín, región del mismo nombre.

El presente trabajo de investigación contiene: I. Planteamiento del problema, II. Marco Teórico, III. Hipótesis), IV. Metodología, V. Administración del Plan, VI. Referencias bibliográficas y Anexos.

CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
INTRODUCCIÓN	4
CONTENIDO	6
RESUMEN/ABSTRACT	8
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	13
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Delimitación del problema	14
1.3. Formulación del problema	15
1.3.1. Problema General	15
1.3.2. Problema Específico.	15
1.4. Justificación.	16
1.4.1. Social.	16
1.4.2. Teórica.	16
1.4.3. Metodológica.	16
1.5. Objetivos	17
1.5.1. Objetivo General	17
1.5.2. Objetivos Específicos	17
II MARCO TEÓRICO:	19
2.1 Antecedentes	19
2.1.1 Antecedentes nacionales.....	19
2.1.2 Antecedentes internacionales.....	23
2.2 Bases Teóricas o Científicas	26
2.3 Marco Conceptual	40
III HIPÓTESIS	43
3.1 Hipótesis General.....	43
3.2 Hipótesis específicas.....	43
3.3 Variables.....	44
IV METODOLOGÍA	46

4.1 Método de Investigación	46
4.2 Tipo de Investigación	46
4.3 Nivel de Investigación	46
4.4 Diseño de la Investigación	46
4.5 Población y muestra	47
4.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	48
4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	52
4.8 Aspectos éticos de la Investigación	53
V RESULTADOS.....	56
5.1 Descripción de Resultados.....	56
5.2 Contratación de hipótesis.....	72
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	76
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS.....	87

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1	51
Tabla N° 2.....	52
Tabla N° 3	53
Tabla N° 4.....	54
Tabla N° 5	54
Tabla N° 6.....	55
Tabla N° 7	56
Tabla N° 8.....	57
Tabla N° 9	58
Tabla N° 10.....	59
Tabla N° 11.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1 51
Figura N° 2..... 52
Figura N° 3 53
Figura N° 4..... 54
Figura N° 5 55
Figura N° 6..... 56
Figura N° 7 57

RESUMEN

Los hábitos en las personas, son considerados como una práctica adquirida, la misma que se reincide frecuentemente. Estas costumbres, inicialmente el individuo los realiza conscientemente, empero pasado el tiempo lo efectúa ya inconscientemente. Se puede diferenciar, los hábitos denominados fisiológicos o funcionales, entre otros, la masticación, la deglución el mismo habla y la respiración a través de las fosas nasales; con los no fisiológicos, o nocivos, entre los cuales se verifica el succionarse los dedos, los labios, el acto de respirar por la boca, la superposición lingual estando en reposo, y la deglución del infante. El propósito fundamental que nos llevó a desarrollar el presente trabajo de investigación, fue establecer la relación entre los hábitos bucales con las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna. Metodológicamente, se trata de una investigación descriptiva, prospectiva, transversal con exámenes clínicos incluidos. La muestra seleccionada en forma aleatoria sistemática consideró a 150 estudiantes de ambos sexos que tenían de entre doce a catorce años de edad. Para conocer y estimar los diferentes hábitos parafuncionales, se aplicó una encuesta a padres de familia y posteriormente se practicó la valoración clínica de los alumnos. La coincidencia entre el diagnóstico clínico realizado y la información de los padres, determinó la presencia de un hábito nocivo. La versión 26 del programa estadístico SPSS se empleó para el análisis de datos respectiva e incluso para las pruebas de hipótesis. Entre los resultados más notorios, podemos citar que la malposición predominante fue la clase I, seguida por la II división 1, la clase II división 2 y la clase III; con 70.67%, 21.33%, 1.30% y 6.70% respectivamente. De otro lado, se verificó que la mordida abierta anterior resulta más habitual en la deglución atípica con $p < 0.01$, existiendo diferencia significativa en la relación succión digital y mordida abierta anterior con $p < 0.05$. Concluyendo que, existe relación estadísticamente significativa entre la práctica de hábitos bucales nocivos con las malposiciones dentarias detectadas en los estudiantes que conformaron la muestra de estudio en la I.E. San Francisco de Asís - Orcotuna, Concepción.

Palabras clave: Malposición dentaria, hábitos bucales nocivos, oclusión dentaria.

ABSTRACT

Habits in people are considered an acquired practice, the same one that is frequently repeated. These customs, initially the individual performs them consciously, but after time they do so unconsciously. It is possible to differentiate between the so-called physiological or functional habits, among others, chewing, swallowing, the same speech and breathing through the nostrils; with the non-physiological, or harmful, among which the sucking of the fingers, the lips, the act of breathing through the mouth, the overlapping of the tongue while at rest, and the swallowing of the infant are verified. The fundamental purpose that led us to develop this research work was to establish the relationship between oral habits and dental malocclusions in adolescents in their early stage (between 12 and 14 years old) in the I.E. "San Francisco de Asís" from Orcotuna. Methodologically, it is a descriptive, prospective, cross-sectional investigation with clinical examinations included. The sample selected in a systematic random way considered 150 students of both sexes who were between twelve and fourteen years of age. To know and estimate the different parafunctional habits, a survey was applied to parents and later the clinical assessment of the students was carried out. The coincidence between the clinical diagnosis made and the information from the parents determined the presence of a harmful habit. Version 26 of the SPSS statistical program was used for the respective data analysis and even for hypothesis testing. Among the most notable results, we can mention that the predominant malposition was class I, followed by II, class II, division 2, and class III; with 70.67%, 21.33%, 1.30% and 6.70% respectively. On the other hand, it was verified that the anterior open bite is more common in atypical swallowing with $p < 0.01$, with a significant difference in the relationship between finger suction and anterior open bite with $p < 0.05$. Concluding that, there is a statistically significant relationship between the practice of harmful oral habits with the dental malpositions detected in the students that made up the study sample in the I.E. San Francisco de Asís -Orcotuna, Concepción.

Key words: Dental malposition, harmful oral habits, dental occlusion.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción de la Realidad Problemática.

Actualmente a nivel mundial, en nuestro país y específicamente en la región Junín es innegable el constatar una notoria prevalencia de maloclusiones dentarias en niños, adolescentes e incluso adultos, ello generado como ya se ha puntualizado por hábitos bucales perniciosos practicados durante su diario vivir por estas personas.

Entonces, es imperioso y sumamente necesario ocuparnos para que dicha situación anómala bucodental sea superada de tal forma que se disminuya dicha prevalencia, contribuyendo en forma efectiva la detección prematura de los hábitos referidos y consecuentemente su posterior y urgente corrección.

Para ello nos planteamos abordar la problemática expuesta, a través de una investigación en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna, que nos permita determinar los hábitos bucales nocivos más concurrentes que generan las diversas maloclusiones bucodentales. Lo que al final nos refrende velar por la salud integral de los estudiantes referidos. Es también nuestro deseo que los niveles de progreso de la cultura y los conocimientos del presente milenio, en cuanto a prevención de anomalías dentomaxilofaciales, mejore la calidad de vida de nuestros congéneres.

Debemos puntualizar que muchos estudios científicos han abordado esta línea de investigación y temática, empero, aún no existen referentes precisos, que aseveren la asociación de las costumbres orales con las malposiciones de los dientes en adolescentes en nuestro país y principalmente en nuestra región Junín.

Entonces, estamos seguros que la misión de los profesionales de la salud en estomatología, será el valorar e identificar los hábitos perniciosos de manera anticipada y aplicar el tratamiento adecuado, con lo cual se pretende disminuir la presencia de estas alteraciones.

Laboren¹, precisa que un hábito se genera por la costumbre y la repetición frecuente de actos, los mismos que inicialmente se realizan de forma consciente y posteriormente se transforma en inconsciente. Los hábitos suelen ser orgánicos o fisiológicos tales como la inhalación nasal, trituración, la expresión y ingestión, y los no orgánicos como el succionarse los dedillos, la mamila o los labios, la inhalación oral, el deglutir atípico en los niños y la obstrucción de la lengua en descanso o reposo. Urrieta², a su vez acota que los hábitos no fisiológicos se constituyen en factores etiológicos causantes de deformaciones dento-esqueléticas, alterando inequívocamente el desarrollo normal del sistema estomatognático, precisando a su vez que cuanto menor sea la edad de la persona, mayor será el daño. De allí la trascendencia de efectivizar el desarrollo de nuestro proyecto de investigación.

1.2.Delimitación del problema

Para el desarrollo del informe final se tomó en cuenta a la población de estudiantes del 1ro al 3er. Años de secundaria (con edades entre doce y catorce años) I.E. “San Francisco de Asís” de la localidad de Orcotuna, provincia de Concepción, departamento de Junín. Ellos constituirán la población -muestra de los pacientes a ser evaluados y que nos permitirán resolver la problemática, alcanzar nuestros objetivos y demostrar nuestras hipótesis de trabajo.

Dada la coyuntura actual que atraviesa nuestro país, con la pandemia y la emergencia sanitaria nacional que suspende las actividades presenciales en las instituciones educativas

en todas sus modalidades; para el realizar el proyecto de investigación, específicamente durante la recolección de datos (examen clínico) se tomó en cuenta todas las medidas necesarias y adecuadas para evitar el contagio, protocolos que están descritas detalladamente más adelante en la parte de recolección de datos.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación de los hábitos bucales que producen maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?

1.3.2. Problemas Específicos

- a) ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias por sexo en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?
- b) ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) por sexo en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?
- c) ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias verticales en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?
- d) ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias transversales en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

La siguiente investigación tiene relevancia social porque de acuerdo a la investigación que planteamos y otros estudios desarrollados en distintos países del planeta, se asevera que las malposiciones dentarias presentan una prevalencia muy alta. Razón por la cual los resultados hallados en este presente trabajo de investigación, permitirán superar esta problemática en educandos, para disminuir la prevalencia de maloclusiones que impidan su desarrollo como personas integrantes del entorno socioeconómico de nuestra región.

1.4.2. Teórica

Los múltiples procedimientos y técnicas de identificación en la relación subsistente entre hábitos nocivos orales y las maloclusiones encontradas en la población en estudio, proporcionarán antecedente y data a profesionales de la estomatología, así como a diversos investigadores del quehacer científico. Esto llevará a practicar una verdadera odontología preventiva, identificando los hábitos tempranamente. Por otro lado, su valía teórica tan significativa, permitirá determinar la asociación de hábitos bucales relacionados a maloclusiones dentomaxilares que presentan los adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.

1.4.3. Metodológica

De otro lado, nuestra investigación contribuyó como antecedente para diversas investigaciones nacionales. El aporte se visualizó en los métodos e instrumentos utilizados en nuestro trabajo de investigación, que indudablemente sirvieron de fuente para otras investigaciones ya que su aplicabilidad quedó registrada en nuestros resultados y su valoración en la discusión de los mismos. Estamos seguros que, esta investigación puede motivar a la Universidad Peruana “Los Andes” para que se realicen actividades donde se dé información educativa a los padres de los jóvenes con problemas de hábitos bucales; así como también

charlas preventivas a padres de niños de diferentes instituciones cuyos hijos aún no presentan maloclusión dentaria.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Establecer la relación entre los hábitos bucales con las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.

1.5.2 Objetivos Específicos

- a) Determinar la relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana por sexo, en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna
- b) Determinar la relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.
- c) Determinar la relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias verticales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.
- d) Determinar la relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias transversales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Mallqui J (3) realizó un estudio en UNMSM, Lima, considerando lo siguiente:

Propósito: establecer la asociación entre el grado de entendimiento en cuanto al predominio que profesan las costumbres orales nocivos de niños, en la oclusión dental y la conducta frente a las costumbres orales nocivos de sus mamas.

Muestra: 147 escolares de ambos sexos con edades 6 a 12 años de la institución educativa privada “Mater Purísima”.

Metodología: Fue un estudio observacional, transversal y descriptivo, el año 2017.

Materializando la calibración en 15 niños.

Resultados:

a) En lo concerniente a las costumbres orales nocivos, la deglución atípica con opresión de la lengua fue el más prevalente (23.8%), proseguida de la opresión del labio inferior y la aspiración del labio (17% cada una).

b) De las maloclusiones en posición vertical, el más sobresaliente fue la mordida hundida con (29.3%), subsecuente de la mordida hendida frontal (12.2%).

c) En cuanto al sexo no se ve diferencia estadística con la costumbre de la succión ($p=0.568$), atipia deglutiva ($p=0.153$), la respiración bucal ($p=0.592$), mordida hendida ($p=0.155$) y la mordida honda ($p=1,000$).

d) La respiración bucal ($p=0.005$), la mordida abierta, la succión ($p= 0.005$), atipia deglutiva ($p= 0,0001$) y la inspiración bucal ($p= 0,0001$), presentan discrepancia indicadora con la edad

e) Se halló discrepancia estadística indicadora entre la mordida hendida con la deglución atípica ($p=0.02$).

Conclusión: Se evidencia correlación entre las costumbres bucales no funcionales y las maloclusiones en posición vertical.

Mendoza F (4) realizó un estudio en señoras que acuden a la prestación de especialidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018, Lima, considerando lo siguiente:

Propósito: establecer la correlación entre las costumbres bucales no funcionales y las maloclusiones en posición vertical.

Muestra: La muestra constó de 143 madres

Metodología: Fue un estudio descriptivo, transversal y correlacional.

Para encontrar el grado de instrucción se empleó un examen con 12 interrogantes cerradas y un cuestionario con escala de Lickert con 08 ítems para conseguir información de la cualidad de las señoras frente a costumbres bucales no funcionales

Resultados: Se evidenció que el grado de comprensión acerca del dominio que ejercitan las costumbres bucales no funcionales en la oclusión dental, fue de 76 madres (53.1%). En lo referente a la cualidad se determinó que prevaleció el tipo de cualidad positiva con 107 madres (74.8%).

Conclusión: Hay Existe analogía positiva significativa con el grado de comprensión acerca y la cualidad de las costumbres bucales no funcionales de las señoras que acuden a la prestación de Especialidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ($\rho=0.272$, $p=0.001 < 0.05$).

Cruzado C (5) llevó a cabo un estudio el 2018, en niños de 10 y 11 años de edad en la Institución Educativa Privada N° 82668 de San Juan de Lacamarca, Hualgallo, Bambamarca, considerando lo siguiente:

Propósito: establecer si existe relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de edad de la IEP N° 82668, San Juan de Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, 2018

Muestra: La muestra estuvo constituida por 50 niños de ambos sexos.

Metodología: El diseño de la investigación es descriptivo de corte transversal correlacional no experimental.

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

Conclusión: Se halló presencia de maloclusiones dentarias, generadas mayormente por la succión de objetos, provocando las maloclusiones I y II.

Rodríguez L (6) En 2017, realizó un estudio en la Facultad de Odontología de la UNMSM, Lima, considerando lo siguiente:

Propósito: Establecer la prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital, hábitos deletéreos y su relación en pacientes niños de 6 a 12 años evaluados en la clínica Odontológica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el 2017.

Muestra: Compuesta por 156 niños entre los 6 y 12 años evaluados en la clínica Odontológica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el 2017.

Metodología: Tipo de estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. Se consideró un nivel de confianza fue de 95 %.

Resultados: Se determinó que la postura anteroposicionada (59%) fue la más prevalente, la respiración mixta (32,7%) fue la segunda, continuando con la atipia deglutiva (32,7%) y en último lugar la onicofagia (30,8%).

Asimismo, ente las costumbres menos habituales: se hallan la retroposición (4,5%) y la aspiración de los labios (5,1%).

Del mismo modo, el 92,9% muestra al menos una rutina deletérea y el 7,1% no demuestra ninguno de estas rutinas.

Conclusión: se logra consumir que, de los 156 niños de 6 a 12 años examinados, sí coexistió correlación entre las costumbres deletéreas y las maloclusiones, siendo la postura anteroposicionada la de mayor prevalencia, continuado de la inspiración mixta, y luego atipia deglutiva.

Acero L et al (7) En el 2015, efectuaron en Juliaca, Puno evaluando a 30 pacientes entre varones y mujeres, cuyas edades fluctuaron desde los seis hasta los catorce años. Estos niños fueron diagnosticados con síndrome de hipertrofia adenoidea en base a exámenes especiales de un otorrino. Considerando lo siguiente:

Propósito: Determinar la correlación del nivel de traba adenoidea con las modificaciones que pueda originar a la altura dental, maxilar, facial y discrepar los resultados con los que logra los textos.

Muestra: 30 pacientes de ambos sexos con edades de 6 a 14 años.

Metodología: El diseño de la investigación es explicativo de corte transversal correlacional experimental. Emplearon el coeficiente de Rho de Spearman con la finalidad de determinar la correlación entre las variables.

Resultados: Se encontró que, a mayor grado de obstrucción, existen mayores alteraciones dentomaxilofaciales.

Conclusión: que consta la correlación directa entre las transformaciones dentomaxilofaciales y la conexión al nivel de impedimento adenoidea originado por incremento adenoidea.

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Giugliano et al; (8) realizaron un estudio en Italia, cuyo propósito fue determinar la relación entre maloclusión y hábitos orales en niños de 12 a 15 años. Para

ello, eligieron una muestra no probabilística de 674 personas de ambos sexos que no habían recibido tratamiento ortodóncico y además que sus edades fluctúen en el rango de 12 a 15 años.

Para el logro de su finalidad cognoscitiva, estos estudiosos, decidieron considerar en su evaluación: variables ortodóncicas tanto como variables referidas a hábitos orales funcionales y no funcionales.

Al final de su investigación, como resultado hallaron que 589 personas presentaban hábitos deletéreos, empero consumaron que, aunque coexiste una agrupación positiva entre costumbres bucales nocivos y maloclusiones, no se evidencia la relación estadística entre maloclusiones y los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes.

Flores L (9) realizó un estudio en el Ecuador, cuyo objetivo fue establecer el grado de asociación subsistente en maloclusiones dentarias y la práctica de hábitos bucales deletéreos en niños entre 7 y 10 años que asisten a las escuelas: U. E Gran Bretaña y la U. E. 6 de diciembre, las mismas que prestan servicios educativos en la provincia ecuatorianas de Quito.

La muestra de 120 niños de ambos sexos fue investigada teniendo un diseño de investigación observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Los resultados más significativos muestran una prevalencia de las costumbres perniciosas, de 52% para la U. E. 6 de diciembre y 51% para la U. E Gran Bretaña; que de otro lado, en cuanto a succión digital, 6% en la U. E. 6 de diciembre y 11% en la U. E Gran Bretaña, asimismo, en aspiración de labios 18% en la U. E. 6 de Diciembre y 23% en la U. E Gran Bretaña; superposición labial 3% en el 6 de Diciembre y 1% en el Gran Bretaña, entre otros. Llegando a la conclusión general que asume, que las maloclusiones guardan correlación directa con las costumbres orales perniciosos.

Tipán S (10) realizó un estudio en Quito-Ecuador con el propósito de establecer el grado de comprensión de padres sobre las costumbres orales perniciosos de los niños que aquejan la cavidad oral en infantes entre 3 y 5 años. La muestra consto de 57 progenitores de la I.E.P. Santa Paula, de la Ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el estadio de noviembre-diciembre de 2017. Alcanzó como deducciones que grado de comprensión sobre costumbres orales perniciosas de los padres de familia en su totalidad fue adecuado. Asimismo, halló que los niños entre los 3 a 4 años eran el 68,4% y entre los 5 a 6 años representan el 31,6%; también en cuanto al género del niño (a), los hallazgos mostraron que 32 son femenino que representa al 56,1 % y 25 son masculino que representa al 43,9 %. De dicha indagación además pude determinar que, con respecto al género, las niñas mostraron la proporción más alto con la Onicofagia en un 34,4 %; y en cuanto a la edad, niños y niñas de 5-6 años mostraron ser Respiradores Bucales con una proporción del 33,3%. Consumó que el grado de comprensión sobre costumbres orales perniciosas de los padres de familia en su gran mayoría fue adecuado.

Escola M (11) realizó un estudio en Quito-Ecuador con el propósito de establecer la correlación de las modificaciones en la oclusión con costumbres orales perniciosos en niños con dentición decidua. La muestra consto de 75 niños de 3 a 5 años de la Escuela República de Venezuela de la ciudad de Quito. Sus deducciones que se hallaron son: la mordida abierta fue la alteración más prevalente con un 18,7%, la mordida cruzada anterior con un 1,3% y mordida cruzada posterior con un 6,7 %; en relación a las costumbres orales nocivos la succión digital fue la más prevalente con 12.0%, inspiración bucal 8,0%, atipia deglutiva 8,0% y aspiración labial 3,9%. Al relacionar las modificaciones de la oclusión con las costumbres orales nocivos, se determinó que coexiste una correlación altamente significativa ($p=0.000<0.05$) por medio de Chi

cuadrado. Consumaron que las modificaciones de la oclusión encontradas sí quedaron coherentes con las costumbres orales nocivos.

Accardi K; (12) realizó un estudio en Concepción-Chile, cuyo objetivo fue el establecer la frecuencia de los hábitos orales nocivos y su relación con alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 6 años en la comarca de Dalcahue, Chiloé. Material y Métodos: Disertación de campo con abordaje de cantidad, casos y controles. la muestra, constó de 89 niños de 3 a 6 años de la comarca de Dalcahue, que llegaron a cumplir con los discernimientos de inserción y eliminación, y cuyos padres firmaron el asentimiento informado para participar en el estudio. Los fundamentos hallados en la tesis fueron calculados y examinados mediante el software SPSS 23.0. Se ejecutó un análisis detallado para perfil de la muestra y se experimentó la agrupación mediante el análisis de odds ratio (OR), evaluando la significación estadística mediante el test de chi-cuadrado, con alfa 0,05. Resultados: La frecuencia general de los hábitos orales nocivos fue del 78,3%, el más prevalente fue la inspiración bucal (48,3%), luego la onicofagia (36%), interposición labial (30,3%), aspiración digital y succión de mamadera (24,7% cada una), interposición otro objeto (5,6%) y succión de chupete (3,3%). En cuanto a la relación de hábitos orales nocivos y alteraciones en la oclusión dentaria, no se observaron valores estadísticamente significativos. Aun cuando los valores de OR, indican mayor riesgo para la succión de chupete (2,57) y succión digital (2,42). Conclusión: Se observó una alta prevalencia de malos hábitos orales en niños de 3 a 6 años, siendo el mal hábito más prevalente la respiración bucal. Aun cuando el análisis de OR mostró valores mayores para la succión de chupete y digital, no se establecieron asociaciones estadísticamente significativas.

2.2. Bases Teóricas o Científicas

2.2.1. Hábitos Bucales:

A) Definición de hábitos bucales.

Teniendo en cuenta lo estipulado por Real Academia de la Lengua, se define a un hábito, como el modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. (13).

Cuando una persona ya sea por la costumbre o por realizar la repetición de una misma acción o acto, suele considerarse como un hábito. Debe precisarse que inicialmente esta práctica se lleva a cabo por la persona en forma consciente y posteriormente se efectúa de manera totalmente inconsciente.

En consecuencia, puede decirse que los hábitos bucales se manifiestan a través de comportamientos parafuncionales que inicialmente podrían considerarse como normales pero que con el tiempo pueden volverse nocivos y generar el desarrollo de maloclusiones dentarias.

De otro lado, teniendo en cuenta la literatura especializada, ésta define al hábito como la repetición frecuente de un acto similar, transformándose en costumbre, la misma que muchas veces llega a generar satisfacción.

Consecuentemente, tratándose de hábitos bucales, desde recordarse que desde mucho tiempo atrás se determinó la relación que existe entre algunas costumbres orales nocivas y alteraciones del crecimiento; es así que se puntualiza que la afectación de las estructuras estomatológicas obedecerá a la periodicidad, persistencia, intensidad y orientación de la fuerza usada al ejecutar las contracciones musculares de manera repetida". (14)

Empero, de igual forma se advierte que si se inicia acciones correctivas en edades precoces se obtendrán mejores contingencias de variar el esquema de desarrollo de los maxilares y el crecimiento de los arcos dentarios, asimismo, se

sostiene que prescindiendo del hábito nocivo antes de los 3 años edad posiblemente la huella formada pueda superarse naturalmente.

Abundando en la materia, puede sostenerse como Ferro (15) que, los hábitos son producidos en forma genérica por elementos psicológicos y sentimientos que superan a las personas. Casi siempre, por razones psicológicas, resaltando sentimientos como la ansiedad, el miedo, la angustia, el nerviosismo, el estrés, la frustración, el aburrimiento, entre otros muchos...cualquiera de estos estados puede desencadenar inconscientemente y de manera frenética un impulso.

En tal sentido, entonces consideramos a los hábitos orales como vía de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad. Los hábitos parafuncionales son todos aquellos para los que se utiliza el sistema masticatorio para cualquier cosa que no sea masticar.

B) Clasificación de Hábitos Bucales

Vilalta (16) precisa de existen hábitos fisiológicos y los no fisiológicos, sean estos beneficiosos o perjudiciales. Los primeros surgen con la persona como son el mecanismo de aspiración, inspiración nasal, locución, disgregación y deglución. Entre las costumbres bucales no funcionales o nocivos, se tiene a la succión de dedos, la respiración bucal, la deglución atípica y el bruxismo. Estos últimos se obtienen por la práctica periódica de una operación que no es fisiológica ni necesaria.

C) Tipos de hábitos bucales Nocivos

Como quiera que nuestra línea de investigación, requiere de bases científicas relativas a las costumbres deformantes, que son las autoras directas e indirectas de las oclusiones dentarias alteradas, a continuación, nos ocuparemos brevemente de cada una de ellas:

a) Onicofagia

Este término señala la costumbre de las personas de comerse o morderse las uñas. Lamentablemente se trata de un hábito compulsivo, cuyo inicio se da en edades precoces como la niñez y la pubescencia. Empero, esta costumbre perniciosa, puede hallarse en personas adultas en menor cantidad. La incidencia mayor se encuentra en jóvenes que están en la edad de preadolescentes y adolescentes.

Como consecuencia de la onicofagia, se advierte que el margen libre se pierde y la uña se entierra en el lecho ungueal. En su momento los daños a ras de los dobleces ungueales, como son las cutículas y padrastrós, se manifiestan con notoria hinchazón aguda del tejido celular de los dedillos acompañadas de exacerbaciones infecciosas agudas. (17)

Se ha comprobado que generalmente los individuos, mascan en el mismo lugar por lo cual se originan las alteraciones oclusales halladas, alterando la belleza de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento y malposición dentaria.

Una manera correctiva de este hábito es pedir al paciente para que muerda el mordedor de goma por espacio de cinco minutos sin parar, cuando le den ganas de morder sus uñas. Otra forma exige hacer ejercicios gimnásticos durante 5 a 10 minutos cuando le sobrevenga la ansiedad de roer sus uñas.

b) Succión digital

El acto reflejo de succión se refiere a la extracción de un líquido con los labios. Este reflejo es considerado común o normal hasta los tres años de edad, siendo reemplazado en forma gradual con la masticación por el hecho de la aparición de las piezas temporales.

Es así que puede afirmarse que la succión digital se constituye como una acción muy practicada en la infancia considerándose que es un acto normal y probablemente esté en los niños menores de tres años en más del 50%.

Como indica Aguilar (18). Esta práctica comienza a partir del primer año de vida, y suele mantenerse hasta los tres o cuatro años de edad o más.

Cabe señalar que la constancia de esta costumbre refleja signos de ansiedad e inestabilidad en el individuo.

También señalan que entre las diferentes formas de aspiración digital, la más conocida y práctica es la aspiración del dedo pulgar manteniéndolo generalmente en posición erguida, con la uña dirigida hacia los dientes mandibulares. Debe recordarse que, en ocasiones más de un dedo es aspirado a la vez.

Es importante tener en cuenta que la succión de los dedos se presenta en momentos de presión, de aburrimiento o de cansancio pues genera tranquilidad e induce al sueño.

De otro lado, es necesario considerar, que las costumbres de aspiración, aun los de fugaz permanencia, influyen directamente en el desarrollo de la oclusión, así como genera efectos indirectos debido a una permuta en el esquema de deglución, inclusive se piensa que existen esquemas musculares definidos que provocan maloclusiones puntualizadas.

Asimismo, debe considerarse que cuando los dientes deciduos son reemplazados por los permanentes, los músculos peribucales se establecen su funcionalidad y es habitual que las costumbres nocivas como la succión digital sea un factor de maloclusiones

La succión digital, genera las siguientes consecuencias: inclinación de los incisivos maxilares hacia adelante (Protrusión) acompañado con o sin presencia de diastemas, los incisivos mandibulares se inclinan hacia lingual (retro inclinación), se produce Mordida hendida en la parte anterior, de igual manera se ve prognatismo maxilar, Constricción del arcada maxilar (esto debido prioritariamente a la trabajo del musculo buccinador), Mordida invertida postrero, la Dimensión vertical esta acentuada

Según Vellini (19), en el tratamiento de la succión digital se puede seguir los siguientes pasos:

- Se debe hablar al menor con frases afines a su edad, los perjuicios que ocasionaría al continuar con el mal hábito y convencerlo a abandonar, o por lo menos a reducir la periodicidad
- Instalación de aparatología correctiva removible o fija (rejilla lingual)
- Ejercitar el tono de la musculatura perioral con una Terapia miofuncional.

c) Deglución Atípica

Cuando se deglute no hay participación de la musculatura facial.

Los recién nacido tienen la lengua relativamente grande y esta se encuentra en posición adelantada lo que le permite mamar. Llegado el sexto mes sus incisivos erupcionan y es cuando la lengua se retrotrae.

Versiani (20), señala que una deglución atípica requiere la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir. Por ello se le denomina lengua protráctil. Consecuentemente, el individuo requiere hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulse el alimento hacia la faringe.

Las consecuencias que genera la deglución atípica son:

Presencia de diastema en los dientes superoanterior; hipotonismo del labio superior; Labios incompetentes; el músculo borla del mentón se torna hipertónico; en zonas posterior y anterior presencia de Mordida hendida; Incisivos superiores protruidos.

En cuanto al tratamiento de este hábito nocivo se requiere terapia miofuncional. Hacer una serie de ejercicios para eliminar los esquemas neuromusculares generados por este hábito y tratar de fijar nuevos. Estos esquemas deben enfocarse en un patrón de deglución fisiológico normal, de manera que se rehabilite la posición y principalmente la actividad muscular en lengua, labios, carrillos y paladar blando. (21)

También se debe recurrir a dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional, debiendo utilizar preferentemente: Los destructores y los estimuladores,

Entre la tipología de deglución atípica se pueden diferenciar:

- deglución atípica con superposición de los labios:
- deglución con compresión atípica de la lengua: Esta tiene el Subtipo I y el II

d) Respiración bucal

Cuando se trata del hábito nocivo de respirar por la boca, este se denota por la aparición de mordida hendida, hipotonía del labio superior, resequedad de labios, cara alargada, paladar abombado; y los ángulos exteriores de los ojos generalmente se ven caídos.

La respiración oral se genera comúnmente por la obstrucción funcional o anatómica, cuando a nivel de fosas nasales existe la presencia de

un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. Esto se debe en algunos casos por la existencia de hipertrofia adenoidea, hipertrofia de los cornetes nasales, tabique nasal excéntrico, hinchazón de la membrana mucosa producida por infecciones o alergias. Esto necesariamente impiden la inspiración de aire por las fosas nasales, por lo que los individuos deben necesariamente realizar la respiración oral.

De otro lado, también la respiración oral o por la boca, se origina por hábitos perniciosos como secuela de obstáculos orgánicas que, aun con tratamiento efectivo y suprimidas, queda la secuela del hábito de respiración oral en la persona, convirtiéndose en una costumbre perniciosa.

Lugo (22) precisa las características faciales y dentarias de la respiración oral de la siguiente manera, el individuo presenta:

- La mandíbula presenta retrognatismo.
- Presencia de hipotonía de Labio superior y corto.
- Arco maxilar angosto, hipertonía del labio inferior.
- Síndrome de la cara larga
- Mordida entrecruzada ulterior.
- Protrusión de la maxila, Gingivitis crónica.
- Incompetencia labial,
Incisivos inferiores lingualizados y apiñados, Perfil convexo.

e) **Bruxismo**

Siguiendo a Bordoni (23), podemos precisar que bruxismo es una parasomnia que ocurre predominantemente durante el sueño.

Se constituye como un disturbio común en niños que se caracteriza por el rechinar y desgaste de dientes durante el período de sueño; este trastorno disminuye progresivamente por la edad.

Hay que tener muy presente que el bruxismo tiene factores desencadenantes tanto psicológicos como locales. Es un hábito nervioso que engloba sentimientos de ansiedad, rabia y agresividad.

Clínicamente el Bruxismo se manifiesta por: el aumento del tono muscular, la sensación de cansancio muscular al despertar, desgaste dental generalizado entre otros.

Para el tratamiento de este tipo nocivo de hábitos orales, previamente se hace necesario tratar medicamente al individuo en su parte emocional con técnicas como la acupuntura, homeopatía, técnicas de relajamiento, masajes faciales entre otros los mismo que coadyuvarán superarlo. Asimismo, debe efectuarse un estudio de oclusión y de requerirlo se utilizará un ajuste oclusal que permita eliminar cualquier interferencia. También puede usarse una placa de mordida con un expansor cuando el individuo presenta destrucción dentaria y subsiste dolor evidente.

2.2.2. Maloclusión dentaria

A. Definición.

Según lo expuesto por Proffit (24), puede sostenerse que la maloclusión dentaria es una afección del crecimiento normal de los dientes. Asimismo, plantea que los casos de alteración de la oclusión y anormalidad dentofacial se originan principalmente a una moderada distorsión del desarrollo normal de la dentadura de los seres humanos. Consecuentemente las maloclusiones no se deben exclusivamente a procesos patológicos.

En su momento, Ugalde (25), citando a Angle, manifiesta que la maloclusión es la perversión del crecimiento y desarrollo normal y adecuado de la dentadura.

Es así, que las maloclusiones sean resultado de interacciones de múltiples factores que influyen directa o indirectamente en la evolución y progreso dental, consecuentemente no sería viable considerar una sola causa etiológica determinada.

La modernidad cambiante acentúa la persistencia de la maloclusión dentaria, lo que puede explicarse por la disminución del uso actual del aparato masticatorio precisamente por la proliferación de excesiva blandura en los productos alimenticios. Debe entenderse también que, la etiología de las maloclusiones, no suelen ser factores determinados, sino que están agrupadas entre los que podemos diferenciar: genética, golpes, alteraciones del desarrollo, agentes verdaderos, dolencias sistémicas, locales, tumores, caries, costumbres, entre otros.

Entre las causas desencadenantes de maloclusiones dentarias pueden citarse a los siguientes:

- **Causas generales:** Desperfectos hereditarios; Medio ambiente, Inconvenientes nutricionales, costumbres de compresión anormal y yerros funcionales. compostura lesiones y peripecias.
- **Causas locales:** Oligodoncia dentaria; dientes hipernumerarios; Macro y microdoncia dental; Rarezas en la forma de los dientes; Anormalidad del frenillo labial, barreras mucosas; alteraciones en la erupción de los dientes; Ruta de brote anómalo; Anquilosis; Caries dental. Y Reconstrucciones dentales inadecuadas.

B) Clases de alteración de las oclusiones dentarias

Cuando se trata de establecer un diagnóstico en el campo de las ciencias estomatológicas es imprescindible tener en cuenta la clasificación de esta afección. La clasificación realizada por los especialistas del rubro, ha considerado las maloclusiones presentadas en los tres planos del espacio; es decir, anteroposterior,

vertical y transversal. Asimismo, debe tener muy en cuenta que las maloclusiones no únicamente afectan a las piezas dentarias, esta involucra a todo el sistema estomatognático, considerando al tejido muscular nervioso, el ligamento periodontal y al hueso alveolar.

B.1. Maloclusión anteroposterior

A pesar que Edward Angle propuso y presentó en 1899 la primera clasificación ortodóncica, la misma que es importante incluso hasta ahora. Ello por su sencillez y practicidad, ofreciendo una inmediata visión del tipo de oclusión presentada en el paciente. El investigador basa su clasificación en la inferencia de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición e incluso la referencia de la oclusión.

Angle para plasmar su clasificación los repartió en clases; a saber: I, II y III. Las que seguidamente pasamos a describirlas y explicarlas:

- a) **Clase I.-** Debe considerarse que en este grupo están incluidas, las maloclusiones en las que se determinan la existencia de una correspondencia posteroanterior normal entre ambas arcadas. Esta Clase I, se caracteriza por presentar las relaciones anteroposteriores normales de los maxilares y arcos dentales, señalada por una oclusión normal de los primeros molares.

Los labios actúan como un factor continuo y eficaz para mantener esta condición, funcionando con igual resultado en ambos arcos e impidiendo cualquier predominio de la lengua o predisposición innata por parte de la naturaleza hacia su auto corrección.

Es necesario incidir de generalmente los individuos muestran una silueta del rostro recto e incluso la armonía de las funciones de los músculos

periorales, la trituración y la lengua. Además, los aparatos óseos y neuromusculares se encuentran equilibrados. Presenta un perfil facial recto.

- b) **Clase II.-** Conocida igualmente como distoclucion. Esta clase fundamentalmente se caracteriza por presentar una relación distal o posterior de la arcada mandibular con respecto a la arcada maxilar: asumiendo a la cúspide mesiovestibular del primer molar maxilar como referencia, la cual la hendidura vestibular de la primera molar mandibular está situado por distal.

Angle diferencia divisiones en esta clase: El cual toma como referencia la posición de los incisivos, y los describe como sub división 1 y sub división 2.

Entonces la sub división 1 tiene el incremento del over bite y la inclinación hacia adelante de los incisivos superiores, como característica fundamental.

Por su lado, la sub división 2, se caracteriza por la presencia de incisivos superiores verticalizados o palatinizados. El over bite está disminuido, así como la corona de los incisivos maxilares, están inclinados hacia lingual.

Es importante precisar que ambas sub divisiones comparten un mismo rasgo: la primera molar mandibular se ubica hacia distal de la posición que le correspondería en una normoclusión. (26)

- c) **Clase III.-** Angle, expresa que en esta clase, la hendidura vestibular de la primera molar mandibular presenta una relación mesial o anterior con referencia a la cúspide mesiovestibular de la primera molar maxilar.

Consecuentemente, esta clase se identifica por tener una relación mesial de la arcada mandibular con afinidad a la superior. Entonces, por presentar mesialización hay una correlación extraña de los dientes anteriores por mordida cruzada anterior o contacto borde a borde en casos más ligeros.

También, se considera en esta Clase III a las verdaderas y las falsas o pseudoprognosis.

- C-III verdaderas, cuando el maxilar inferior es magno y la maxila, chico. La incongruencia de la plataforma ósea se considera como el principio tipográfico de las oclusiones alteradas. Entonces se puede asumir que esta clase III verdadera se convierte en una displasia ósea genuina.
- C-III pseudoprognosis, En esta clase, la retroinclinación de los incisivos mandibulares entorpecen en el contacto oclusal funcional y por tanto obliga a los cóndilos a dirigirse hacia adelante con el objeto de establecer una oclusión máxima o habitual. Su característica básica es la proyección funcional hacia adelante durante el cierre oclusal de la mandíbula.

B.2. Maloclusiones verticales

Esta clase de maloclusión se genera por alteraciones en la dimensión vertical del plano en el espacio. Así se puede enumerar la mordida hendida y la profunda.

➤ **Mordida abierta**

En este tipo de maloclusión, se caracteriza por que algunos dientes no llegan al plano de oclusión y no se verifica por tanto el contacto con los antagonistas.

Comúnmente se precisa que la mordida hendida, es cuando uno o más dientes no llegan a la línea de oclusión y no presentan contacto con los opuestos.

Debemos especificar que muchas escuelas de estomatología emiten conceptos sobre mordida abierta, las mismas que varían notoriamente. Es así que, para algunos es el acortamiento del nivel de sobremordida o resalte vertical normal; al contrario, otros dicen que es el contacto filo a filo (bis a bis) o una apertura definida entre los dientes anteriores.

Debemos afirmar que la mordida hendida responde a una ausencia de relación indiscutible entre las piezas superiores e inferiores que se manifiesta al nivel de los incisivos o de las piezas posteriores de los maxilares. Es la presencia de una apertura interdientaria en el momento del cierre oclusal la que en última instancia, define a la mordida abierta.

Cuando nos referimos a las características faciales de una mordida abierta, se señalan las siguientes: hipodivergente, cara ancha y cuadrada, labios competentes, tercio inferior reducido, los labios están retruídos, como sostiene, Canut (27)

➤ **Mordida profunda**

Se debe tener en cuenta que el término de sobremordida profunda se refiere a la forma demasiado exagerada en que los incisivos superiores cubren verticalmente los incisivos inferiores.

Es así que se define a este tipo de maloclusión, como el cubrimiento de los dientes anteriores maxilares sobre los mandibulares en el plano vertical.

Sin embargo, en el argot odontológico puede admitirse que, medidas superiores a 4 mm de sobremordida o el cubrimiento vertical en más de un

tercio de la dimensión vertical de la corona clínica de los incisivos mandibulares, constituye una mordida profunda.

b.3. Maloclusiones Transversales

En este tipo de maloclusión se presenta el resalte posterior puesto que los dientes superiores desbordan a los inferiores. Se verifican tanto en el plano horizontal como en el transversal, verificándose que las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares tanto superiores como inferiores.

Así pues, existe un resalte posterior, ya que los dientes superiores desbordan a los inferiores. Se verifica la existencia de dos tipos de anomalías transversales: la mordida cruzada posterior y mordida en tijera.

➤ Mordida cruzada posterior

Se denomina mordida cruzada posterior, si se verifica que las cúspides vestibulares de las premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores.

De otro lado, los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores. Se le conoce también como mordida cruzada lingual.

➤ Mordida en tijera

Este tipo de maloclusión transversal, se verifica al observar que las caras palatinas de los molares y premolares superiores están en contacto con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Canut (27), sostiene que también puede llamarse a esta anomalía oclusión cruzada vestibular o bucal.

2.3. Marco Conceptual (de las variables y dimensiones)

2.3.1. Hábitos: La literatura especializada indica que un hábito, en la persona, es el modo especial de proceder o conducirse, adquirido por la repetición de actos iguales o semejantes originados por tendencia instintiva. El hábito es una costumbre que inicialmente es consciente y con el tiempo se hace inconsciente.

2.3.2. Hábitos Bucales: Se conceptúa como acciones involuntarias, repetitivas y permanentes en el tiempo y que pueden ser suprimidas por mecanismos de reeducación. Estos hábitos suelen provocar una acción mecánica dando lugar a deformaciones que modifican la posición dental e incluso una interferencia en el crecimiento de los dientes.

2.3.3. Hábitos Bucales: Se conceptúa como acciones involuntarias, repetitivas y permanentes en el tiempo y que pueden ser suprimidas por mecanismos de reeducación. Estos hábitos suelen provocar una acción mecánica dando lugar a deformaciones que modifican la posición dental e incluso una interferencia en el crecimiento de los dientes. (28)

2.3.4. Hábitos bucales beneficiosos o funcionales que son aquellos que benefician y estimulan el desarrollo de una función con su práctica, tales como: la masticación, la deglución y la respiración normal.

2.3.5. Hábitos bucales perjudiciales o perniciosos

Este tipo de hábito pernicioso, sale del contexto de la normalidad; que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, estos actos son el principal factor de las maloclusiones o alteraciones en el desarrollo y crecimiento buco-maxilo-facial del niño y del adolescente, principalmente pudiendo causar un efecto negativo en su lenguaje, desarrollo físico y emocional.

2.3.6. Maloclusión dentaria

La maloclusión dentaria es una afección del crecimiento normal de los dientes. Los casos de maloclusión y deformidad dentofacial se deben principalmente a una moderada distorsión del desarrollo normal de la dentadura de los seres humanos. Consecuentemente las maloclusiones no se deben exclusivamente a procesos patológicos. La maloclusión es la perversión del crecimiento y desarrollo normal y adecuado de la dentadura. Son el resultado de interacciones de múltiples factores que influyen directa o indirectamente en el crecimiento y desarrollo dental.

Maloclusión anteroposterior: es la clasificación de Angle; nos da la posición del primer molar superior permanente como punto fijo de referencia. También se incluyen aquí el resalte aumentado y la mordida cruzada anterior.

Maloclusión vertical: este término se utiliza para describir mordida abierta y mordida profunda.

Maloclusión transversal: El término tipo se utiliza para describir diversos tipos de mordidas cruzadas y de mordida en tijera.

III. HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

Existe relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.

3.2. Hipótesis específicas

- a) Existe relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana por sexo en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.
- b) Existe relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna
- c) Existe relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias verticales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna
- d) Existe relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias transversales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.

3.3. Variables (definición conceptual y operacional)

3.3.1 Variable Independiente: Hábitos bucales nocivos

Definición conceptual

Se considera el mayor factor etiológico causante de alteraciones oclusales o anomalías dentoalveolares, los cuales alcanzan trastornar el desarrollo normal del sistema estomatológico y originar una inestabilidad marcada entre las fibras de los

músculos bucales y peribucales, esto conlleva posteriormente a una desproporción ósea que tiene mayor o menor consecuencia de acuerdo a la edad en que empieza la costumbre, ya que el hueso tiene una capacidad de moldearse elevada. (1)

Definición Operacional

Para la determinación de los hábitos bucales no fisiológicos se utilizará un cuestionario, el cual se aplicará a los padres, para saber si sus hijos han padecido algunas alteraciones.

3.2.2 Variable Dependiente: Maloclusiones dentarias

Definición conceptual

Las malposiciones dentarias, según Angle es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura (29).

Definición Operacional

Las malposiciones dentarias serán medidas según la clasificación de Angle, en una ficha clínica donde describiremos las categorías que presente el alumno, en tres categorías básicas clase I, II y III.

3.2.3 Variable Interviniente: Sexo

Definición Conceptual

Conjunto de características que dividen a las personas en varones y mujeres.

Definición Operacional:

La variable sexo es un cúmulo de particularidades físicas, biológicas y fisiológicas de un individuo, que será estudiado en la ficha de recolección de datos.

3.2.4 Operacionalización de Variables.

Se adjunta la Tabla correspondiente al final, en la sección Anexos.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación.

Para la realización del trabajo de tesis, se utilizó, el método científico como método general y el método inductivo-deductivo (método específico), que mide dos o más variables y luego determinar la relación que hay entre ambas, la cual se medirá por un coeficiente de correlación. (29)

4.2. Tipo de Investigación.

Reverenciando los juicios mostrados por Hernández, Fernández y Baptista (29), de acuerdo a su finalidad, la investigación fue de tipo básica, pues ésta se fundamenta en un argumento teórico y su intención principal es desarrollar una teoría.

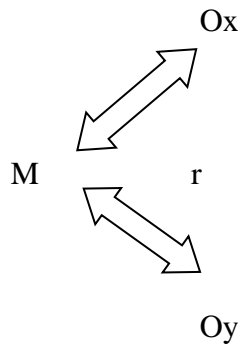
4.3. Nivel de Investigación.

El estudio tiene un nivel relacional, ya que, por intermedio de esta pretendemos establecer si existe algún tipo de relación entre nuestras variables de estudio. Después de realizar las evaluaciones a los estudiantes, indicando la razón de lo encontrado, comparándolas con las contestaciones al interrogatorio realizado a los padres. Conforme a lo manifestado por Hernández, Fernández y Baptista (29).

4.4. Diseño de investigación.

El presente trabajo de investigación presenta un diseño Correlacional, pues tiene el objetivo de evaluar el nivel de relación que hay entre ambas variables, lo manifestado concuerda con los conceptos vertidos por Hernández (29) acerca de estudios correlacionales.

Su representación gráfica es:



Donde:

M: Muestra.

O_x: Observaciones de la variable independiente. **Hábitos bucales nocivos**

O_y: Observaciones de la variable dependiente. **Maloclusiones dentarias**

r: Posible relación existente entre las variables estudiadas.

4.5. Población y Muestra

4.5.1. Población.

La población de la investigación lo conforman 150 estudiantes de 12 a 14 años inscritos en la Institución Educativa motivo del estudio en el 2020 y sus padres de familia

4.5.2. Muestra.

La muestra estuvo conformada por 150 estudiantes de 12 a 14 años de edad inscritos en la Institución Educativa motivo del estudio en el 2020, y sus padres; es así que como es igual a la población el estudio se constituye en un estudio Censal.

4.5.3. Muestreo

La técnica de muestreo que se aplicó en el presente estudio fue No probabilística por conveniencia, ya que la selección de la misma no obedece a la posibilidad sino del beneficio del investigador.

4.5.4. Criterios de Inclusión.

- Estudiantes de 12 a 14 años inscritos en la Institución Educativa motivo del estudio en el 2020 y sus padres de familia
- Padres de estudiantes de 12 a 14 años inscritos en la Institución Educativa motivo del estudio en el 2020.

4.5.5 Criterios de Exclusión.

- Estudiantes sin matrícula en la Institución Educativa motivo del estudio en el 2020.
- Estudiantes de otras edades inscritos en la Institución Educativa motivo del estudio en el 2020.
- Padres de estudiantes no inscritos en la Institución Educativa motivo del estudio en el 2020.
- Educandos cuyos padres no firmaron el asentimiento Informado.

4.6. Técnicas e instrumentos de Recolección de datos.

4.6.1. Procedimiento de Recolección de Datos.

Por la presencia de la pandemia que viene azotando nuestro país, en la cual el gobierno central a dispuesto **LA EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL**, suspendiendo las labores académicas presenciales en las instituciones educativas en todas sus modalidades; la recolección de los datos siguió el siguiente esquema:

1° Comunicación virtual con la dirección de la Institución Educativa San Francisco de Asís del distrito de Orcotuna- Concepción en el 2020, pidiendo

autorización para realizar el proyecto de investigación, explicándole la modalidad y los cuidados sanitarios que se emplearan para evitar el contagio por parte de los investigadores, los investigados y sus familias; respetando las disposiciones emitidas por las autoridades.

2° También se solicitó la relación de alumnos matriculados en el año 2020, así como la base de sus datos (domicilio, teléfono, email y otros que sea necesaria para la comunicación virtual)

3° Una vez aceptada la solicitud y recibida la base de datos de los alumnos, nos comunicamos con los padres de familia vía telefónica o email según fue el caso, explicándoles el motivo de nuestra comunicación, en la cual detallamos la realización de nuestro proyecto de investigación y los cuidados sanitarios que utilizaremos para la recolección de los datos en sus domicilios, para evitar posibles contagios.

4° A los padres de familia que aceptaron la participación de su menor hijo, se les envió virtualmente el formato de asentimiento informado, el cual firmaron en señal de aceptación; también se les envió el procedimiento que utilizaremos para la recolección de los datos de los estudiantes, que detallamos a continuación:

a) Se programó virtualmente la visita domiciliaria de cada estudiante, se coordinó con los padres un ambiente para acondicionarlo y poder realizar el examen clínico.

b) Llegamos al domicilio del alumno a la hora programada, para hacer la recolección de los datos que consistió en realizar un examen clínico de rutina.

c) Acondicionamos el ambiente proporcionado por los padres para la recolección de datos, con insumos, materiales e instrumentos completamente esterilizados (protector facial, mascarillas, guantes, cofias, mandiles descartables, alcohol, gafas y otros que permitieron la protección completa de los investigadores y del investigado y toda su familia, guardando los protocolos emitidos por las autoridades sanitarias.

d) Una vez instalados los insumos y materiales de bioseguridad en los investigadores y en el investigado, pasamos a realizar el examen clínico que constó en la observación de la cavidad bucal con espejos bucales y exploradores y anotando las características encontradas en cada alumno.

- e) El examen clínico duró 20 minutos.
 - f) Luego de realizar la recolección de los datos, nos despedimos del alumno y sus familiares, siempre respetando los protocolos de salubridad.
- 5° En cuanto a la obtención de información de los padres de familia de sus menores hijos, se les envió virtualmente un cuestionario, que lo rellenaron y devolvieron por el mismo medio.

4.6.2. Técnicas e instrumentos de investigación.

Conceptualmente se considera que los instrumentos de medición son patrones de registro y comparación de datos que miden dimensiones, es por ello describimos cómo se realizaremos la validez, y confiabilidad de los instrumentos que aplicamos para la recolección de datos.

Al respecto debemos precisar que la validez de un instrumento es la idoneidad que tiene el instrumento para medir lo que pretende medir; en otras palabras, la validez es una cualidad que consiste en que las pruebas midan lo que debe medir, o sea las pruebas deben medir las características específicas de las variables para las cuales fueron diseñadas. Para proseguir con la ejecución de nuestro proyecto de investigación se recurrió a la validación *por juicio de expertos*, que calificaron el instrumento de acuerdo a criterios que se establecen en su cuadro de calificación del instrumento de medición. Los expertos desde ya, contaban con una amplia experiencia en estos menesteres. De otro lado, para la fiabilidad del instrumento que se usó en el proceso de acopio de datos, se empleó el coeficiente estadístico de *Alpha de Cronbach* mediante el cual se demostró la capacidad del instrumento de tener el mismo resultado en evaluaciones similares, en donde si los valores hallado son menores a 0,3 nos estarán indicado que el instrumento es nada confiable. Si en cambio los valores están entre 0,3 a 0,6 serán

poco confiables; de 0,6 a 0,8 indica confiable y valores mayores de 0,8 nos estará indicando que el instrumento es muy confiable.

En consecuencia, cabe señalar que la forma de evaluar nuestras variables fue a través de los siguientes instrumentos:

- a) Para los padres. - Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario que estuvo conformada por 21 interrogantes con respuestas dicotómicas de **SI** y **NO**. Estas preguntas tratan de obtener indicios sobre los hábitos bucales nocivos que percibían en sus hijos, información válida que nos permitió relacionarlas con las maloclusiones que presentan dichos escolares. El formulario de encuesta se adjunta en la sección anexos. Es importante remarcar que, por estar soportando la emergencia sanitaria por el Covid-19 a nivel nacional, se aplicó este cuestionario en forma virtual, y siguiendo en forma responsables los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud.
- b) Para la obtención de información sobre Maloclusiones dentarias de los estudiantes se usó como técnica la observación y como instrumento se utilizó la Ficha de Examen Clínico a través del cual se acopió los resultados de los exámenes clínicos correspondientes. Esta Ficha contiene la información general de los alumnos considerados en la muestra de estudio y se tomaron datos sobre las clases de maloclusiones que presentan, teniendo en cuenta las Clase y/o divisiones I, II (Div. 1,2) y clase III. Asimismo, se examinó la situación sobre mordida horizontal, mordida vertical, mordida abierta, mordida cruzada, mordida en tijera, espaciamiento apiñamiento, desviación línea media, biotipo facial, tono de musculatura, forma del arco, paladar, lengua, amígdalas, salud en general, tejido gingival, uñas y facetas de

desgaste. Estos datos nos permitieron establecer las relaciones que existían entre las variables en estudio. El modelo de Ficha Clínica también se adjunta al final en la sección anexos.

4.7. Técnicas de Procesamiento y análisis de datos

En el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v26 de IBM en español que nos permitió el análisis estadístico descriptivo como el análisis bivariado, para determinar la independencia de las variables contrastando la hipótesis mediante la prueba no paramétrica de Chi cuadrado con un nivel de significancia de $\alpha= 0.05$.

4.9. Aspectos éticos.

4.9.1 Consentimiento informado.

Primeramente, se envió virtualmente el consentimiento informado a los padres de familia y el de asentimiento correspondiente de los estudiantes integrantes de la muestra de estudio. Esto con la finalidad de realizar el examen clínico a los estudiantes conformantes de la muestra en estudio.

4.9.2 Protección de los Derechos Humanos.

Por la naturaleza y característica del estudio, éste no transgredió de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas fichas clínicas fueron revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permaneció en absoluta reserva. En suma, se respetó los derechos fundamentales de las personas tal como lo ordena nuestra LEY DE LEYES.

4.9.3 Ética de Investigación conforme al Reglamento General de Investigación (Capítulo IV) – UPLA.

Durante el proceso de ejecución de nuestro proyecto de investigación, se dio el correcto cumplimiento en nuestra actividad investigativa de lo establecido en los principios y normas que rigen la actividad investigativa y el comportamiento ético de quienes investigan.

A) La protección y respeto:

- A los padres de familia y niños estudiantes por ser personas humanas protegidas constitucionalmente en sus derechos fundamentales (Art. 27, literal a.).
- Al medioambiente y a la biodiversidad evitando acciones lesivas a éstas. (Art. 27 numeral d.).
- A las normas institucionales, nacionales e internacionales que regulen la investigación, como las que velan por la protección de los sujetos humanos, sujetos animales y la protección del medio ambiente (Art. 28 numeral g.)
- Al reporte de los hallazgos y resultados de manera abierta, completa y oportuna a la comunidad científica y población interesada. (Art. 28, numeral e.)

B) Responsabilidad:

- Como graduandos, actuamos con responsabilidad en cuanto a la pertinencia, alcances y repercusiones de la investigación a nivel individual y social. (Art. 27, numeral e.)
- Asumimos en todo momento la responsabilidad de la investigación estando advertidos de las consecuencias individuales, sociales y académicas que se deriven. (Art. 28, numeral c.)

C) Veracidad, consentimiento, beneficencia y originalidad:

- Como graduandos garantizamos, en todo momento, la veracidad de nuestra investigación en todas sus etapas conforme a la estructura presentada. (Art. 27, numeral f.)
- También consideramos el consentimiento informado y expreso en el uso de la información para los fines específicos establecidos en nuestro proyecto a realizar (Art. 27, numeral b.)
- Asumimos el compromiso de asegurar el bienestar e integridad de las personas que participen directa o indirectamente en la investigación que proponemos. (Art. 27, numeral c.)
- Se ejecutó la investigación en forma original y coherente con las líneas de investigación: Salud y gestión de la Salud de la Facultad de ciencias de la salud- Escuela académico Profesional de Odontología - UPLA. (Art. 28. Numeral a.)

D) Conflictos de intereses, publicaciones científicas y subvenciones.

- Declaramos no tener conflictos de intereses como autores con los evaluadores y el asesor. (Art. 28, numeral h.)
- Evitamos incurrir en las siguientes faltas deontológicas: Inventar datos con fines de tergiversar los resultados de nuestra investigación; o plagiar otras publicaciones; incluir como autores a personas que no hayan intervenido en el diseño y realización de la investigación, publicar repetitivamente los mismos resultados hallados. (Art. 28, numeral i.)

E) Publicación de nuestro trabajo de investigación.

- Nos comprometemos bajo declaración jurada, que publicaremos nuestro trabajo de investigación concluido y sustentado, en

estricto cumplimiento del Reglamento de Propiedad Intelectual de la UPLA y normatividad relativa a los derechos de autor vigentes. (Art. 28, numeral k.)

V RESULTADOS

5.1 Descripción de Resultados

TABLA 1

Hábitos Bucales Nocivos en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio.

Tipo de Hábitos Nocivos	No presenta		Presenta	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Deglución Atípica	147	98.0	3	2.0
Succión digital	120	80.0	30	20.0
Succión del labio	141	94.0	9	6.0
Respiración bucal	135	90.0	15	10.0
Onicofagia	119	73.3	31	26.7
Bruxismo	132	88.0	18	12.0

Fuente: Encuesta Aplicada.

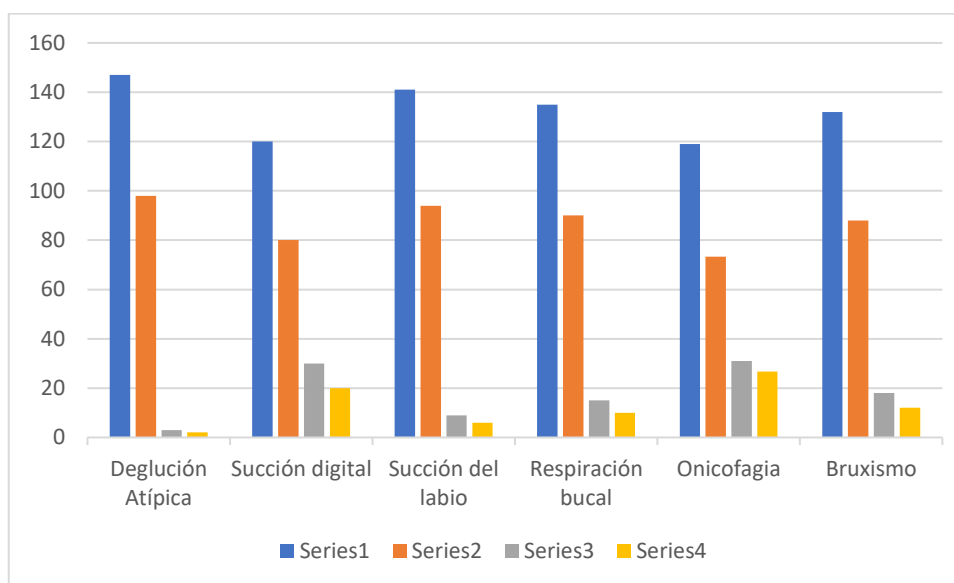


Figura 1: Hábitos Bucales Nocivos en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio.

En la Tabla 1 se denota que la Onicofagia es el hábito bucal nocivo más prevalente con un 26.7%. Las demás prácticas de hábitos deletéreos, muestran porcentajes no significativos. Siendo los más bajos, la deglución atípica, la succión de labio, así como la respiración bucal.

TABLA 2

Malposiciones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio

Clase de Malposición Dentaria Anteroposterior	Frecuencia	porcentaje
CLASE I	109	70.67
CLASE II - DIVISIÓN 1	29	21.33
CLASE II - DIVISION 2	2	1.30
CLASE III	10	6.70
TOTAL	150	100.0

Fuente: Encuesta Aplicada.

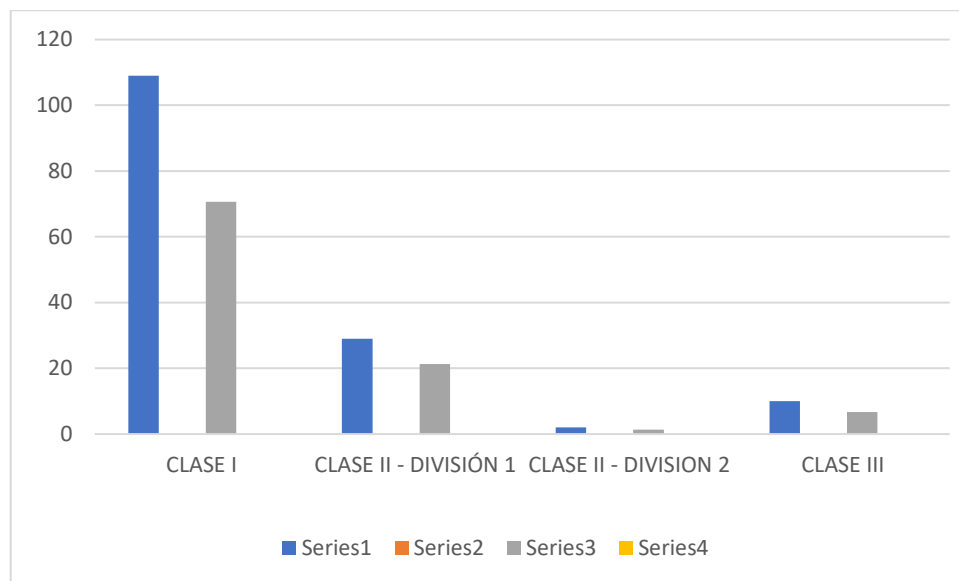


Figura 2: Malposiciones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio

En la Tabla 2, se aprecia que, la malposición dentaria presente en los niños examinados con más frecuencia, se fija en la clase I, con un 70.67%. En segunda proporción se halla en la Clase II división 1, con un 21.33%, le sigue la Clase III, con un 6.70% y finalmente la Clase II división 2 con un 1.30%.

TABLA 3

Malposiciones dentarias verticales en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio

Clase de Malposición Dentaria Vertical	PRESENTE		AUSENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mordida Abierta Anterior	9	6.0	141	94.0
Mordida Profunda	49	32.7	101	67.3

Fuente: Encuesta Aplicada.

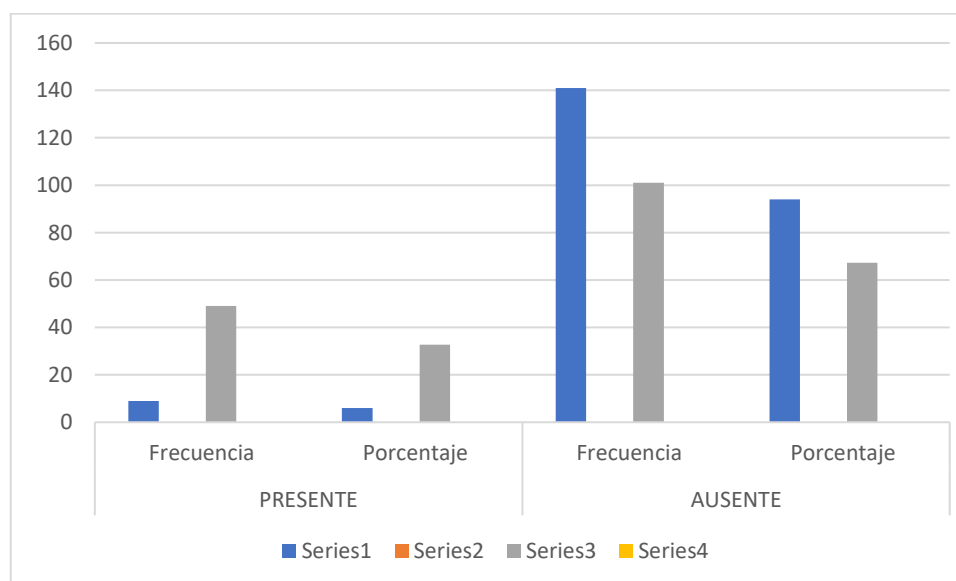


Figura 3: Malposiciones dentarias verticales en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio

La Tabla 3, muestra que, del total de niños, la mordida profunda es la que prevalece en la malposición dentaria examinada con un 32.7% y un porcentaje de 6.0 se hallan los niños que presentan mordida abierta anterior.

TABLA 4

Malposiciones Dentarias Transversales en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio.

Clase de Malposición Dentaria Transversal	PRESENTE		AUSENTE	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mordida Cruzada posterior	1	0.7	149	99.3
Mordida en Tijera unilateral	2	1.3	148	98.7

Fuente: Encuesta Aplicada.

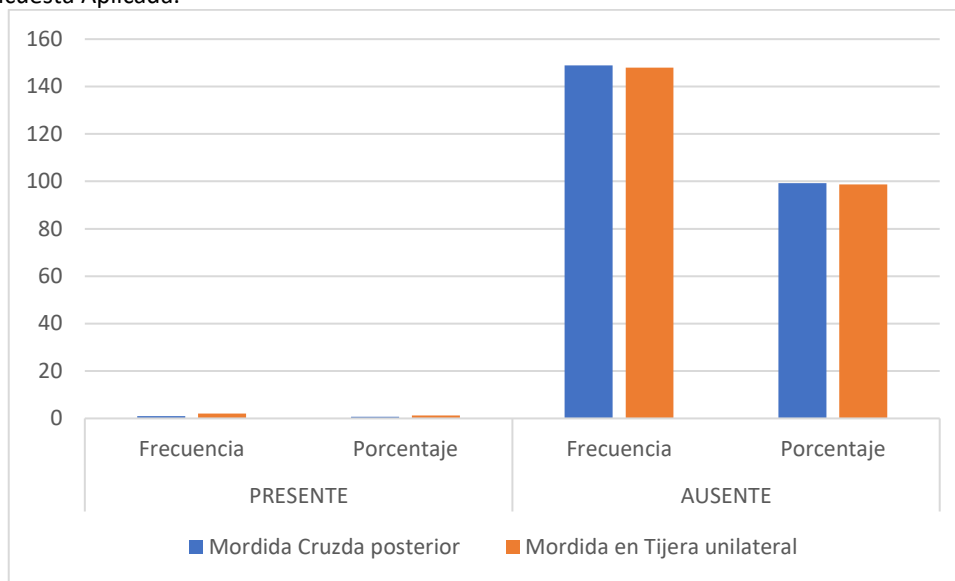


Figura 4: Malposiciones Dentarias Transversales en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio.

La Tabla 4, nos muestra que se halló un caso de mordida cruzada anterior verificando un 0,7 % de la muestra de niños considerada. También se encontró dos casos (1.3%) de mordida en tijera unilateral.

TABLA 5 Malposiciones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio

Clase de Malposición Dentaria Anteroposterior	FEMENINO		MASCULINO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
CLASE I	55	36.7	54	36.0
CLASE II - DIVISIÓN 1	15	10.0	14	9.3
CLASE II - DIVISION 2	1	0.7	1	0.7
CLASE III	5	3.3	5	3.3
TOTAL	76	50.7	74	49.3

Fuente: Encuesta Aplicada.

La Tabla 5, nos muestra datos referentes a la presencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores, en dicha tabla se puede advertir que, según el sexo, la prevalencia es casi similar entre hombres y mujeres en la Clase I con porcentajes de 36.7 y 36.0 respectivamente; con menor incidencia en la clase II división 1, con porcentajes de 10.0 para mujeres y 9.3 para hombres. La prueba Exacta de Fisher determina la inexistencia de diferencia estadísticamente significativa con un $p= 1$

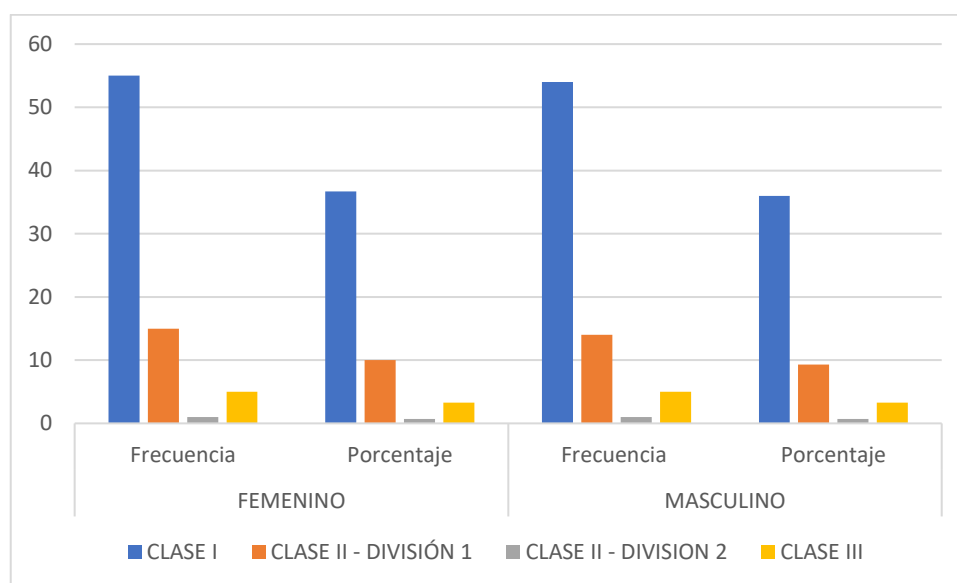


Figura 5 Malposiciones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio

TABLA 6
Malposiciones Dentarias Verticales en niños incluidos en la muestra de estudio según sexo.

Clase de Malposición Dentaria vertical	FEMENINO				MASCULINO				Valor p
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Mordida Abierta	5	3.3	71	47.3	4	2.7	70	46.7	1*
Mordida Profunda	25	16.7	51	34.0	24	16.0	50	33.3	0.752**

Fuente: Encuesta Aplica

* Prueba exacta de Fisher
** Prueba de chi cuadrado.

La Tabla 6, agrupa datos referentes a las malposiciones dentarias verticales encontradas en niños de la muestra examinada según sexo, no hallándose diferencia estadísticamente significativa entre ellos en cuanto a la mordida abierta con un $p = 1$ ni en la mordida profunda con un $p = 0,752$.

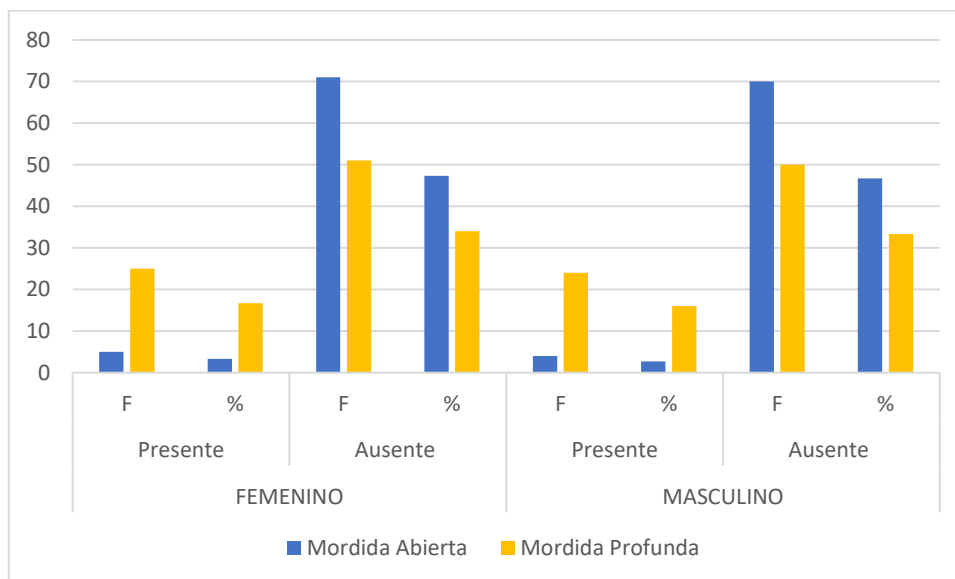


Figura 6: Malposiciones Dentarias Verticales en niños incluidos en la muestra de estudio según sexo.

TABLA 7

Malposiciones dentarias verticales transversales en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio, según sexo.

Clase de Malposición Dentaria Transversal	FEMENINO				MASCULINO				Valor p
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Mordida Cruzada posterior	1	0.7	75	50,0	0	0	74	49.7	0.847*
Mordida en Tijera Unilateral	1	0.7	75	50,0	1	0.7	73	48.6	1**

Fuente; Encuesta aplicada

* Prueba exacta de Fisher.

** Prueba de chi cuadrado.

E la Tabla 7, se exponen los datos que verifican la presencia de malposiciones dentarias transversales. Se denota la presencia de un caso de mordida cruzada posterior, en las niñas (0.7%) y ausencia total de mordida cruzada posterior en los niños. En cuanto a la mordida en tijera unilateral se verificó la presencia de un caso para cada sexo. La información determina que, tampoco se encontró diferencias estadísticas entre ambos sexos.

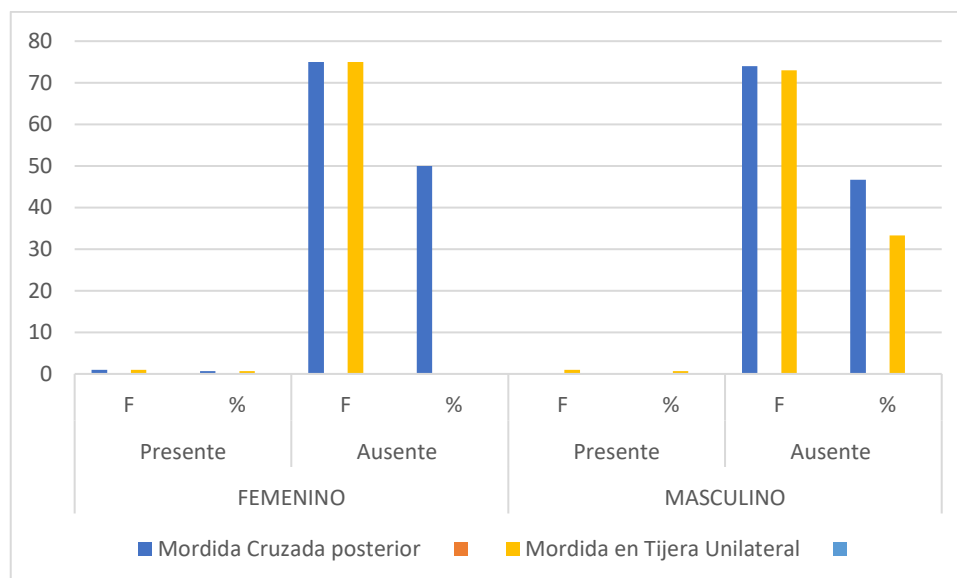


Figura 7: Malposiciones dentarias verticales transversales en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio, según sexo.

TABLA 8

Asociación de Hábitos bucales nocivos con malposición dentaria anteroposterior en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio.

Hábitos bucales Nocivos	MALPOSICION DENTARIA ANTEROPOSTERIOR												Valor p*
	CLASE I				CLASE II				CLASE III				
	No presenta		Presenta		No presenta		Presenta		No presenta		Presenta		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Deglución atípica	108	71.9	1	0.7	30	20.0	1	0.7	9	6.0	1	0.7	0.489
Succión digital	95	63.2	16	10.7	15	10.0	13	8.7	10	6.7	1	0.7	<0.001
Succión del labio	110	73.4	0	0.0	29	19.3	2	1.3	9	6.0	0	0.0	0.286
Respiración bucal	105	70.0	2	1.4	26	17.2	1	0.7	15	10.0	1	0.7	0.352
Onicofagia	85	56.7	26	17.2	15	10.0	12	8.0	10	6.7	2	1.4	0.966
Bruxismo	90	60.0	15	10.0	25	16.6	2	1.4	17	11.3	1	0.7	0.305

Fuente: Encuesta aplicada

* Prueba exacta de Fisher.

La Tabla 8, agrupa datos relativos a la asociación de los hábitos bucales nocivos con las malposiciones dentarias anteroposteriores en la muestra de niños estudiados. Luego, podemos afirmar que subsiste una asociación significativa del hábito bucal nocivo: succión digital con malposición dentaria Clase II con un valor de $p < 0.001$.

TABLA 9

Asociación de Hábitos bucales nocivos con Mordida Abierta Anterior en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio

Hábitos bucales Nocivos	Mordida Abierta Anterior				Valor p*
	Presente		Ausente		
	F	%	F	%	
Deglución Atípica					
No presenta	6	4.0	141	94.0	0,003
Presenta	3	2.0	0	0.0	
Succión digital					
No presenta	2	1.3	118	78.7	<0,001
Presenta	7	4.7	23	15.3	
Succión del labio					
No presenta	9	6.0	132	88.0	1
Presenta	0	0.0	9	6.0	
Respiración bucal					
No presenta	7	4.7	128	85.3	1
Presenta	2	1.3	13	8.7	
Onicofagia					
No presenta	7	4.7	113	75.3	1
Presenta	2	1.3	28	18.7	
Bruxismo					
No presenta	9	6.0	125	83.3	0.531
Presenta	0	0.0	16	10.7	

Fuente: Encuesta aplicada.

* Prueba exacta de Fisher.

En la Tabla 9, se muestran los datos recogidos después del examen clínico practicado a los niños conformantes de la muestra de estudio; verificando que, la deglución atípica, así como la digital, mantienen niveles de asociación con la mordida abierta anterior con valores de 0,003 y < que 0,001 respectivamente, según la prueba exacta de Fisher.

TABLA 10

Asociación de Hábitos bucales nocivos con mordida profunda en adolescentes en su etapa temprana incluidos en la muestra de estudio

Hábitos bucales Nocivos	Mordida profunda				Valor p*
	Presente		Ausente		
	F	%	F	%	
Deglución Atípica					
No presenta	46	30.7	101	67.3	1*
Presenta	0	0.0	3	2.0	
Succión digital					
No presenta	38	25.3	82	54.7	0.861**
Presenta	8	5.3	22	14.7	
Succión del labio					
No presenta	45	30.0	86	57.3	0.301
Presenta	1	0.7	18	12.0	
Respiración bucal					
No presenta	44	29.3	91	60.6	0.754**
Presenta	2	1.4	13	8.7	
Onicofagia					
No presenta	35	23.3	84	56.0	0.699**
Presenta	11	7.4	20	13.3	
Bruxismo					
No presenta	38	25.3	94	62.7	0.199**
Presenta	8	5.3	10	6.7	

Fuente: Encuesta Aplicada

* Prueba exacta de Fisher.

**Prueba de Chi cuadrado

En la Tabla 10, se adjuntan los resultados de la comparación de la Mordida Profunda con los seis hábitos bucales nocivos que consideramos en nuestra investigación, no se encontró diferencias estadísticas significativas, acordes con los valores de p, que se precisan en esta Tabla, que comentamos.

TABLA 11: Asociación de Hábitos bucales nocivos con mordida en Tijera Unilateral en *adolescentes en su etapa temprana* incluidos en la muestra de estudio.

Hábitos bucales Nocivos	mordida tijera unilateral				Valor p*
	Presente		Ausente		
	F	%	F	%	
Deglución Atípica					
No presenta	1	0.7	146	97.3	1
Presenta	0	0.0	3	2.0	
Succión digital					
No presenta	0	0.0	120	80.0	0.197
Presenta	1	0.7	29	19.3	
Succión del labio					
No presenta	1	0.7	140	93.3	1
Presenta	0	0.0	9	6.0	
Respiración bucal					
No presenta	1	0.7	134	89.3	0.354
Presenta	0	0.0	15	10.0	
Onicofagia					
No presenta	0	0.0	119	79.3	0.293
Presenta	1	0.7	30	20.0	
Bruxismo					
No presenta	0	0.0	131	87.3	1
Presenta	1	0.7	18	12.0	

Fuente: Encuesta aplicada

* Prueba exacta de Fisher.

En la Tabla 11, se engloban datos respecto a los niños examinados, en cuanto a la asociación de sus hábitos bucales nocivos que practican, con Mordida en Tijera unilateral. Se establece que, existen dos casos que se relacionan a la succión digital y a la onicofagia; empero las pruebas de Fisher; demuestran que no hay diferencias estadísticamente significativas con valores de $p = 0.197$ y $p = 0.293$ respectivamente.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cabe precisar que en general la literatura odontológica, considera que el periodo en el que la dentición temporal es renovada por la definitiva, es el momento cuando la función de los músculos periorales se establece; en consecuencia, con frecuencia los hábitos orales durante este episodio se constituyen como contingencias de malposición. Se debe remarcar que, la aparición de un hábito oral, decididamente tiene efectos muy marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo e inclusive en la dentición del paciente adolescentes en su etapa temprana. (28)

Asimismo, debe tenerse en cuenta que la valoración de conductas relativas a los hábitos bucales nocivos, considera una evaluación integral en sí misma y de la presencia o presunción de repercusiones sobre la salud bucodental. De la misma manera, subsiste la necesidad de implementar tratamientos en forma precoz interoceptivo que minimice o enmiende las afectaciones locales y/o generales de los referidos hábitos orales nocivos.

Respecto a la temática de investigación, Ghafournia M. et al. (21) en un trabajo de investigación no hallaron asociación estadísticamente significativa de la mordida cruzada posterior y los hábitos bucales nocivos, estos datos se enlazan y concuerda con los datos hallados en nuestro estudio. De otro lado, Versiani G. et. al. (20). En investigación efectuada, no hallaron asociación significativa entre el bruxismo y las malposiciones Clase I, clase II y Clase III; este hallazgo concuerda con lo establecido en nuestra investigación, puesto que no verificamos la subsistencia de asociación entre los hábitos bucales nocivos con la malposición dentaria anteroposterior con un valor de $p=0.3050$.

En un estudio efectuado por Aguilar M et. al. (26) determinaron que la onicofagia (44%) es el hábito más frecuente, seguido por la respiración bucal (37.2%) y en tercer lugar la succión digital (3.9%), también en una investigación realizada por Murrieta-Pruneda J. et. al. (30),

tuvieron como resultados que la onicofagia es el hábito nocivo que con más frecuencia presentaban los niños (35%), en segundo lugar se ubicó la respiración bucal (9.5%) y luego la succión digital (8.5%). Cabe precisar que, esta información relevada, coinciden con los hallados en nuestra investigación, en el que la onicofagia como el hábito de mayor frecuencia (26.7%), seguido de la succión digital (18.2%) y en tercer lugar el bruxismo en (12.3%). Al respecto, puede explicarse que el referido hábito haya sido el de mayor prevalencia debido a la circunstancia de ser una forma habitual oral, que en su práctica es bastante disimulable, razón por la cual es muy difícil su erradicación. Además, se sabe que en edad escolar, los niños practican este hábito, generado por desajustes sociales y/o psicológicos. Empero, en investigación efectuada por Bhayya D., et al. (31) y Urrieta E. et al. (2), hallaron que, la interposición lingual y la respiración bucal fueron los hábitos bucales más prevalentes, datos que se diferencian de los resultados que tuvimos, pues encontramos que el hábito más practicado por los niños integrantes de la muestra en estudio, fue la onicofagia y la succión digital, como hemos precisado.

Es también señalar que, Urrieta E. et al. (2), hallaron que, la respiración bucal y la succión digital son los hábitos nocivos más frecuentes, con 30.95% y 14.28% respectivamente, mientras que en nuestro estudio se encontró la respiración bucal en un porcentaje de 10.0% y la succión digital con un 20.0%.

En nuestro estudio, según los sexos se ha determinado que no existe diferencia significativa entre ambos en cuanto a la malposición dentaria anteroposterior; dentaria vertical y dentaria transversal con valores de $p=1$, $p=1$, y 0.847 , respectivamente. Así también se verifica que la que la mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p=0.03$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ($p<0.001$). Se observa que hay un mayor porcentaje en los que presentan succión digital relacionado con maloclusión dentaria Clase II (10.0%), este se refleja en

investigaciones realizadas por Cavalcanti L. et. al. (32). Empero la, mordida abierta anterior es la maloclusión observada con más prevalencia. Además encontró una diferencia estadística según sexo con un ($p=0.008$), y la mordida abierta se encontró en un 55.8%; estos resultados difieren con nuestros resultados en cuanto a la prevalencia de los hábitos bucales, en cuanto a la mordida anterior lo catalogamos como la segunda maloclusión prevalente de las maloclusiones dentarias verticales en un 6.0% no habiendo diferencias significativas en sexo con un valor de $p= 1$.

Acevedo O. et al. (33); en su estudio encontraron niños con hábitos que no habían desarrollado anomalía y niños no portadores de hábitos con anomalías, También, halló que un 81.8 % de integrantes de su estudio no presentó succión digital presentaron: 77% maloclusión dentaria clase I, 13.5% maloclusión dentaria clase II y 9.5% maloclusión dentaria clase III. Esto suele deberse a que el efecto sobre la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre ellos, sino del tiempo de su actuación, lo que, justifica que en nuestros resultados hayan niños con hábitos que no se les ha desarrollado anomalía. Entonces se puede inferir que los hábitos bucales no son los únicos que producen anomalías dentomaxilares, existiendo por tanto, otros factores como la genética, la nutrición, la pérdida de piezas dentarias, entre otros, que inciden en su desarrollo. Así mismo, encontró una alta presencia de la protracción lingual en 47.2% y la onicofagia en 23.5%, datos que no concuerdan con nuestro estudio. En su momento, Camblor A. et.al. (34), en sus resultados demostraron que la maloclusión que predomina es la clase I tipo 1 con un 36,10%,; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% y por último la clase II tipo 1 con un 17,55%,; lo cual sincroniza con nuestro estudio donde predomina la malposición dentaria clase I (71,4 %) , pero es diferente con malposición dentaria clase II división 1 ubicada en segundo lugar con un 20.1 % en porcentaje menor (0.6 %) la maloclusión dentaria clase división 2. También encontraron que la deglución atípica fue el hábito más frecuente en un

(12.08%) y en segundo lugar la respiración bucal en un 6.78%, resultados que sincronizan, con nuestro estudio.

Investigando, hallamos asociación muy significativa de la deglución atípica con la presentación de mordida abierta anterior ($p = 0.003$); lo cual coincide con Aguilar M et al. (28), quienes en su estudio encontraron relación estadísticamente significativa entre la deglución atípica y la presencia de mordida abierta anterior, disminución de la sobremordida y aumento del resalte. Solarte et. al. (35) hizo el estudio en una población de 1000 niños, encontrando que el hábito frecuente fue la mordida abierta y la deglución atípica en un 10.3% y 9.6% respectivamente. En nuestro estudio se encontró la mordida abierta en un 4.5% y la deglución atípica 1.3%.

En investigación realizada por Aguilar M. et. al. (28) cuyo objetivo fue ver la relación que existe entre los hábitos nocivos y las maloclusiones, encontraron que existía una relación estadísticamente significativa entre la respiración bucal ($p < 0.0001$) y la deglución atípica con la mordida abierta ($p < 0.0001$), estos datos coinciden con nuestro trabajo donde encontramos una asociación significativa de la mordida abierta succión digital con la deglución atípica ($p = 0.002$) además de ello encontramos una asociación significativa de la succión digital ($p < 0.001$) con la mordida abierta.

Por tanto, podemos afirmar que, existe asociación entre hábitos bucales nocivos con malposición dentarias verificadas en estudiantes entre 06 a 12 años en la I.E. San Francisco de Asís, Orcotuna-Concepción Esto, debido a que se ha hallado asociación entre succión digital y deglución atípica con mordida abierta, no encontrando relación directa con los otros hábitos bucales nocivos considerados en la investigación. Podemos inferir que ello es producto de la variada etiología de la malposición por la intervención de los diversos factores genéticos, funcionales, ambientales y demás factores concomitantes. Por eso se afirma que es azaroso, establecer una relación directa causa-efecto entre estas variables.

CONCLUSIONES

- Primera. - Se ha demostrado que existe asociación de la variable hábitos bucales nocivos con la presencia de malposiciones dentarias en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la Institución Educativa “San Francisco de Asís de Orcotuna, concepción en el 2020.
- Segunda. – Se denota que, en la práctica de hábitos orales perniciosos de parte de los adolescentes en su etapa temprana integrantes de la muestra de estudio, la prevalencia fue determinadamente baja no significativa.
- Tercera. - Tomando en cuenta el sexo de los adolescentes en su etapa temprana examinados, no se verifica diferencia significativa entre ellos, considerando la malposición dentaria anteroposterior, ni la vertical e incluso la transversal, obteniéndose los valores de p mayores de 0.005, en cada caso.
- Cuarta. – Tomando en cuenta la totalidad de adolescentes en su etapa temprana conformantes de la muestra de estudio, se establece que: la malposición dentaria que prevalece es la clase I con un 70.67%, estando en segundo lugar la clase II división 1, con 21.33% , en tercer lugar la Clase II, división 2 con 1.30% y finalmente la Clase III, que reportó un 6.70%.
- Quinta. - De otro lado, de los 150 estudiantes adolescentes en su etapa temprana examinados, solamente un 6.0% de ellos, presentaron mordida abierta anterior y un porcentaje de 29.9% tuvo mordida profunda, como malposición dentaria.
- Sexta. – Considerando a los 150 adolescentes en su etapa temprana evaluados, no se verificó la presencia de mordida cruzada posterior, pero si se tuvo un caso de mordida en tijera unilateral con un porcentaje ínfimo de 0.6%.

Séptima. – Teniendo en cuenta la prevalencia de hábitos bucales nocivos en los estudiantes de la Institución Educativa San Francisco de Asís de Orcotuna, Concepción 2020; se ha verificado la existencia de una marcada frecuencia de onicofagia en 31 alumnos, que significaron un 26.7% del total. Seguidamente se configuró la presencia de la succión digital con un 20.0% que englobaban a 30 estudiantes del total de la muestra examinada. Asimismo, en tercer lugar, de prevalencia se encontró el bruxismo con 19 casos que representaron el 12.0% del total de adolescentes en su etapa temprana sometidos a los exámenes clínicos. Porcentajes menores de incidencia, mostraron la respiración bucal (10.0%), la succión labial (6.0%) y la deglución típica (2.0%).

RECOMENDACIONES

- Primera. - Para prevenir la alta prevalencia de maloclusiones a edades más avanzadas, se hace necesario realizar un diagnóstico, en base a un examen riguroso de la existencia o no de los hábitos bucales nocivos en los pacientes adolescentes en su etapa temprana. Luego, debe formalizarse un plan integral del tratamiento requerido en cada caso, dando a conocer de las circunstancias, a los padres o tutores de los pacientes.
- Segunda. – Es de necesidad urgente, se continúen con investigaciones respecto a los hábitos bucales nocivos y su asociación con las malposiciones dentarias, puesto que los estudios a nivel local, regional y nacional son todavía escasos en su número y calidad.
- Tercera. – También se hace necesario considerar en los trabajos de investigación posteriores, se empleen técnicas e instrumentos que permitan evaluar el tiempo de duración, la frecuencia de su práctica y la intensidad de los hábitos bucales nocivos, con la finalidad de contar con una base científica, acorde con nuestros tiempos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D'Jurisic A, Alcedo C. et al. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015
2. Urrieta E., López I, Quirós O, Farias M,. Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptivas U.G.M.A años 2010-2012. Rev, Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2013
3. Mallqui J. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I.E.P. Mater Purísima en el año 2017; Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú 2017
4. Mendoza F. conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatría del hospital nacional Arzobispo Loayza- Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú 2018.
5. Cruzado C. relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668, San Juan De Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca, 2018 – Universidad Alas Peruanas Cajamarca – Perú 2018.
6. Rodríguez L. prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la facultad de odontología de la UNMSM EN EL 2017- Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú 2017.
7. Acero L, Mercado S. Alteraciones Dentomaxilofaciales presentadas en pacientes con el Síndrome de Hipertrofia Adenoidea. Investig Andin. 2015;15(1).
8. Giugliano D, Apuzzo F, Jamilian A, Perillo L. Relationship between Malocclusion and Oral Habits. Curr Res Dent. 2014;5(2):17–21.
9. 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.
10. Tipán Cabrera S. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre los hábitos perniciosos en la cavidad bucal, en niños de 3-5 años de la Institución Educativa Particular "Santa

Paula", de la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el periodo noviembre-diciembre 2017. Proyecto de investigación previo a la obtención del Título Académico de Odontología. Quito-Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Odontología, Unidad de investigación, titulación y graduación; 2018..

11. Escola Rocha M. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales. Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo. Quito Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología; 2017.
12. Accardi K prevalencia de malos hábitos orales y su asociación con anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años. comuna dalcahue, chiloé. Concepción, Chile 2016.
13. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española, 23 Edic., Madrid: Espasa Libros S.L.U., 2004.
14. Chamorro, F. et. al. Hábitos Orales frecuentes en pacientes del área de odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev. Gastrohup; 19(2) Supl 1. E.2017
15. Ferro, M. et. al. Aspectos Psicológicos dela onicofagia en los estudiantes de 2° año dela Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2010.
16. Vilalta, L. Hábitos y su influencia en la oclusión. En Hatch M. Virginia S. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Paulo: Artes Médicas, 2012. P. 69-79.
17. Ponce M, Hernández Y. Frecuencia y distribución de Maloclusión en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí México. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2012: 1-8.
18. Aguilar M, Nieto I, De la Cruz J. Relación entre Hábitos Nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2011: 1-13
19. Vellini F. Hábitos Bucales en Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. 2° edición. Sao Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 253-279.
20. Versiani L, Ayrton O, Moraes S. The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. Dental Press J. Orthod. Abril 2010; 15 (2): 97-104.

21. Ghafournia M ,Hajenourozali M. Relationship b e t w e e n Bruxism and Malocclusion among preschool children in Isfaham. J Dent Res Dent Clin Dent Prospect. 2012; 6(4):138-142.
22. Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011: 1 – 17. URL disponible en: www.ortodoncia.ws.
23. Bordoni N., et. al. Odontología Pediátrica. Salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual. Primer Edición. Bs. As. Médica Panamericana. 2010.
24. Proffit W R. Etiología de los problemas Ortodónticos. En: Tello Rodríguez AI. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2008.P.150-160.
25. Ugalde M. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposteriores, vertical y transversal. Facultad de Odo mayo -junio 97-109 p. 2007.
26. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2009: 1-13
27. Canut J. Etiopatogenia: Factores locales. En: Bravo Gonzales L.A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Segunda edición. Barcelona: Travesera de Gracia; 2000. p. 221-242.
28. Aguilar Roldán M., Nieto Sánchez I., De la Cruz Pérez J., Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015.
29. Hernández R., Fernández C. y Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill. Quinta edición 2010.
30. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello, RI, Pérez Silva J., Juárez López L.et. al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños en edad preescolar en ciudad Nazahuacóyotl, Estado de México. 2012.
31. Bhayya D., Shyagali Prevaalence ooral. Habits in 11-13 year old School Children in Gulbarga city, india.2013. Virtual Journal.

32. Cavalcanti, A. , Madeiros A., Becerra P., Relationship between Malocclusion and Deleterious Oral Habits in Preschool Children in Campinas Grande. Brazil. 2014. Cogorno V., Gutiérrez H., Veltia, J.
33. Acevedo Sierra, O. Roseel O., Mora Pérez C., Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2012. Revista electrónica de la Ciencia Médica. Cuba.
34. Cambor A., Cogorno, V., Gutiérrez, H. Estudio retrospectivo de Maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 6 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa. Caracas. Venezuela 2011.
35. Solarte J., Rocha, A., Agudelo S. Perfil epidemiológico de las alteraciones de la oclusión en la población escolar del Corregimiento de Genoy, Colombia. Revis. De la Fac. de Odont. Universidad de Antioquia. 2015.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCLUSIONES DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS BUCALES NOCIVOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CONCEPCIÓN

INVESTIGADORES: MIGUEL HILARIO, Rolland Dayvis - NAVARRO VILCHEZ, Thalía

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación de los hábitos bucales que producen maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>a) ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias por sexo en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?</p> <p>b) ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) por sexo en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?</p> <p>c) ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias verticales en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?</p> <p>d) ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias transversales en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Establecer la relación entre los hábitos bucales con las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>a) Determinar la relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana por sexo, en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p> <p>b) Determinar la relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias anteroposteriores verticales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p> <p>c) Determinar la relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias verticales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p> <p>d) Determinar la relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias transversales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana (entre 12 y 14 años) en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>a) Existe relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en adolescentes en su etapa temprana por sexo en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p> <p>b) Existe relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias anteroposteriores en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna</p> <p>c) Existe relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias verticales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p> <p>d) Existe relación de hábitos bucales y las maloclusiones dentarias transversales en adolescentes en su etapa temprana en la I.E. “San Francisco de Asís” de Orcotuna.</p>	<p>Variable independiente (X):</p> <p>Hábitos bucales no fisiológicos (nocivos)</p> <p>DIMENSIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Deglución atípica. ➢ Succión Digital. ➢ Succión de labio. <p>Variable dependiente (Y):</p> <p>Maloclusiones dentarias</p> <p>DIMENSIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Antero Posterior: <ul style="list-style-type: none"> • Clase I. • Clase II ➢ Vertical: <ul style="list-style-type: none"> • Mordida abierta anterior. • Mordida profunda ➢ Transversal: <ul style="list-style-type: none"> • Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral. • Mordida en tijera unilateral o bilateral 	<p>Método General: Científico</p> <p>Método específico: Inductivo-deductivo</p> <p>Tipo de investigación: Básica.</p> <p>Nivel de investigación: Relacional.</p> <p>Diseño de Investigación: Descriptivo-Correlacional</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> Ox M --> Oy Ox <--> r Oy </pre> </div> <p>M = muestra Ox = variable Independiente Oy = variable dependiente r = posible relación entre las dos variables</p> <p>Población y Muestra</p> <p>Población: 150 Estudiantes y sus madres, matriculados en la I.E. San Francisco de Asís del distrito de Orcotuna - Concepción en el 2020.</p> <p>Muestra: Censal 150 Estudiantes y sus madres, matriculados en la I.E. San Francisco de Asís del distrito de Orcotuna - Concepción en el 2020.</p> <p>Muestreo: tamaño de la muestra se estima en forma no probabilística intencionada, porque la determinación de la misma no dependerá de la probabilidad sino del interés del investigador. Como la muestra es igual a la población el estudio se constituye en un estudio Censal.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas: Encuesta y Observación. • Instrumentos: Cuestionario y Ficha de Examen Clínico Odontológico. <p>Técnicas estadísticas de análisis y procesamiento de datos: se utilizará el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS V25 de IBM en español que nos permitirá el análisis estadístico descriptivo como el análisis bivariado, para determinar la independencia de las variables contrastando la hipótesis mediante la prueba no paramétrica de Chi cuadrado con un nivel de significancia del $\alpha = 0.05$.</p>

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCLUSIONES DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS BUCALES NOCIVOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CONCEPCIÓN

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA VALORATIVA	INSTRUMENTO
Variable 1: Independiente Hábitos Bucales Nocivos	Un hábito puede ser definido como, la costumbre o practica adquirida por la reproducción constante de un mismo acto, que al inicio se realiza de forma consciente y luego de modo inconsciente. (1). Fuente: PISCONTE E (2010) RELACIÓN ENTRE LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PREESCOLARES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SUS MADRES SOBRE SALUD DENTAL LA ESPERANZA – TRUJILLO. 2010	1.- Deglución atípica. 2.- Succión 3.- Respiración atípica	1.1 Deglución atípica con interposición labial: 1.2. Deglución con presión atípica de la lengua 2.1 Succión Digital 2.2 Succión de labios 3.1 Respiración oral	CUALITATIVA	Escala de medición: NOMINAL POLITOMICA	CUESTIONARIO DE ENCUESTA
Variable 2: Dependiente Maloclusiones dentarias	La maloclusión, según Angle es la perversión de la evolución y progreso normal de la dentadura. (23)	1.- M.O. Antero Posterior: 2.- M.O. Vertical 3.- M.O. Transversal:	1.1 Clase I 1.2 Clase II (División 1 -División 2) 1.3 Clase III 2.1 Mordida abierta anterior 2.2 Mordida profunda 3.1. Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral. 3.2. Mordida en tijera unilateral o bilateral	CUALITATIVA	Escala de medición: NOMINAL POLITOMICA	FICHA DE EXAMEN CLÍNICO ODONTOLÓGICO
Sexo	Son las características s biológicas, rasgos personales, conducta que diferencia a los hombres de las mujeres.	GENERO	Masculino Femenino	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	FICHA DE EXAMEN CLÍNICO ODONTOLÓGICO

UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

Anexo N° 1:

ASENTIMIENTO INFORMADO

I. DATOS GENERALES

Título del proyecto : ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCLUSIONES DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS BUCALES NOCIVOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS-ORCOTUNA - CONCEPCIÓN -2020
Escuela profesional : ODONTOLOGÍA
Asesor(a)(es) : Dr. Washington Ordoñez
Duración del estudio : Del 31 /12 /2019 al 30 / 08 /2020
Institución : SAN FRANCISCO DE ASIS-ORCOTUNA - CONCEPCIÓN
Departamento: Junin.....**Provincia:** ...Concepción..... **Distrito:** Orcotuna

- Estimado menor, en estricto respeto a su opinión y de sus derechos de libre elección, usted tiene derecho a negarse a participar de esta investigación o a retirarse del estudio en cualquier momento. De todas maneras, agradecemos el tiempo dedicado a conocer este estudio.
- Si crees conveniente recibir información durante el proceso de la investigación o sobre los resultados del estudio, no dudes en consultar y solicitar a los investigadores, cuyos datos se encuentran al final del documento, asimismo, se consigna los datos del(a) asesor(a).

MANIFIESTA

Yo, Thalía Vaseo Angel....., identificado(a) con D.N.I. N° 45646402, de 36 años de edad, doy mi consentimiento para la participación en el proyecto de investigación titulado "ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCLUSIONES DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS BUCALES NOCIVOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS-ORCOTUNA - CONCEPCIÓN -2020", llevado a cabo por las investigadoras: **Daivis Miguel Hilkario y Thalia Navarro Vilchez**.
 Pongo mi nombre y/o huella digital en señal de aceptación, dos ejemplares; uno de los cuales queda en mi poder y otro en del investigador(a)(es) responsables del estudio.
20..... deJunio..... de 2020.



 Huella y/o nombre

Investigador(a)(es)	Apellidos y nombres	Thalia Navarro Vilchez	Miguel Hilario Rolland
	D.N.I. N°	73353785	71562676
	Teléfono/celular	935831003	933612275
	Email	navarothalja029507@un	deivimiguel95@6.mad.
Asesor(a)	Apellidos y nombres	Ordoñez Washington Washista	
	D.N.I. N°	19620313	
	Teléfono/celular	964699690	
	Email	d.worordonez@upe.edu.pe	

2

UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ANEXO N° 2:

ENCUESTA A PADRES Y/TUTORES DE LOS ESTUDIANTES

Grado de Estudios: 3º Aula: B Fecha: _____.

Nombre del alumno(a): ANGEL HILARION JHAMPIER ARNOLD.

A continuación, se formulan una serie de preguntas. Favor contestarlas marcando con X la que considere la respuesta en su caso:

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1. ¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé?	SI (X)	NO ()
2. ¿actualmente se sigue chupando el dedo?	SI ()	NO (X)
3. ¿Qué dedo se chupa? Pulgar () Índice () Medio () Anular () Meñique () Varios dedos ()		
4. ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo?	SI ()	NO ()
5. ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día o durante la noche?	DD ()	DN ()
6. ¿Su hijo respira por la boca?	SI ()	NO (X)
7. ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo?	SI ()	NO (X)
8. ¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches?	SI ()	NO (X)
9. ¿se resfría continuamente?	SI ()	NO (X)
10. ¿Tiene rinitis alérgica?	SI ()	NO (X)
11. ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique desviado?	SI ()	NO (X)
12. ¿Tiene asma?	SI ()	NO (X)
13. ¿Le han diagnosticado amígdalas grandes?	SI ()	NO (X)
14. ¿Su hijo aprieta o frota los dientes?	SI ()	NO (X)
15. ¿Lo hace durante el día o la noche?	Día ()	Noche (X)
16. ¿Se queja de dolor al despertar	SI ()	NO (X)
17. ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior	LS ()	LI ()
18. ¿Lo hace de día o de noche?	Día ()	Noche ()
19. ¿En qué momento lo hace?	Día ()	Noche ()
20. ¿Su hijo se muerde las uñas?	SI ()	NO (X)
21. ¿Lo hace siempre o a veces?	S ()	AV ()

UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ANEXO N° 3:
FICHA CLÍNICA

Grado de Estudios: 3° Aula: B Fecha: _____

Nombre del alumno(a): ADGLAS HILARION JHAMPIER ARNOLD.

Fecha de nacimiento: 05/05/05 Edad: 15 Sexo M

CLASE/DIV	MOLAR DER.	CANINA DER.	MOLAR IZQ.	CANINA IZQ.
CLASE I		X	X	X
CLASE II				
DIV 1				
DIV 2				
CLASE III	X			

SOBRE MORDIDA HORIZONTAL :

Normal () Borde a Borde () Cruzada () Excesiva () mm. ()

SOBRE MORDIDA VERTICAL :

Normal () Abierta () Moderadamente cerrada () Severamente cerrada () mm ()

MORDIDA ABIERTA:

Anterior () mm Posterior () mm Derecha () Izquierda () Dental () Esquelética ()

MORDIDA CRUZADA:

Anterior () mm Posterior () Unilateral () Bilateral ()

MORDIDA EN TIJERA:

Posterior () Unilateral () Bilateral ()

ESPACIAMIENTO:

Anterior () mm Posterior ()

APIÑAMIENTO:

Ligero () Moderado (X) Severo ()

DESVIACIÓN LÍNEA MEDIA:

SUPERIOR: Derecha () mm Izquierda (X) mm

INFERIOR: Derecha () mm Izquierda (X) mm

BIOTIPO FACIAL: Mesofacial (X) Braquifacial () Dolicofacial ()

LABIOS: Competencia (X) Incompetencia () Evertido: S () I ()

SUPERIOR: Normal (X) corto () Humectados () Secos ()

INFERIOR: Normal (X) corto () Humectados () secos ()

TONO DE LA MUSCULATURA: Normal (X) Hipotónica () Hipertónica ()

FORMA DEL ARCO: Paladar): Oval (X) Cuadrado () Triangular ()

PALADAR: Normal (X) Profundo () Muy profundo () Simétrico () Asimétrico ()

LENQUA: Normal (X) Microglosia () Macroglosia () Interposición anterior ()

Interposición lateral () No presenta ()

AMIGDALAS: Normal (X) Inflamadas ()

SALUD GENERAL: Buena (X) Regular () Mala ()

TEJIDO GINGIVAL: Normal () Gingivitis (X) Hipertrofiado ()

DEDOS: Normal (X) Arrugado () Enrojesido () Calloso () Deformado ()

UÑAS: Normales (X) Cortas () Muy cortas ()

FACETAS DE DESGASTE: SI () NO (X)



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



"Año De La Universalización De La Salud"

Huancayo, 26 de octubre de 2020

OFICIO N.º 31-2020-I-EP-OD-FCS/UPLA

Señor:

Lic. MIGUEL ROMANI HERVÁS

Director de la I.E. "San Francisco de Asís" de Orcotuna

Presente.

ASUNTO : PRESENTACIÓN DE BACHILLERES MIGUEL HILARIO, ROLLAND DAVIS Y NAVARRO VILCHEZ, THALÍA, PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Por la presente tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarles mi cordial saludo y al mismo tiempo presentarles a los bachilleres en Odontología **MIGUEL HILARIO, ROLLAND DAVIS Y NAVARRO VILCHEZ, THALÍA**, quienes desarrollarán en el colegio que tan dignamente dirige Ud., el proyecto de investigación titulado **ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCLUSIONES DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS BUCALES NOCIVOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CONCEPCIÓN**.

Dicho trabajo de investigación tendrá un efecto positivo en su localidad, para poder realizar un diagnóstico preventivo a tiempo y así poder disminuir la incidencia de las maloclusiones en estos alumnos.

Por lo antes mencionado, pido a Ud. Señor Director brinde a dichas personas las facilidades del caso, para el desarrollo óptimo de dicho proyecto.

Esperando su atención a la presente, hago propicia la ocasión para expresar los sentimientos de estima y deferencia personal.

Atentamente,

C.D. MIGUEL ANGEL MENDOZA GARCÍA

DOCENTE-UNIDAD DE INVESTIGACION

Escuela Profesional de Odontología-FCS-UPLA

SE AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGA SOLICITADA, EN LOS TÉRMINOS QUE SE ESTABLECE EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

ATT,

Orcotuna, 26 de Octubre de 2020



PERÚ

Ministerio

UEE



7.d.
SAN FRANCISCO De Asís

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SAN FRANCISCO DE ASÍS" DEL DISTRITO DE ORCOTUNA, OTORGA LA PRESENTE:

CONSTANCIA

Que, los Bachilleres en Odontología MIGUEL HILARIO, ROLLAND DAIVIS Y NAVARRO VILCHEZ, THALÍA, previa autorización de mi despacho desarrollaron el trabajo de investigación titulado "ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCCLUSIONES DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS BUCALES NOCIVOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CONCEPCIÓN" aplicando el instrumento de recojo de información en los estudiantes de la Institución Educativa que dirijo, durante el mes de noviembre del año en curso.

Se expide la presente Constancia a solicitud de los interesados para los fines que estime conveniente.

Concepción, 26 de noviembre del 2020

MERE/DIR
ODPQ/SEC
Cc/archivo



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Miguel Hilario Rolland Daivis Identificada con DNI N°71562676, egresado de la Escuela Profesional de Odontología, vengo implementando el proyecto de tesis titulado **"ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCLUSIONES DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS BUCALES NOCIVOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CONCEPCIÓN"**, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y usados únicamente con fines de investigación basado en los artículos 6 y 7 del reglamento del Comité de Ética de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana Los Andes, salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo 31 de enero del 2020



Miguel Hilario Rolland Daivis
Responsable de la investigación



DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Navarro Vílchez Thalía Identificada con DNI N°73353785 egresada de la Escuela Profesional de Odontología, vengo implementando el proyecto de tesis titulado **"ADOLESCENCIA TEMPRANA Y MALOCLUSIONES DENTARIAS GENERADAS POR HABITOS BUCALES NOCIVOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CONCEPCIÓN"**, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y usados únicamente con fines de investigación basado en los artículos 6 y 7 del reglamento del Comité de Ética de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana Los Andes, salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo 31 de enero del 2020



Thalia

Navarro Vílchez Thalía

Responsable de la investigación



