



UNIVERSIDAD NACIONAL
FEDERICO VILLARREAL

Vicerrectorado de
INVESTIGACION

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HÁBITOS ORALES DELETÉREOS ASOCIADOS CON MALOCLUSIONES DENTARIAS
EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P. 9 DE DICIEMBRE, 2018.

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

AUTORA

GAMBOA JANCCO, LOURDES LUCÍA

ASESORA

Mg. PELTROCHE ADRIANZEN, NIMIA

JURADO

Mg. GARCÍA RUPAYA, CARMEN ROSA

Dr. MENDOZA LUPUCHE, ROMAN

Mg. ZACARÍAS BRICEÑO, EDWING EDUARDO

Dr. OLIVA CHUMAN, JOSÉ GILBERTO

LIMA-PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios Por darme vida, salud, fortaleza,
que me permitieron lograr esta meta.

A mis padres, Ana, José, mis hermanos
Carmen, Pepe y a mi abuelita Margarita,
por la dedicación, cariño y apoyo
incondicional que me han brindado siempre.

AGRADECIMIENTOS

A mis Dres., por compartir sus conocimientos conmigo, por su paciencia
y dedicación como profesionales.

A mis asesores, por su compromiso y dedicación en este proyecto,
por la paciencia y amabilidad que me brindaron.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo relacionar hábitos orales deletéreos y las maloclusiones, presentes en escolares de 6 a 12 años en la Institución Educativa Privada “9 de Diciembre”, 2018. El método utilizado en la investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 166 niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa Particular “9 de Diciembre”, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima. La detección de los diferentes hábitos bucales deletéreos en escolares se realizó en dos etapas. En la primera etapa se aplicó una encuesta y el consentimiento informado a los padres para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito deletéreo la coincidencia entre la afirmación del padre en la encuesta y que ésta coincida con el examen clínico. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v.15 y se utilizaron pruebas como chi cuadrado y Fisher para el análisis estadístico. El hábito oral deletéreo prevalente fue la onicofagia (28.9%), la maloclusión predominante fue la clase I (41.6%), seguida por la clase II división 1 (28.9%), luego la mordida abierta anterior (28.3%) y la mordida profunda (18.0%). Se concluye que existe asociación significativa entre los hábitos deletéreos de succión digital, interposición lingual y respiración bucal con la mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, mordida bis a bis posterior, mordida en tijera y la maloclusión clase II.

Palabras Claves: Hábitos orales deletéreos, maloclusiones dentarias.

ABSTRACT

The present study aimed to relate deleterious oral habits and malocclusions, present in schoolchildren aged 6 to 12 years in the Private Educational Institute "9 de Diciembre", 2018. The method used in the research was descriptive, prospective, transversal and clinical. 166 children from 6 to 12 years of age were selected by systematic random sampling from the "9 de Diciembre" Private Educational Institution, located in the district of San Juan de Lurigancho, Lima. The detection of different deleterious oral habits in schoolchildren was carried out in two stages. In the first stage, a survey and informed consent was applied to the parents to allow their children to be included in the study; in the second stage, the clinical assessment of the child was carried out. The match between the statement of the father in the survey and that it coincides with the clinical examination was considered as a deleterious habit. The data were processed in the statistical program SPSS v.15 and tests such as chi-square and Fisher were used for the statistical analysis. The prevalent oral deleterious habit was onychophagia (28.9%), the predominant malocclusion was class I (41.6%), followed by class II division 1 (28.9%), then the anterior open bite (28.3%) and the deep bite. (18.0%). It is concluded that there is a significant association between the deleterious habits of digital suction, lingual interposition and mouth breathing with the anterior open bite, posterior crossbite, bis a bis posterior bite, scissor bite and class II malocclusion.

Key words: Deleterious oral habits, dental malocclusions.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO.....	03
2.1 Bases teóricas.....	03
2.2 Antecedentes.....	22
2.3 Justificación de la investigación.....	27
III. OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo general.....	29
3.2 Objetivos específicos	29
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	30
4.1 Tipo de estudio.....	30
4.2 Población/Muestra y Criterios de Selección	30
4.3 Variables/ Definición/ Operacionalización	31
4.4 Método/ Técnica/ Procedimiento.....	34
4.5 Consideraciones éticas:.....	37
4.6 Plan de análisis.....	37
V. RESULTADOS.....	39
VI. DISCUSIÓN.....	53
VII. CONCLUSIONES.....	56
VIII. RECOMENDACIONES.....	57

IX REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	58
X. ANEXOS.....	62
Anexo 1: Kappa de Cohen.....	62
Anexo 2: Carta de Consentimiento Informado.....	63
Anexo 3: Cuestionario.....	64
Anexo 4: Ficha de recolección de datos.....	66
Anexo 5: Asentimiento Informado.....	68
Anexo 6: Fotos.....	69
Anexo 7: Matriz de consistencia.....	80

I. INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones dentales tienen etiología multifactorial: genéticos y ambientales, entre los factores ambientales, los hábitos orales pueden producir alteraciones morfológicas y funcionales en la población infantil. Los factores de riesgos genéticos y ambientales, los hábitos orales, son de vital importancia observar la frecuencia, intensidad y tiempo, para evitar cambios nocivos y específicos en la oclusión (Pino, Véliz y García, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de caries dental y enfermedad periodontal. El 85 % de la población en Latinoamérica tiene una situación preocupante con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones (Pino, Véliz y García, 2014).

En el Perú, en un estudio de 57 trabajos de investigación de maloclusión de las universidades ubicadas en Lima, Ica y Arequipa. Se obtuvo una muestra global de 25,036 personas principalmente niños de ambos sexos. Del análisis de dichos trabajos se obtuvo que el 19.2% de la población peruana presenta una oclusión normal, el 80.8% maloclusión (Orellana, Mendoza, Perales y Marengo, 2014).

Los hábitos orales deletéreos, nocivos o deformantes influyen perniciosamente y negativamente en el desarrollo de las maloclusiones. Los hábitos orales deletéreos son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en hasta un determinado momento de la vida, se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión. Existen corrientes acerca del origen de la maloclusión que subrayan la capacidad del medio ambiente y de los hábitos anormales para alterar los tejidos blandos y a su vez influir en el desarrollo y crecimiento craneofacial (Ocampo, García y Lema, 2013).

Los hábitos orales “son considerados normales por muchos autores, entre edades de 3 ó 4 años, pero su persistencia a partir de los 5 años de edad, es la que degenera al patrón esquelético y otras anomalías” (Vellini, 2012, p.90).

Las consecuencias pueden ser observadas en la dentición de los niños, como una alteración de ésta, por ello, es muy importante realizar un diagnóstico de hábitos deletéreos para identificar el tipo de hábito y corregir las futuras alteraciones que éstas puedan provocar realizando un correcto tratamiento (Espinoza, Casas y Campos, 2016). Es así que se ha observado que entre más temprano se despoja un niño de su mal hábito oral, las consecuencias de éste pueden reducirse y/o desaparecer.

Así, ante lo expuesto me permito plantear la siguiente pregunta:

¿Existe asociación entre los hábitos orales deletéreos y las maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018?

II. MARCO TEÓRICO

2.1.- Bases Teóricas

2.1.1 Hábitos Orales Deletéreos

Según el diccionario de la Real Academia Española, la palabra hábito significa modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originado por tendencias instintivas. Un hábito se define como “costumbre fija, producida por la repetición de un acto, el mismo que se hace menos consciente y si se repite a menudo, puede ser relegado por completo al inconsciente” (Vellini, Acero y Watson, 2002).

“El efecto de la manifestación repetitiva y de la satisfacción que depara es lo que determina la instalación del hábito. Por tanto, son expresiones viciosas de aspecto físico, motor y de satisfacción psicoemocional” (Cotrin, 2012, p.54).

Un hábito oral es definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente. La respiración nasal, masticación, el habla y deglución, son considerados hábitos fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser del dedo, chupón o labio, la respiración bucal, la interposición lingual en reposo y deglución infantil (Gonzales, 2012).

Por otro lado, Cepero (2007) refiere a los hábitos perjudiciales o deletéreos como el resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional; tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.

Álvarez, Pérez, Martínez, García, y Suárez (2014) refieren que los hábitos orales deletéreos, hábitos parafuncionales, pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas lo que trae como consecuencia una deformación ósea.

Braner (2002) afirma que los actos infantiles que resultan en patrones mentales, inconscientes, parecen surgir de fuentes principales: instintos, insuficiente o incorrecta liberación de energía, dolor o incomodidad, tamaño físico anormal de las partes, imitación o imposición de los padres y otros. Los niños adquieren un cierto número de hábitos que pueden ser temporal o permanentemente nocivos a la oclusión dental y estructuras dentarias de soporte.

2.1.2 Clasificación etiológica

1. Instintivos: Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.
2. Placenteros: Algunos hábitos se tornan placenteros, tal como algunos casos de succión digital o del chupón.
3. Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc., la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
4. Hereditarios: Malformaciones congénitas de tipo hereditario, pueden acarrear de por sí un hábito relacionado a dicha malformación, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.

5. Adquiridos: La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como golpe glótico para los fonemas k, g, j y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.

6. Imitativos: La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares hablar, gestos, muecas, etc. Son claros ejemplos de actitudes imitativas (Quiroz, 2003).

2.1.3 Factores que modifican la acción del hábito:

- **Duración:**

1. **Infantil** (hasta 2 años) en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
2. **Pre-escolar** (2 a 5 años) no tiene efectos nocivos sobre la dentición, si es continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad (Quiroz, 2003).
3. **Escolar** (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas.

- **Frecuencia:**

Pueden ser Intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos)

Hay niños que succionan a cualquier hora del día, y otros que solo en la noche o para dormirse

- **Intensidad:**
 - **Poco intensa**, cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino distraídamente la punta del dedo.
 - **Intensa**, cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable (Quiroz, 2003).

2.1.4 Tipos de hábitos deletéreos

a. Succión digital.

La etiología de los hábitos de succión es multifactorial, pudiendo ser clasificada en fisiológica, emocional y de comportamiento aprendido, lo cierto es que los hábitos prolongados de succión pueden producir desequilibrio de las fuerzas que actúan en la cara y en la cavidad oral, actuando de manera negativa en el buen desarrollo de las estructuras óseas y dentarias. Todo esto promueve inadecuaciones en el sistema estomatognático y consecuentemente en sus funciones (Degan, 2004).

La succión es un reflejo primitivo y fisiológico, empieza a desarrollarse entre la 18va y la 24ta semana de vida intrauterina y hacia la semana 32 está completamente madura. Para el momento del nacimiento es la succión el primer reflejo que se ha establecido, después de la respiración, y si este no es satisfecho el infante queda frustrado. Los niños tienen una necesidad de succión intensa durante los primeros 3 meses, al 7mo mes esta necesidad decae y se le considera innecesario en la percepción neurofisiológica, es en ésta edad que la succión debe ser cambiada por la masticación, es decir que la lactancia debe de ser reemplazada por una alimentación más

sólida, lo cual a su vez coincide con la erupción de los incisivos. Existen dos tipos de succión: la succión nutritiva, que es la que nutre al neonato desde los primeros meses de vida, y la succión no nutritiva, que es la succión de elementos que no van a alimentarlo, pero que genera cierta satisfacción en el individuo (Degan, 2002).

La succión digital, es un comportamiento común en la infancia, puede considerarse la forma más temprana de manipulación del cuerpo en la raza humana, ya que se ha observado que el feto es capaz de chuparse el dedo incluso a las 12 semanas de vida intrauterina (Hepper, 1991).

Es un comportamiento innato que se transforma en un hábito, se cree que cuando el niño está aburrido, ansioso o cansado es cuando persiste la succión digital. Existen diferentes posiciones del dedo, normalmente el pulgar, en dicha succión; la más usual consiste en introducir el pulgar profundamente, tocando el paladar plenamente y los incisivos inferiores están en contacto en su borde incisal con el nudillo del pulgar (Pipa, 2011). Para la mayoría de los autores la succión digital es una de las situaciones más nocivas durante el desarrollo de la oclusión normal

Consecuencias

La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral la presión del dedo sobre los dientes, hueso alveolar y el paladar provocan una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado, causando estrechez y profundización del paladar (Álvarez, Pérez, Martínez y Suárez, 2014).

Estrechamiento de los arcos superior e inferior, en la región de los caninos, molar temporal o premolares y con menos intensidad en la región del molar permanente. Ocasionando mordida cruzada posterior por estrechez del arco superior.

Perjudica la estabilidad del hueso alveolar, ya que impide el contacto funcional de los planos inclinados de los dientes. Aumento en la localización anterior de la base apical del maxilar y aumento del ángulo SNA.

Retrognatismo mandibular, vestibularización de los dientes anterosuperiores y aumento de la arcada superior.

Protrusión dentaria y del reborde alveolar superior, con presencia de diastemas.

Perfil de tejidos blandos más convexo.

Tratamiento

Un buen trabajo multidisciplinario, permitiría una detección temprana de estos hábitos nocivos y una intervención oportuna a fin de evitar las consecuencias. Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de la succión del pulgar es apropiado a partir de los 4 años de edad si el problema es crónico y se presentan síntomas incipientes de los problemas dentales antes señalados. Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en tres categorías:

Tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodóntico y/o tratamiento miofuncional.

El uso de dispositivos ortodóntico lo podemos dividir en:

1. Aparatología Removible (miofuncional)

2. Aparatología Fija (restrictivos)

Los más utilizados son los arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores (Fieramosca, 2007).

b. Onicofagia:

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprender, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales, produce presión en el eje longitudinal de los dientes y algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. Se observa en algunos casos intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores (Álvarez et al., 2014).

Corrección:

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

c. Interposición Lingual:

Es la interposición de la lengua en el sector anterior o posterior en reposo o función (deglución y fonarticulación). Se considera normal hasta la aparición de los dientes temporales en que la lengua se coloca en el paladar con la punta apoyada por detrás de los incisivos superiores. Si esto no ocurre se mantiene la deglución infantil, la cual provoca mordida abierta de forma difusa o rectangular, protrusión de incisivos superiores e inferiores, además de desgaste de los bordes incisales de los incisivos (Gacitua, 2001).

Se asocia a mordida abierta, a nivel del desarrollo del macizo craneofacial la actividad anómala de la lengua determina un cambio de la morfología facial. La hiperactividad de los músculos depresores de la lengua posiciona a esta sobre el piso de boca, en vez de estar apoyada sobre el paladar en su estado de reposo. Esta posición de la lengua en el piso de boca, estimula el crecimiento mandibular en el sentido anteroposterior y transversal, siendo el responsable muchas veces de la presencia de mordidas cruzadas. Al estar la lengua en esta posición baja, no se produce la estimulación lingual sobre el desarrollo transversal de maxilar, generando una compresión del maxilar superior. Si esto lo sumamos al aumento del tamaño mandibular, es fácil entender la génesis de esta malformación (Gacitua, 2001).

d. Interposición de Labios y Objetos

Se da cuando el niño interpone el labio, casi siempre el inferior, entre los incisivos inferiores y superiores, se puede dar en el momento de la deglución, o también en reposo. Los niños que succionan, a veces lo hacen como sustitución de la succión digital (Borrás et al., 2005).

Los labios normalmente contactan entre sí sin esfuerzo. Cuando el labio inferior se interpone entre los dientes provoca una fuerza que lleva a los dientes superiores hacia adelante y a los inferiores hacia adentro, dando lugar a un excesivo resalte o una mordida abierta anterior, pues aumenta el overjet y, además se pueden producir migraciones dentarias; todo este cuadro se agrava con la inclinación lingual de los incisivos inferiores. Se puede observar que el labio inferior se presenta con una irritación roja y agrietada (Gacitúa et al., 2001).

La base fisiopatológica de este hábito es el exceso de tensión a nivel del musculo orbicular inferior y del musculo del mentón (González et al., 2009).

La deglución es una actividad neuromuscular compleja, consiste en una serie de movimientos coordinados de los músculos de boca, faringe y esófago. Por lo general la deglución madura, aparece en la segunda a mitad de los primeros años de vida postnatal. La llegada de los incisivos orienta los movimientos más precisos de apertura y cierre de la mandíbula, obliga a que la lengua adopte una posición más retraída e inicia el aprendizaje de la masticación. La transición de la deglución infantil hacia la deglución adulta ocurre durante varios meses, según el momento de la maduración neuromuscular importante del desarrollo, pero la mayoría de los niños logra la deglución madura al año y media de edad. Esta deglución madura se caracteriza porque los dientes están juntos, la mandíbula queda estabilizada por los músculos elevadores de la mandíbula (sin movimientos notorios de la musculatura perioral), la punta de la lengua se apoya contra el paladar, por arriba y atrás de los incisivos, y además son mínimas las contracciones de los labios y músculos faciales (Álves, 2002).

e. Respiración Bucal

Es la interferencia en la función respiratoria normal en las vías aéreas nasales, como consecuencia de enfermedad local general, ya sea obstrucción nasal por un proceso inflamatorio crónico, adenoiditis, asma u otros. Pueden ser de 3 tipos: temporaria, en el caso de un resfriado o catarro normal; estacional, asociado con alergias nasorespiratorias y crónicas, en pacientes con obstrucciones adenoideas, dando origen a un labio superior corto, con inadecuado cierre bilabial. La respiración bucal constituye un síndrome, cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, el estomatólogo solo puede hacer un diagnóstico presuntivo. Deberá ser tratada por el médico en primera instancia, que solucionará el problema nasorespiratorio, y una vez suprimidas las causas de la etiología del mismo, podrá el estomatólogo general tratar la corrección de las anomalías producidas, si corresponde a la clase I con vestibuloversión de

incisivos superiores. Si se tratara de una clase II división I de Angle, deberá remitirse al ortodoncista (Cepero, 2007).

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

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

Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.

Etiología de Respiración oral:

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas
- Presencia de Pólipos Nasales
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas y Bronquitis

- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias

Características faciales y dentarias de la respiración oral:

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

- Perfil convexo

Tratamiento de la respiración oral

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Dispositivos ortodónticos, aparato de disyunción.
- Terapia Miofuncional.

2.1.5 Maloclusión Dental

Se define así cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que los soportan, la articulación temporal-mandibular y la estética facial. Angle (1899) refiere que la maloclusión es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.

“Cualquier desviación en la disposición de los dientes fuera de los estándares de una oclusión normal” “Condición dental que involucra mala alineación de los dientes” Puede estar asociada con anomalías dentro de los arcos dentales, entre los arcos dentales y con discrepancias esqueléticas “La llave que abre la puerta a una serie de enfermedades en la salud oral y la salud en general” (Vellini, 2002).

2.1.6 Etiología de las maloclusiones


Korkhaus (1939) clasificó los factores etiológicos en:

- Endógenos: origen sistémico u orgánico general.
- Exógenos: actúan directamente sobre estructuras bucodentarias y provienen de factores externos.

Salzman (1966) divide esos factores en: prenatales y post natales. Ambos pueden estar relacionados al desarrollo.

Graber (1966) clasificó los factores etiológicos en: - Intrínsecos o locales y Extrínsecos o generales.

El sistema de clasificación de más aceptación hoy día es la Clasificación de Graber que divide los factores etiológicos en intrínsecos y extrínsecos. Aunque existan algunas desventajas en este método, es el más fácil de emplear y el más didáctico.

 **Factores extrínsecos:** Son factores actuando a distancia, muchas veces durante la formación del individuo y que, por tanto son difícilmente controlables por el ortodoncista, excepto los hábitos bucales. En estos casos, la contención debe ser prolongada, llegando a ser permanente (Ortiz y Lugo, 2007).

- a. Herencia (Influencia racial; tipo facial hereditario; influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo)
- b. Molestias o deformidades congénitas (Labio leporino; parálisis cerebral; tortícolis; disostosis cleidocraneana; sífilis congénita)

- c. Medio ambiente (Influencia prenatal y postnatal)
- d. Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes
- e. Problemas dietéticos (raquitismo, escorbuto; beriberi)
- f. Hábitos y presiones anormales
- g. Postura
- h. Accidentes y traumatismos.

✚ **Factores intrínsecos:** Son factores más directamente relacionados a la cavidad bucal y perfectamente controlables por el odontólogo. Estos deben ser detectados y eliminados para que la corrección sea mantenida y no ocurran recidivas.

Anomalías de número (supernumerarios, agenesias)

- a. Anomalías de tamaño (macrodoncia, microdientes)
- b. Anomalías de forma (Dientes conoides, cúspides extras, geminación, fusión, molares en forma de frambuesa, dientes de Hutchinson)
- c. Frenillos labiales y bridas mucosas
- d. Pérdida prematura de dientes deciduos
- e. Retención prolongada de dientes deciduos
- f. Erupción tardía de los dientes permanentes
- g. Vía de erupción anormal

h. Anquilosis

i. Caries dental

2.1.7 Clasificación topográfica de las maloclusiones

Esta clasificación distingue tres tipos de maloclusiones según el plano del espacio en el que estén localizadas. Para ello, se toman tres planos de referencia:

- ✚ El de Frankfurt.
- ✚ El orbitario.
- ✚ El sagital medio.

“En la clasificación topográfica, se distinguen tres tipos de maloclusiones según el plano del espacio en que este localizada” (Maroto y Navas, s.f. p.42).

2.1.8 Tipos de maloclusiones

a. Maloclusión anteroposterior o sagital

Según Angle definió 3 tipos:

✚ Maloclusión clase I: relación normal de los primeros molares permanentes. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. Siendo las relaciones sagitales normales, la maloclusión consiste en las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía en relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos (Murrieta et al.,2005).

✚ Maloclusión clase II: caracterizadas por la relación sagital anormal de los primeros molares, el surco vestibular del molar permanente inferior, está por distal de la cúspide

mesiovestibular del primer molar superior. Toda la arcada maxilar está adelantada o la arcada mandibular está retraída respecto a la superior. Dentro de la clase II se distinguen dos tipos de divisiones:

- ✚ Maloclusión clase II división 1 donde los incisivos están protruidos con un resalte aumentado.

- ✚ Maloclusión clase II división 2 donde los incisivos centrales superiores están retroinclinados y los incisivos laterales protruidos, existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida incisiva.

- ✚ Maloclusión Clase III: el surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada, o la maxilar está retruida, con respecto a la antagonista. La relación incisiva generalmente está invertida, con los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores (Alzate, Álvarez y Botero, 2014).

b. Maloclusión Transversal.

- Mordida Cruzada

Los dientes de la arcada superior muerden por dentro de los de la arcada inferior. El origen normalmente es esquelético, pero también puede ser dentario.

Las mordidas cruzadas de origen esquelético pueden ser por un maxilar hipoplásico o una mandíbula hiperplásica. En ambos casos, la actitud es la de expandir el maxilar, ya que la sutura de la sínfisis se osifica a los 8 meses de vida, mientras que la osificación de la sutura palatina comienza a los 9 años.

A su vez, las mordidas cruzadas pueden ser uni o bilaterales. Las unilaterales producen la desviación de la mandíbula hacia el lado afectado, con la consecuente impactación del cóndilo en la articulación del mismo lado, y el desarrollo de una asimetría ósea (Sada y Girón, 2006).

Si no se corrige oportunamente la mordida cruzada esta suele continuar su erupción por lingual de los inferiores ejerciendo sobre las mismas fuerzas al ocluir lo que produce un movimiento adaptativo de adelantamiento mandibular al momento del cierre. Por la posición adelantada de la mandíbula los incisivos laterales pueden también erupcionar por lingual de los inferiores.

- Mordida en Tijera

Sada y Girón, (2006) menciona que las “mordidas en tijera” son alteraciones mucho menos frecuentes que las mordidas cruzadas. El origen de la maloclusión está en una base maxilar desproporcionadamente ancha en relación a la base mandibular. Si el maxilar superior sobrepasa lateralmente a la mandíbula, las cúspides palatinas contactarán con las caras vestibulares inferiores.

c. Maloclusión Vertical

- Mordida Abierta

La mordida abierta se atribuye a una disminución del crecimiento dentoalveolar, algunos estudios han reportado de 40 a 80% de cierre espontaneo de la mordida en una muestra de 6 a 8 años de edad.

Suele estar asociada a algún hábito como la succión digital persistente y deglución atípica.

Canut (2000) manifiesta que la mordida abierta es la ausencia localizada de oclusión, producto del desarrollo vertical posterior insuficiente o vertical anterior excesivo, lo que imposibilita el contacto de uno o más dientes.

Según la zona donde se presente la anomalía se clasifica en:

1. Mordida abierta anterior, la falta de contacto está localizada en la zona incisiva.
2. Mordida abierta posterior, afecta a los segmentos bucales que están en infraerupción y dejan una brecha abierta entre las superficies oclusales.
3. Mordida abierta completa, el contacto sólo se realiza a nivel de los últimos molares y la apertura es tanto anterior como posterior (Canut, 2000).

- Sobremordida o mordida profunda.

Alarcón (2014) manifiesta que es un estado de sobremordida vertical aumentada en la que la dimensión entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva, existe una sobremordida vertical normal cuando cerca del 20% de la superficie labial de los incisivos inferiores está cubierto por los incisivos superiores.

La mordida profunda o sobremordida también predispone al paciente a la enfermedad periodontal debido a una oclusión incorrecta, tensión excesiva, trauma, problemas funcionales y bruxismo.

Se presenta sobre mordida cuando el entrecruzamiento incisivo supera los 2,5mm, es mayor a 1/3 o mayor del 25-30%.

2.1.6.3 Mordida borde a borde

Caso de sobre mordida 0 donde hay contacto entre incisivo en algún momento del movimiento dentario.

2.2.-Antecedentes

Arias y Botero (2017) Compararon la frecuencia de hábitos orales y su relación con maloclusión en niños de 4 a 12 años de edad en San Luis Potosí-México y Medellín-Colombia. Fue un Estudio descriptivo, transversal; la muestra fue de 598 niños de 4 a 12 años de edad, 299 niños por ciudad. Obtuvieron que el hábito oral de mayor frecuencia fue la onicofagia. Al comparar la muestra en ambas ciudades la onicofagia presentó la mayor frecuencia en San Luis Potosí y la respiración bucal en Medellín. En San Luis Potosí la mayoría de los niños con algún hábito tenían relación molar clase I, excepto en aquellos con deglución atípica, que presentaron maloclusión clase III, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Desde el punto de vista estadístico la deglución atípica fue el hábito que presentó mayor significancia en relación con la presencia de maloclusiones en el total de la muestra. También se encontró una relación directa entre la presencia de mordida cruzada posterior y la succión digital en San Luis Potosí ($p \leq 0,05$). Concluyeron que la deglución atípica y la mordida abierta están directamente relacionadas, sugiriendo que la función deglutiva puede ser un factor causal de maloclusión, igualmente se encontró una relación directa entre succión digital y mordida cruzada posterior.

Paiva (2017) determinó la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La libertad, año 2016. La investigación fue de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, prospectivo de diseño transversal y observacional. Para el recojo de la información fue mediante la toma de impresiones y la obtención de modelos de yeso de 66 niños con dentición mixta. Obteniendo los siguientes resultados, no se encontró relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones, ya que la clase I, II y III no se alteran significativamente

en relación a alguno de los hábitos perniciosos. El hábito bucal pernicioso más frecuente fue la respiración bucal con 47.0%, seguido de la onicofagia con 24.2% y la succión digital con 19.7%. Las maloclusiones más frecuentes son la clase I con 65.1% seguido de la clase II con 25% y finalmente con 9.1% la clase III. Finalmente, las maloclusiones clase I, II y III no se alteran significativamente en relación con alguno de los hábitos bucales perniciosos ni en hombres ni en mujeres. Concluyendo que no existe relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones según sexo, en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial.

Iza (2017) determinó la prevalencia de maloclusiones, en relación con hábitos orales no fisiológicos más frecuentes en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa “Pastocalle” de la parroquia Pastocalle del cantón Latacunga. Realizando un estudio epidemiológico de tipo observacional y transversal, cuya población estuvo comprendida por un total de 154 niños de 5 a 9 años de edad. Se aplicó una encuesta a los padres de familia con la finalidad de determinar la existencia de hábitos orales en el niño, en la historia clínica se registró las posibles maloclusiones y hábitos orales presentados. Posteriormente se ingresó los resultados en el programa SPSS V.23, y se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado para determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las variables con lo cual se confirme o niegue la hipótesis planteada. Se llegó a la conclusión que si existe significancia estadística entre la presencia de hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones dentarias, en niños de 5 a 9 años de edad de la Unidad Educativa “Pastocalle”, realizando la prueba estadística de Chicuadrado, se ha obtenido un p-valor menor $a < 0.05$, concluyo que el tipo de habito oral, si está relacionada con maloclusiones anteriores y posteriores.

Espinoza, Casas, y Campos (2016) evaluaron la prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en una Clínica Docente. Fue un estudio descriptivo y transversal, utilizando una muestra de 1006 historias clínicas. Del estudio se obtuvieron los siguientes resultados, predisposición al hábito de deglución atípica (19,48%); succión digital (2.19%) y respiración bucal (0.20%). La prevalencia de las alteraciones dentoalveolares mordida cruzada anterior (8.65%) y posterior (5.27%); mordida abierta anterior (9.74%) y posterior (0.89%); relaciones molares derecha según Angle clase I (57.95%), clase II (19.98%) y clase III (10.64%); relaciones molares izquierda según Angle clase I (55.86%), clase II (18.39%) y clase III (14.61%); plano terminal derecho escalón mesial (6.66%), plano terminal recto (0.89%) y escalón distal (0.40%); plano terminal izquierdo escalón mesial (6.16%), plano terminal recto (0.99%) y escalón distal (0.70%); overjet de 1mm a 4mm (70.78%), mayor a 4mm (11.93%) y menor a 4mm (6.26%); el overbite de 10% a 40% (45.03%), mayor a 40% (16.60%) y menor a 10% (11.43%). Se concluyó que no se encontró asociación entre el hábito de succión digital, respiración bucal, deglución atípica con la edad y género. Se encontró asociación entre las relaciones molares derecha e izquierda según Angle con la edad ($p= 0.000$), sin embargo con el género no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.430$).

Garrido (2016) Evaluó la influencia de los malos hábitos orales en la Oclusión de niños de 5 a 10 años, en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar”. El trabajo correspondió a un estudio descriptivo de corte transversal. La recolección de los datos se obtuvo mediante un formulario que se realizó con los padres de familia para el registro de los malos hábitos orales, exploración clínica y registro fotográfico para la recolección de la presencia de maloclusiones. La muestra constó de 41 niños, 21 con presencia de malos hábitos orales y 20 con ausencia de estos. Se determinó la relación de los malos hábitos orales con las maloclusiones, presentando que la maloclusión Clase

I tiene mayor relación con el hábito de Onicofagia (50%), la maloclusión Clase II se relaciona con la succión digital (75%) y la maloclusión Clase III se presentaba en mayor número en niños respiradores bucales (40%). Se concluyó que la presencia de malos hábitos orales tiene relación con las maloclusiones que se desarrolla en los niños a temprana edad.

Mesa (2016) estableció la frecuencia de maloclusiones dentales y alteraciones esqueléticas relacionadas con hábitos orales en sujetos de 6 a 11 años de edad. Fue un estudio analítico, descriptivo y transversal. Con 50 participantes aleatorios que ingresaron en el período de Mayo a Septiembre de 2015 al centro de prácticas "Juan Manuel Méndez Bechara" para tratamientos de ortopedia maxilar, con historias clínicas, anexos de ortodoncia completos, con radiografía de perfil, examen clínico y análisis cefalométrico de Steiner. Se encontró que el hábito oral de mayor frecuencia fue la onicofagia (24,4 %), la succión de objetos (23,1%) y la succión de carrillos (13,6 %). El tipo de mordida de mayor frecuencia fue la mordida abierta anterior (64 %) y los ángulos SNA, SNB y ANB alterados, demostrando que existe una relación entre en los hábitos orales, las oclusiones y las alteraciones en los ángulos cefalómetros analizados. Se concluyó que hay relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias y alteraciones esqueléticas en los sujetos de 6 a 11 años de edad que participaron en el estudio.

Mendoza, Meléndez, Ortiz y Fernández (2014) en éste estudio determinaron la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población infantil de 2 a 15 años que solicitaron atención dental en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM. El estudio fue de tipo transversal en 147 niños, se utilizó el paquete estadístico SPSS 15. De los resultados se obtuvieron que la prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue del 96.6%. El mayor número de casos se presentó a la edad de 4 y de 6 a 11 años durante la dentición mixta. Se presentó indistintamente de acuerdo con el género. El hábito

de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%; en segundo lugar, succión labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%. En cuanto a las maloclusiones: mordida abierta, 35.1%; apiñamiento anteroinferior, 26.4%; apiñamiento anterosuperior, 19.6%, y mordida cruzada posterior, 12.8%. Se encontró asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta ($p < 0.000$), respiración bucal con mordida cruzada posterior ($p < 0.012$) y la clase II de Angle ($p < 0.008$). Concluyen que la población infantil presenta mayor susceptibilidad a desarrollar maloclusiones durante el crecimiento, por lo que se deben tomar medidas preventivas durante esta etapa.

Zapata, Lavado y Anhelía (2014) Relacionaron la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa “Los Educadores”. El estudio fue descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa “Los Educadores”, ubicado en el distrito de San Luis, Lima. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v.15 y se utilizaron las pruebas chi cuadrado y Fisher para el análisis estadístico. Obtuvieron como resultado que el hábito bucal prevalente fue la onicofagia (25,3 %). La maloclusión predominante fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). No hubo relación entre los hábitos bucales y el sexo, sin embargo, se encontró una relación significativa de la deglución atípica ($p=0,002$) y succión digital ($p<0,001$) con la mordida abierta anterior. Concluyeron que existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior.

2.3.- Justificación de la investigación

- Teórico

Las maloclusiones dentarias son de origen multifactorial, es de vital importancia identificar que factor causante, ya sea, genético o ambientales presenta la población de niños en etapa escolar y no regirse por la información de estudios realizados en otras regiones, ciudades o países, porque las características físicas es diferente en cada etnia, región, población, etc. Los hábitos deletéreos llegan a alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático, causando un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales, conllevando a una deformación que puede tener menor o mayor repercusión en el aspecto estético y psicológico, según la edad en que se empieza el hábito.

- Práctico

La presente investigación revela una importancia clínica para una intervención precoz, pues aporta mayor información a los profesionales especialistas y odontólogos en general sobre las principales características estudiadas en la maloclusión a edad temprana. De esta manera, se podrán diagnosticar y tratar estos casos de necesidad de tratamiento temprano y ofrecer un servicio de calidad que se base en un estudio previo. Así, la evaluación de una necesidad de un tratamiento ortodóntico a temprana edad estaría muy bien empleada.

- Social

El presente estudio ostenta importancia social, ya que contribuye a la evaluación objetiva de los criterios de necesidad de tratamiento de ortodoncia de pacientes evaluados, lo que permite informar, alertar y crear conciencia en los padres sobre las necesidades de tratamiento

ortodóntico de sus hijos, las cuales pueden ser controladas de manera individual o colectiva para obtener los mayores beneficios a futuro. Conocer los hábitos deletéreos y sus consecuencias es importante desde el punto de vista preventivo, con la finalidad de desarrollar programas educativos a la población y mejorar la salud oral de los niños.

Nuestra investigación, permitirá a nivel de la profesión y de los padres de familia tener información sobre la frecuencia de los malos hábitos orales y como estos guardan relación con las anomalías dentomaxilares.

III. OBJETIVOS

3.1.-Objetivo general

Determinar la asociación de los hábitos orales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años, de la I.E.P. 9 de diciembre, 2018.

3.2.- Objetivos específicos.

1. Determinar los tipos de hábitos orales deletéreos presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre
2. Determinar los hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre
3. Registrar la prevalencia de las maloclusiones ,presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre
4. Identificar las maloclusiones verticales, presentes escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre
5. Identificar las maloclusiones transversales, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre.
6. Detallar las maloclusiones anteroposteriores, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre.
7. Relacionar los hábitos orales deletéreos con el tipo de maloclusión presente, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1.- Tipo de estudio

- Prospectivo
- Transversal
- Descriptivo

4.2.- Población/ Muestra/ Criterios de Selección

- **Población**

Niños de etapa escolar 6 a 12 años de la I.E.P “9 DE DICIEMBRE”, 2018.

- **Muestra**

La muestra fueron 166 niños de etapa escolar, cuyas edades comprendían entre los 6 y 12 de la I.E.P “9 DE DICIEMBRE”, 2018.

- **Criterios de Selección.**

Criterios de Inclusión

- Niños con previo consentimiento de sus padres
- Niños de etapa escolar, 6 a 12 años.
- Niños que presenten hábitos orales deletéreos
- Niños sin presencia de lesiones cariosas amplias y lesiones cariosas proximales.

Criterios de exclusión

- Niños con retraso mental, síndromes, labio y paladar fisurado.
- Niños con tratamiento de ortopedia previo.

4.3.- Variables

Variable Independiente

- ✚ Hábitos orales deletéreos

Variable Dependiente

- ✚ Maloclusiones dentarias.

4.3.1.- Operacionalización De Variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Instrumento	Variabl e	Escala de medición	Valores
Hábitos Orales Deletéreos	Acción que realiza el niño repetidas veces y que son perjudiciales para el desarrollo facial.	Succión digital.	Callosidades, irritación, generalmente en los dedos pulgar o índice.	Cuestionario y Ficha clínica	Cualitativa	nominal	Presenta No presenta
		Onicofagia.	Uñas muy cortas. El borde libre de la uña desaparece.	Cuestionario y Ficha clínica	Cualitativa	nominal	Presenta No presenta
		Interposición labial	Labio superior e inferior entre los incisivos.	Cuestionario y Ficha clínica	Cualitativa	nominal	Presenta No presenta
		Interposición Lingual.	La lengua se interpone entre los incisivos, a veces premolares y molares.	Cuestionario y Ficha clínica	Cualitativa	nominal	Presenta No presenta
		Respirador bucal.	En la inspiración y expiración el aire pasa por la cavidad bucal. Maxilar Superior y Cornetes estrechos. Incompetencia labial	Cuestionario y Ficha clínica	Cualitativa	nominal	Presenta No presenta
Maloclusión dentaria.	Alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio	Verticales Mordida abierta.	Uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas Overbite nulo o negativo.	Ficha Clínica	Cualitativa	nominal	Ausente Presente
		Sobremordida anterior.	Overbite excesivo (>20%)	Ficha Clínica	Cualitativa	nominal	Ausente Presente
		Transversales Mordida cruzada.	Las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores desbordan lateralmente a los superiores en una hemiarcada o en ambas.	Ficha Clínica	Cualitativa	nominal	Ausente Presente
		Mordida en tijera.	Las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.	Ficha Clínica	Cualitativa	nominal	Ausente Presente
		Anteroposterior Maloclusión Clase I	Cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.	Ficha Clínica	Cualitativa	Nominal	Ausente Presente
		Maloclusión Clase II div 1	Surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Inclinación vestibular de los incisivos superiores. Over Jet >3mm	Ficha Clínica	Cualitativa	nominal	Ausente Presente

		Maloclusión Clase II div 2	Surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Incisivos centrales superiores Verticalizados o palatinizados. Over Jet<1mm	Ficha Clínica	Cualitativa	nominal	Ausente Presente
		Maloclusión Clase III	Surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior.	Ficha Clínica	Cualitativa	nominal	Ausente Presente
Sexo	Rasgos físicos que diferencia a los hombres de las mujeres.	Masculino Femenino	Anatomía del Individuo. Características Biológicas	Ficha Clínica	Cualitativa	nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo vivido por una persona expresado en años.	Edad cumplida	Edad cumplida	Ficha Clínica	Cuantitativa	ordinal	6,7,8,9, 10, 11 y 12 años.

4.4.- Técnica/ Procedimiento

- **Técnica**

- ✓ Técnica De Recolección De Datos:

Se confeccionó una ficha para la recolección de datos. La ficha incluyó los siguientes datos: fecha de recolección de datos, nombre del paciente, edad, sexo, preguntas sobre el tipo de maloclusión y hábito deletéreo que presenta.

- ✓ Técnica De Observación

La observación fue un análisis muy cuidadoso de los hábitos orales deletéreos que presentaban los niños, y las maloclusiones dentarias. Posteriormente se llenó, con los datos hallados, en la ficha clínica.

- **Procedimiento**

Se solicitó una carta de presentación, dirigida a la I.E.P. 9 DE DICIEMBRE, en la oficina de grados y títulos. El Director Cesar Augusto Álvarez Lujan, de la Institución Educativa Privada “9 DE DICIEMBRE” ubicada en el A.H. Cruz de Motupe, en el distrito de san juan de Lurigancho; aceptó y brindó las facilidades del caso para realizar el estudio (Fig.1y2).

Se realizó la calibración junto con la Dra. Nimia Peltroche Adrianzen, que consistió en evaluar a 18 niños de la I.E.P, se realizó un examen extraoral e intraoral en cada niño, observando si presentaban hábitos y maloclusiones. Cada dato fue llenado en el instrumento utilizado que luego se comparó la concordancia observada en los niños, mediante el coeficiente kappa de cohen (Anexo 1).

Viendo que la fuerza de concordancia fue muy buena se procedió a evaluar a los siguientes niños de la I.E.P.

Se programó primero una reunión con los padres de familia y se envió un comunicado a los padres o representantes legales de los niños detallando que se realizara una reunión el día, hora, previa coordinación con el director de la institución.

Se les explicó a los padres de familia de que trataba el estudio de investigación, se realizó una charla de malos hábitos orales y sus consecuencias, posteriormente se les solicitó su participación y firma de consentimiento informado de cada uno de los padres (Fig. 3y 4), para que el menor pudiera participar en la investigación. Luego, se le entregó a cada uno de los padres o apoderados una encuesta que respondieron y exámenes correspondientes a los niños matriculados y seleccionados (Anexo 2y 3).

Una vez asignada el aula se preparó el sitio, se colocaron sillas y mesas para que el niño fuera evaluado, las ventanas del aula fueron abiertas para ayudarnos con luz natural. Se utilizaron materiales como: mascarillas descartables, guantes de látex talla small, baja lengua, retractores de carrillos, mandil blanco, gorro desechable, campos de mesa, campos de pecho, servilletas. Los datos fueron registrados en la ficha de recolección diseñada para esta investigación (Anexo 4)

Se explicó al niño en qué consistía el estudio y que su participación era libre y voluntaria (AnexoN°5).Se realizó un examen observacional sobre características que denoten presencia de hábitos bucales deletéreos, se siguió el orden de la ficha de recolección de datos para realizar la observación de la siguiente manera: Los dedos, Labios, Cierre labial, Nariz, Aletas nasales, Respiración al sellar los labios y Lengua.

Para evaluar el hábito de succión digital o labial se observó minuciosamente todos los dedos de las dos manos para reconocer si el dedo o los dedos se encuentran humedecidos y/o arrugados,

también se observaron callosidades, eccema irritativo, ampollas en el pulgar o índice (Fig.5y 6).

El hábito de onicofagia se pidió al niño que extienda sus manos sobre la mesa y se evaluó mediante la observación minuciosa de las uñas de los dedos reconociendo la forma en serrucho de las uñas, además evaluando las lesiones en el borde libre de la uña y si desaparece o no, también con la presencia de microtraumatismos (Fig. 7).

Para reconocer el hábito de Interposición lingual se le indica al escolar que pase la saliva, en ese proceso se observó si al tragar realiza una mueca, contracción de los músculos orbiculares de los labios, masetero, o borla del mentón, observamos si hay interposición de la lengua entre los incisivos al deglutir. También se utilizaron retractores de carrillos para observar mejor la interposición lingual (Fig.8).

Para reconocer el tipo de respiración que presentó cada paciente observamos si presentaban ojeras, alas de la nariz ensanchadas, y por ultimo nos ayudamos de un espejo pequeño colocando cerca a la boca, esto nos permitió observar si hubo o no empañamiento y por lo tanto obstrucción nasal (Fig.9).

En la Observación intraoral, se recogió datos sobre Oclusión, Mordida abierta, Mordida cruzada anterior, Mordida cruzada posterior los datos recopilados fueron registrados en una ficha clínica (Fig.10, 11 y 12).

En la maloclusión dentaria vertical se evaluó según el overbite, un overbite excesivo (>20%) representa una mordida profunda, en una mordida abierta anterior uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas Overbite nulo o negativo(Fig.13 y 14).

En la maloclusión dentaria transversal se evaluó la mordida cruzada posterior unilateral o bilateral según las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores que desbordan lateralmente a los superiores en una hemiarcada o en ambas; y la mordida en tijera según las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores (Fig.15y 16).

Evaluamos la maloclusión dentaria anteroposterior o sagital con la clasificación de Angle, Cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior en relación clase I de Angle; El Surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior en relación clase II de Angle; El surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior (Fig. 17, 18 y 19).

4.5- Consideraciones Éticas.

Al ser un estudio clínico, se aplicó los principios de ética según Helsinki basados en el respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Se realizó el consentimiento informado a los padres de familia, y el asentimiento informado a los niños.

4.6.- Plan de análisis

- **Análisis Descriptivo**

Los hábitos deletéreos fueron evaluados y registrados en la ficha de recolección de datos (Anexos 1).

Las maloclusiones dentarias fueron diagnosticadas y registradas en la ficha de recolección de datos (Anexo 2).

El procesamiento de datos fue realizado con ayuda de una computadora Intel Core i5 con el sistema operativo Windows 10 y se empleó el software SPSS 24.0 en español.

- **Análisis Inferencial**

El estudio fue evaluado con la prueba estadística chi cuadrado (χ^2) y prueba exacta de Fisher en el caso de frecuencias esperadas menores a 0.05

Se elaboraron tablas de doble entrada con frecuencias y porcentajes y para cada tabla se diseñaron las gráficas correspondientes.

V. RESULTADOS

Tabla N°1 Presencia de los tipos de hábitos orales deletéreos en escolares de 6 a 12 años, de la I.E.P. 9 de Diciembre

hábitos orales deletéreos	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Succión digital	41	24.7	125	75.3
Onicofagia	48	28.92	118	71.08
Interposición labial	22	13.25	144	86.75
Interposición lingual	15	9.04	151	90.96
Respirador bucal	21	12.65	145	87.35
Total	129	77,7	37	22,3

En la **Tabla N°1** se puede observar que el hábito con mayor porcentaje es la onicofagia (28.9%), seguido de la succión digital (24.7%), y en menor porcentaje fue la interposición lingual (9%). El 77.7% presenta al menos un hábito deletéreo y el 22.3% no presenta ninguno de estos hábitos.

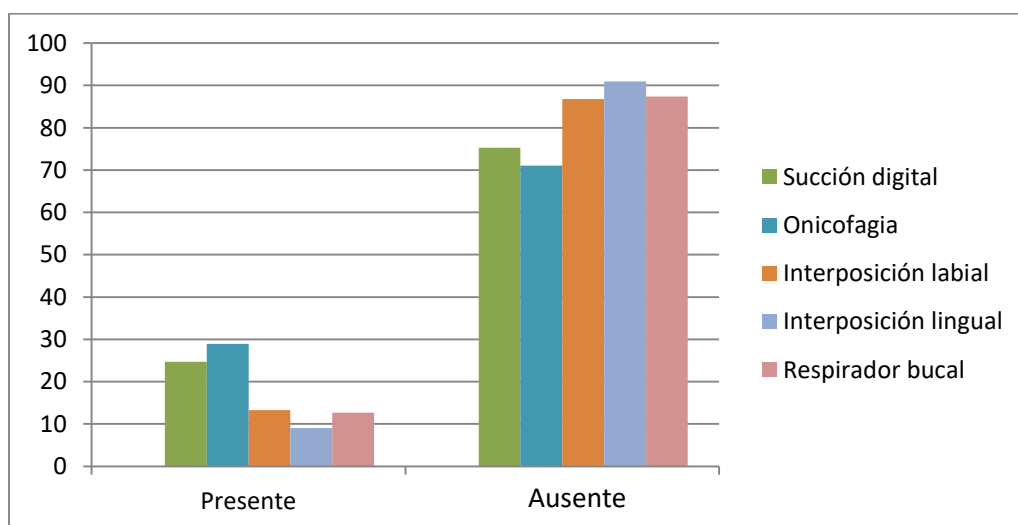


Figura N°1. Tipos de hábitos orales deletéreos en escolares de 6 a 12 años, de la I.E.P. 9 de Diciembre

Tabla N°2 Presencia de hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018

Edad	Presencia de hábitos orales deletéreos				Total
	No		Si		
	n	%	n	%	
6	7	30.4	16	69.6	23
7	3	16.7	15	83.3	18
8	4	12.1	29	87.9	33
9	3	21.4	11	78.6	14
10	6	24	19	76	25
11	6	20.7	23	79.3	29
12	8	33.3	16	66.7	24
Total	37	22.3	129	77.7	166

Chi2 de Pearson = 4.9604 P = 0.549

En la Tabla N°2 se puede observar, de los 166 escolares del colegio 9 de Diciembre se observa que en la edad de 8 se presenta la mayor cantidad de niños con hábitos orales deletéreos (87.9%) y en la edad de 12 años se presenta menor porcentaje de niños con hábitos deletéreos (66.7%); cabe resaltar que la presencia de hábitos deletéreos es mayor del 50% en todas las edades, no se encuentran diferencias significativas según edad ($p > 0.05$).

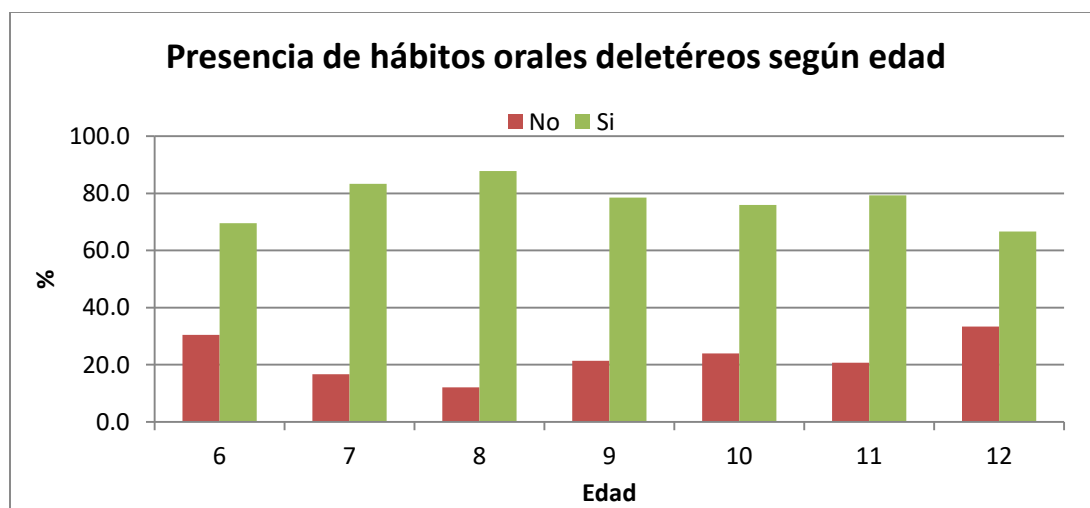


Figura N°2 hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018.

Tabla N°3 Prevalencia de las maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018.

	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Vertical	77	46.39%	89	53.61%
Transversal	61	36.75%	105	63.25%
Sagital	97	58.43%	69	41.57%
MALOCCLUSIÓN DENTARIA	129	77.71%	37	23.00%

En la Tabla N°3 se puede observar que en la prevalencia de las maloclusiones dentarias predomina la maloclusión sagital (58.4%) seguido de la maloclusión vertical (46.4%), a diferencia de la transversal que tiene una menor prevalencia (36.7%). En general el 77.7% de los pacientes presenta por lo menos un tipo de maloclusión y el 23.0% no presenta ninguna maloclusión dentaria.

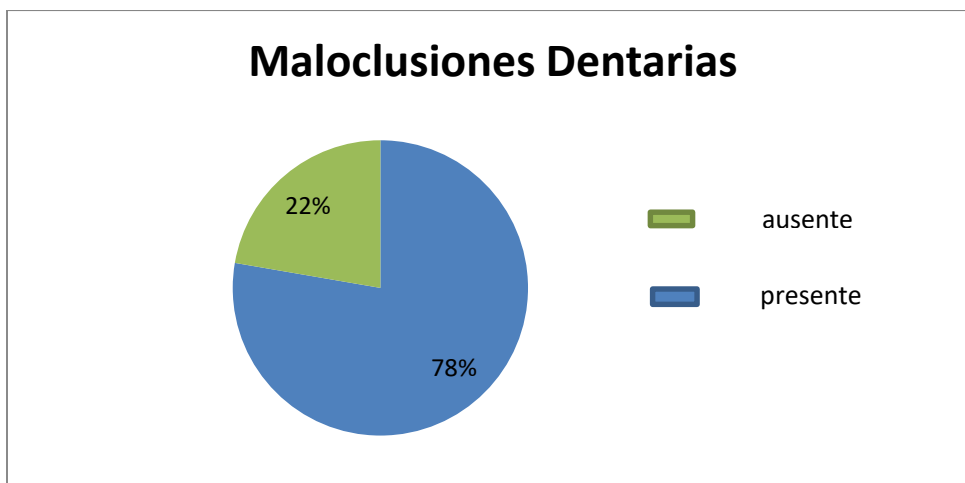


Figura N°3. Maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018.

Tabla N°4 Maloclusiones transversales, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre

	n	%
Normoclusión	121	72.9
Mordida cruzada posterior	19	11.4
Mordida bis a bis	25	15.1
Mordida en tijera	1	0.6
Total	166	100

Chi2 de Pearson = 0.5913 P = 0.744

En la Tabla N°4 se puede observar que en la prevalencia de las maloclusiones dentarias transversales tenemos la mordida Bis-Bis (15.1%) seguido de la mordida cruzada posterior (11.4%), a diferencia de la mordida en tijera que tiene una menor prevalencia (0,6%).

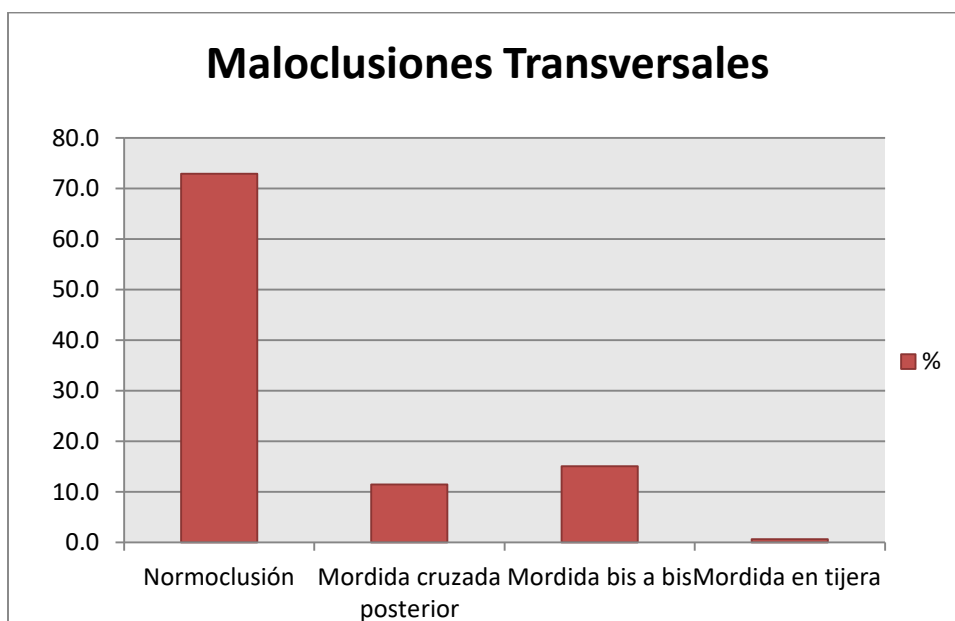


Figura N°4 Maloclusiones transversales, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre.

Tabla N°5 Prevalencia maloclusiones verticales, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018

	n	%
Normoclusión	51	30.7
Mordida abierta anterior	47	28.3
Mordida profunda	28	16.9
Bis a bis anterior	40	24.1
Total	166	100

En la Tabla N°5 se puede observar que en las maloclusiones dentarias verticales predomina la mordida abierta anterior (28.3%) seguido de la mordida Bis-Bis anterior (24.1%), a diferencia de la mordida profunda que tiene la menor prevalencia (16.9%).

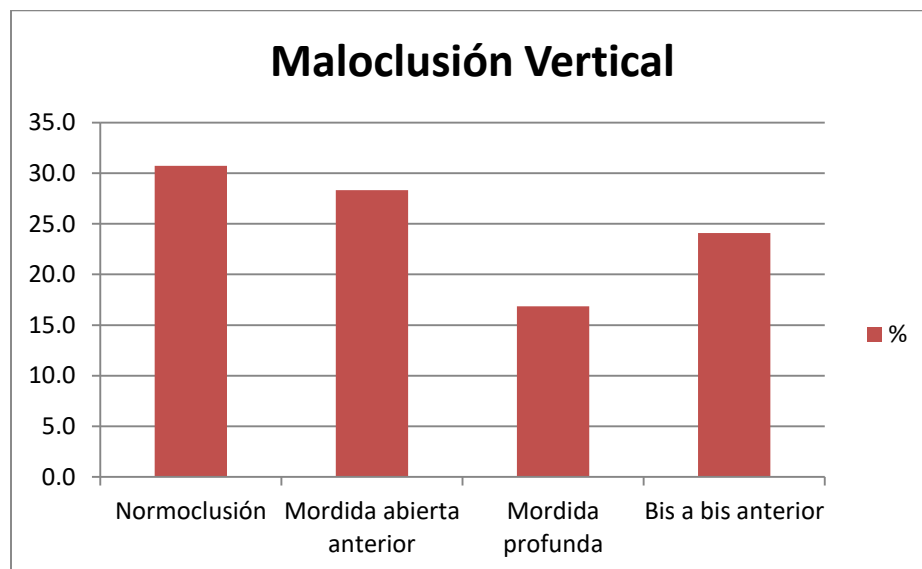


Figura N°5 Maloclusiones verticales, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018.

Tabla N°6 Prevalencia de maloclusiones sagitales, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre

	n	%
Clase I	69	41.6
Clase II división 1	48	28.9
Clase II división 2	13	7.8
Clase III	36	21.7
Total	166	100

Chi2 de Pearson = 0.9058 P = 0.924

En la **Tabla N°6** se puede observar que en las maloclusiones dentarias sagitales predomina la Clase I (41.6%), seguido de Clase II división 1 (28.9%), y con una menor prevalencia tenemos la Clase II división 2 (7.8%) y Clase III con (21.7%).

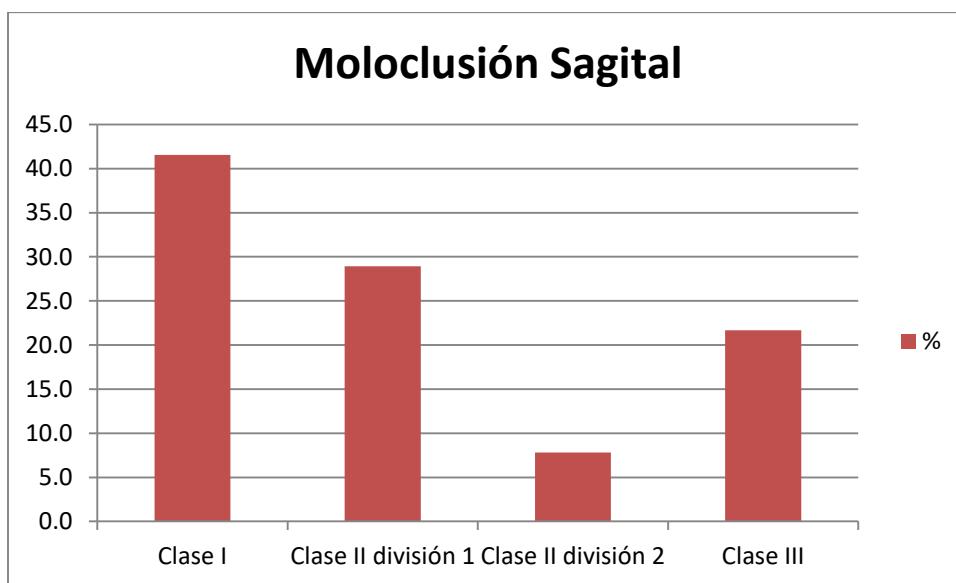


Figura N°6 Maloclusiones sagitales, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre.

Tabla N°7. Relación de la mordida profunda anterior con los hábitos deletéreos en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018.

Hábitos deletéreos		Mordida profunda anterior				<i>p</i>
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Succión Digital	No presenta	15	9.04%	110	66.27%	0.336*
	Presenta	13	7.83%	28	16.87%	
Onicofagia	No presenta	27	16.27%	91	54.82%	0.126°
	Presenta	1	0.60%	47	28.31%	
Interposición labial	No presenta	25	15.06%	119	71.69%	0.041°
	Presenta	3	1.81%	19	11.45%	
Interposición lingual	No presenta	22	13.25%	110	66.27%	0.477*
	Presenta	6	3.61%	9	5.42%	
Respirador bucal	No presenta	26	27.11%	119	71.69%	0.362°
	Presenta	2	1.20%	19	11.45%	

*Prueba exacta de Fisher

°Prueba de chi cuadrado

En la **Tabla N°7** se puede observar que según la Prueba Chi Cuadrado sólo existe asociación estadísticamente significativa del hábito de interposición labial con mordida profunda anterior ($p < 0,05$)

Tabla N°8. Relación de la mordida abierta anterior con los hábitos deletéreos en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018

Hábitos deletéreos		Mordida abierta anterior				<i>p</i>
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Succión Digital	No presenta	15	9.04%	110	66.27%	0.001°
	Presenta	32	19.28%	9	5.42%	
Onicofagia	No presenta	44	26.50%	74	44.58%	0.105°
	Presenta	3	1.81%	45	27.11%	
Interposición labial	No presenta	38	22.89%	106	63.86%	0.463*
	Presenta	9	5.42%	13	7.83%	
Interposición lingual	No presenta	38	22.89%	113	68.07%	0.025°
	Presenta	9	5.42%	6	3.61%	
Respirador bucal	No presenta	45	27.11%	100	60.24%	0.309*
	Presenta	2	1.20%	19	11.45%	

**Prueba exacta de Fisher*

°*Prueba de chi cuadrado*

En la **Tabla N°8** se puede observar que según la Prueba chi cuadrado sólo existe asociación estadísticamente significativa entre el hábito de succión digital y la interposición lingual con la mordida abierta anterior ($p < 0,05$)

Tabla N°9. Relación de la mordida bis a bis anterior con los hábitos deletéreos en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018

Hábitos deletéreos		Mordida bis a bis anterior				<i>p</i> *
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Succión Digital	No presenta	24	14.46%	101	60.84%	0.336
	Presenta	16	9.64%	25	15.06%	
Onicofagia	No presenta	27	16.27%	91	54.82%	0.126
	Presenta	13	7.83%	35	21.08%	
Interposición labial	No presenta	32	19.28%	112	67.47%	0.371
	Presenta	8	4.82%	14	8.43%	
Interposición lingual	No presenta	34	20.48%	117	70.48%	0.477
	Presenta	6	3.61%	9	5.42%	
Respirador bucal	No presenta	36	21.69%	109	65.66%	0.362
	Presenta	4	2.41%	17	10.24%	

**Prueba exacta de Fisher*

En la **Tabla N°9** se puede observar que según la Prueba Exacta de Fisher no existe asociación estadísticamente significativa de los hábitos deletéreos con la mordida bis a bis anterior ($p > 0,05$)

Tabla N°10. Relación de la mordida cruzada posterior con los hábitos deletéreos en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018

Hábitos deletéreos		Mordida cruzada posterior				P
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Succión Digital	No presenta	13	7.83%	112	67.47%	0.019°
	Presenta	6	3.61%	35	21.08%	
Onicofagia	No presenta	3	1.81%	115	69.28%	0.415*
	Presenta	16	9.64%	32	19.28%	
Interposición labial	No presenta	12	7.23%	128	77.11%	0.456°
	Presenta	7	4.22%	15	9.04%	
Interposición lingual	No presenta	15	9.04%	136	81.93%	0.072*
	Presenta	4	3.61%	11	5.42%	
Respirador bucal	No presenta	13	7.83%	132	79.52%	0.027°
	Presenta	6	3.61%	15	9.04%	

*Prueba exacta de Fisher

°Prueba de che cuadrado

En la **Tabla N°10** se puede observar que según la Prueba che cuadrado sólo existe asociación estadísticamente significativa entre el hábito de succión digital y respiración bucal con la mordida cruzada posterior ($p < 0,05$).

Tabla N°11. Relación de la mordida bis a bis posterior con los hábitos deletéreos en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de diciembre, 2018.

Hábitos deletéreos		Mordida bis a bis posterior				<i>p</i> *
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Succión Digital	No presenta	16	9.64%	109	65.66%	0.519
	Presenta	9	5.42%	32	19.28%	
		n	%	n	%	
Onicofagia	No presenta	14	8.43%	115	69.28%	0.741
	Presenta	11	6.63%	37	22.29%	
		n	%	n	%	
Interposición labial	No presenta	18	10.84%	126	75.90%	0.456
	Presenta	7	4.22%	15	9.04%	
		n	%	n	%	
Interposición lingual	No presenta	19	11.45%	132	79.52%	0.023
	Presenta	6	3.61%	9	5.42%	
		n	%	n	%	
Respirador bucal	No presenta	21	12.65%	124	74.70%	0.132
	Presenta	4	2.41%	17	10.24%	

**Prueba exacta de Fisher*

En la **Tabla N°11** se puede observar que según la Prueba exacta de Fisher sólo existe asociación estadísticamente significativa entre los hábitos de interposición lingual y la mordida Bis – Bis posterior ($p < 0,05$).

Tabla N°12. Relación de la mordida en tijera con los hábitos deletéreos en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018

Hábitos deletéreos		Mordida en tijera				<i>p</i> *
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Succión Digital	No presenta	1	0.60%	124	74.70%	0.819
	Presenta	0	0.00%	41	24.70%	
		n	%	n	%	
Onicofagia	No presenta	0	0.00%	118	71.08%	1.41
	Presenta	1	0.60%	47	28.31%	
		n	%	n	%	
Interposición labial	No presenta	1	0.60%	143	86.14%	0.802
	Presenta	0	0.00%	22	13.25%	
		n	%	n	%	
Interposición lingual	No presenta	0	0.00%	151	90.96%	0.046
	Presenta	1	3.61%	14	5.42%	
		n	%	n	%	
Respirador bucal	No presenta	1	0.60%	144	86.75%	0.452
	Presenta	0	0.00%	21	12.65%	

**Prueba exacta de Fisher*

En la **Tabla N°12** se puede observar que según la Prueba exacta de Fisher existe asociación estadísticamente significativa entre el hábito de interposición lingual con la mordida en tijera ($p < 0,05$).

Tabla N°13. Relación de la mordida bis a bis anterior con los hábitos deletéreos en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018

Hábitos deletéreos		Clase I				Clase II			
		Presente		Ausente		Presente		Ausente	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Succión Digital	No presenta	37	22.29%	88	53.01%	47	28.30%	78	47.00%
	Presenta	32	19.28%	9	5.42%	14	8.40%	27	16.30%
	p	0.219*				0.042°			
Onicofagia	No presenta	43	25.90%	75	45.18%	44	26.51%	74	44.60%
	Presenta	26	15.66%	22	13.25%	17	10.24%	31	18.70%
	p	0.407°				0.129*			
Interposición labial	No presenta	57	34.34%	87	52.41%	48	28.92%	96	57.80%
	Presenta	12	7.23%	10	6.02%	13	7.83%	9	5.40%
	p	0.771°				0.286°			
Interposición lingual	No presenta	64	38.55%	87	52.41%	58	34.90%	93	56.00%
	Presenta	5	3.61%	10	5.42%	3	1.80%	12	7.20%
	p	0.127*				0.018*			
Respirador bucal	No presenta	61	36.75%	84	50.60%	55	33.10%	90	54.20%
	Presenta	8	4.82%	13	7.83%	6	3.60%	15	9.00%
	p	0.677*				0.491*			

*Prueba exacta de Fisher

°Prueba de chi cuadrado

En la **Tabla N°13** se puede observar que según la Prueba Chi Cuadrado y Prueba exacta de Fisher sólo existe asociación estadísticamente significativa entre el hábito de succión digital e interposición lingual con la clase II ($p < 0,05$).

Tabla N°14. Relación de la clase III con los hábitos deletéreos en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018

Hábitos deletéreos		Clase III			
		Presente		Ausente	
		n	%	n	%
Succión Digital	No presenta	3	1.81%	122	73.49%
	Presenta	33	19.88%	8	4.82%
	<i>p</i>			0,124*	
		n	%	n	%
Onicofagia	No presenta	29	17.47%	89	53.61%
	Presenta	7	4.22%	41	24.70%
	<i>p</i>			0,419*	
		n	%	n	%
Interposición labial	No presenta	32	19.28%	112	67.47%
	Presenta	4	2.41%	18	10.84%
	<i>p</i>			0,588*	
		n	%	n	%
Interposición lingual	No presenta	24	14.46%	127	76.51%
	Presenta	12	3.61%	3	5.42%
	<i>p</i>			1,000°	
		n	%	n	%
Respirador bucal	No presenta	27	16.27%	118	71.08%
	Presenta	9	5.42%	12	7.23%
	<i>p</i>			0,310°	

*Prueba exacta de Fisher

°Prueba de chi cuadrado

En la **Tabla N°14** se puede observar que según las Prueba de Prueba Chi Cuadrado y Prueba Exacta de Fisher vemos que no existe asociación estadísticamente significativa de la Clase III con los hábitos deletéreos ($p \geq 0,05$).

VI. DISCUSIÓN

Los resultados en esta investigación muestran que, el hábito con mayor frecuencia fue la onicofagia (29%), seguido de la succión digital (24.7%) y la interposición labial (13.3%). Las maloclusiones más prevalentes fueron la maloclusión clase I (41,6%), la clase II división 1 (29%), la mordida abierta anterior (28.3%), la mordida Bis-Bis (vertical) (24.1%), la clase III (21.7%), mordida profunda (16.9%) mordida Bis-Bis (Transversal) (15.1%), la clase II división 2 (7.8%). Al realizar la prueba estadística de Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher se observa que hay asociación estadísticamente significativa entre los hábitos de succión digital y la interposición lingual con la mordida abierta anterior, también observamos que el hábito de respiración bucal y succión digital está asociado con la mordida cruzada posterior. Así mismo la succión digital y la interposición lingual con la maloclusión clase II.

Estos resultados concuerdan con Arias y Botero (2017) que compararon la frecuencia de hábitos orales y su relación con maloclusión en niños de 4 a 12 años de edad en San Luis Potosí-México y Medellín-Colombia. Obtuvo que el hábito con mayor presencia fue la onicofagia, al igual que nuestra investigación donde obtuvimos la onicofagia (28.9%) como mayor frecuencia en los niños de 6 a 12 años de la I.E.P. “9 de diciembre”.

También concluyen que la deglución atípica y la mordida abierta están directamente relacionadas, sugiriendo que la función deglutiva puede ser un factor causal de maloclusión, igualmente se encontró una relación directa entre succión digital y mordida cruzada posterior. En el caso de nuestra investigación se puede observar que según la Prueba exacta de Fisher existe asociación estadísticamente significativa el hábito de succión digital y la interposición lingual con la mordida abierta anterior ($p < 0,05$)

A diferencia de nuestra investigación Paiva (2017) determino la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, no se encontró relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones, ya que la clase I, II y III no se alteran significativamente en relación a alguno de los hábitos perniciosos. El hábito bucal pernicioso más frecuente fue la respiración bucal con 47.0%, seguido de la onicofagia con 24.2% y la succión digital con 19.7%. Las maloclusiones más frecuentes son la clase I con 65.1% seguido de la clase II con 25% y finalmente con 9.1% la clase III.

Lo cual, a diferencia de nuestra investigación, observamos que hay significancia estadísticamente de la Clase II con los hábitos de interposición lingual y succión labial.

Mientras que la Clase I y III no encontramos asociación estadísticamente significativa con los hábitos orales deletéreos ($p>0,05$)

Desde otro punto de vista Garrido (2016) Evaluó la influencia de los malos hábitos orales en la Oclusión de niños de 5 a 10 años, en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar”. Determinó la relación de los malos hábitos orales con las maloclusiones, presentando que la maloclusión Clase I tiene mayor relación con el hábito de Onicofagia (50%), la maloclusión Clase II se relaciona con la succión digital (75%) y la maloclusión Clase III se presentaba en mayor número en niños respiradores bucales (40%). Se concluyó que la presencia de malos hábitos orales tiene relación con las maloclusiones que se desarrolla en los niños a temprana edad.

En nuestros resultados se observa que sólo existe asociación estadísticamente significativa de la Clase II con los hábitos de interposición lingual y succión labial. Mientras que la clase I y III no encontramos relación estadísticamente significativa con los hábitos deletéreos.

En relación con Mendoza, Meléndez, Ortiz y Fernández (2014) encontraron que la prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue del 96.6%. Mientras que en nuestra investigación de 166 escolares de la I.E.P. “9 de diciembre” fue del (77.7%).

El mayor número de casos se presentó a la edad de 4 y de 6 a 11 años durante la dentición mixta. Se presentó indistintamente de acuerdo con el género. A diferencia en nuestra investigación que a la edad de 8 se presenta la mayor cantidad de niños con hábitos orales deletéreos (87.9%) y en la edad de 12 años se presenta menor porcentaje de niños con hábitos deletéreos (66.7%).

El hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%; en segundo lugar, succión labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%. En relación con la presencia de hábitos deletéreos obtuvimos que se encontraran en mayor Porcentaje la onicofagia 28.9%, seguidos por la succión digital 24.7%, succión de labio 13.2% y finalmente la interposición lingual 9%.

En relación con la presencia de maloclusiones obtuvimos en mayor porcentaje la clase I (41.6%), mordida abierta (28.3%), seguidos por mordida bis a bis (24.1%) y finalmente la Clase II división 2 (7.8%). En comparación con Zapata et al. (2014) que evaluaron las maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa “Los Educadores”. La maloclusión predominante fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III.

VII. CONCLUSIONES

1.- El hábito más predominante en niños de la Institución Educativa Privada “9 de Diciembre”, fue la onicofagia.

2.- La edad que presenta mayor cantidad de hábitos orales deletéreos, es de 8 años y la edad de 12 años se presenta menor porcentaje de niños con hábitos deletéreos.

3.- El 77.7% de los pacientes presenta por lo menos un tipo de maloclusión.

4.- Las maloclusiones dentarias verticales que predominó, fue la mordida abierta anterior.

5.- Las maloclusiones dentarias transversales con mayor prevalencia fueron, la mordida Bis-Bis, a diferencia de la mordida en tijera que tiene una menor prevalencia.

6.- Las maloclusiones dentarias anteroposterior predomina la Clase I y con una menor prevalencia tenemos la Clase II división 2.

7.- Al relacionar tenemos que existe asociación estadísticamente significativa entre los hábitos de succión digital, interposición lingual y respiración bucal con la mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, mordida bis a bis posterior, mordida en tijera y la maloclusión clase II.

VIII. RECOMENDACIONES

- 1.- Es recomendable diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos deletéreos para prevenir la prevalencia de maloclusiones a edades más avanzadas, proporcionándole una atención integral al niño.
- 2.- Realizar programas preventivos en colegios o en comunidades donde se presta servicio, dirigido a padres y/o apoderados, en los cuales se brinde información sobre hábitos deletéreos y su influencia en la oclusión.
- 3.- Utilizar comunidades con diferente estatus socioeconómico o diferente nivel de educación de los padres.
- 4.- Se recomienda implementar nuevos proyectos de investigación respecto a los hábitos deletéreos en la población preescolar, ya que una intercepción temprana y oportuna, evitara mayores daños en el sistema estomatognático.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abanto, J., Guedes, A. y Bönecker, M. (2012). Anomalías dentarias de impacto estético en odontopediatría: características y tratamiento. *Estomatol Herediana*, 22(3) ,71-78.
- Álvarez, M., Pérez, A., Martínez, I., García, M. y Suárez, R. (2014). Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. *Médica Electrón*, 36(4), 45-49.
- Alzate, J., Álvarez, E. y Botero (2014). Tratamiento Temprano de la Maloclusión Clase III con aparatología Ortopédica: Reporte de caso con 7 años de control. *Revista de Odontopediatría Latinoamérica*, 4 (1), 95-109.
- Arias, A., Espinal, G., Ponce, M., Posada, A., Nava, J. y Salcedo, B. (2017). Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín –Colombia, 2016. *Nacional De Odontología*, 13(26), 1- 39.
- Canut, J.A. (2000). *Ortodoncia Clínica y terapéutica*. Barcelona, España: Masson.
- Cepero, Z., Hidalgo, L., Duque, J. y Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana Estomatológica*, 44 (4), 1-13.
- Chamorro, A. , García, C., Mejía, E., Viveros, E., Soto, L., Triana, F. y Valencia, C. (2017). Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. *Gastrohnutp* ,19 (2), 1-10.

- Escola, M. (2017). *Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales*. (Tesis de pregrado) Universidad Central del Ecuador, Ecuador.
- Espinoza, I., Casas, A. y Campos, K. (2016). Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. *Rev. Odontológica Pediátrica*, 15(2), 1-8.
- Fieramosca, F., Lezama, E., Manrique, R., Quirós, O., Farías, M. y Rondón, S. (2007). La función respiratoria y su repercusión a nivel del sistema estomatognático. *Rev. Latinoam Ortod y Odontopediatría*, 5(3) ,1–13.
- Garrido, P. (2016). *Influencia de los malos hábitos orales en la Oclusión de niños de 5 a 10 años*. (Tesis de pregrado). Universidad de las Américas, Quito.
- González, E., Mena, G., Sarmientos, Y., Durán, W. y Romero, L. (2018). Anomalías dentomaxilofaciales de la atención primaria de salud en escolares de 6-12 años. *Revista Médica Granma*. 22(1), 12-25.
- Herrero, C. (2003). *Anomalías Dentomaxilares, Malos Hábitos Orales Y Alteraciones Fonoarticulatorias En La Población Endogámica Del Archipiélago De Juan Fernández*. (Tesis de pregrado) Universidad De Chile, Chile.
- Maroto, F. y Navas, L. (2010). *Maloclusiones y malposiciones dentarias. Anomalías por hábitos y parafunciones*. Madrid, España: Síntesis.
- Meza, E., Mercado, D. y Díaz, D. (2016). Maloclusiones dentales y alteraciones esqueléticas en pacientes de 6 a 11 años con hábitos orales. *Revista Colombia Investigación Odontológica*, 7(20), 97-105.

- Mora, D., Veloso, D., Gacitúa, G. y Espinoza, A. (2001). Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares Causadas por Malos Hábitos en Niños de 6 a 9 Años. *Rev. Dental de Chile*, 92 (1), 81-94.
- Murrieta, J., Cruz, P., López, J., Marques, M. y Murillo, Z. (2007). Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. *Acta Odontológica Venezolana*, 45 (1), 74-78.
- Ocampo, A., García, J. y Álvarez, M. (2013). Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. *Nacional. Odontológica*, 6(2), 83-90.
- Orellana, M., Mendoza, Z., Perales, Z. y Marengo C., H. (2014). Estudio Descriptivo De Todas Las Investigaciones Sobre Prevalencia De Maloclusiones Realizadas En Las Universidad De Lima, Ica Y Arequipa. *Odontología San Marquina*, 1 (5), 39-43.
- Ortiz, M. y Lugo, V. (2007). Maloclusión Clase II División 1; Etiopatogenia, características clínicas y alternativa de tratamiento con un configurador reverso sostenido II (CRS II). *Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. 5(2) ,121-130.
- Pino, I., Véliz, O. y García, P. (2014). Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. *Revista Medicent Electrón* ,18(4), 177-183.
- Quirós, O., Quirós, L. y Quirós C. (2003). La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontología. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatria*, 34(5) ,45-52.
- Reni, K. y Piñeiro, S. (2014). Malos Hábitos Orales: Rehabilitación Neuromuscular Y Crecimiento Facial. *Revista Médica Clínica*, 25(2), 380-388.

Ugalde, M. (2007). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal Facultad de Odontología. Universidad Tecnológica de México. *Revista ADM* ,64(3), 97-109.

Vellini, F. (2002). *Ortodoncia diagnóstica y planificación clínica*. Sao Paulo, Brasil: Artes Médicas.

X. ANEXOS

Anexo 1: Calibración – Kappa de Cohen

Succión digital	1,000
Onicofagia	1,000
Interposición labial	1,000
Interposición lingual	0,911
Respiración bucal	1,000
M. vertical	0,954
M. transversal	0,825
M. sagital	1,000

Resultados: Un valor de $\kappa > 0,81$ permite afirmar que las variables observadas por el examinador y por el experto tiene una fuerza de concordancia muy buena.

Anexo2: Carta De Consentimiento Informado

HÁBITOS ORALES DELETEREOS ASOCIADOS CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P. 9 DE DICIEMBRE, 2018.

Yo, Gamboa Junco, Lourdes Lucia; en mi condición de bachiller de la Universidad Nacional Federico Villarreal, expongo el propósito del estudio: Hábitos Orales Deletéreos asociados con mal oclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. “9 De diciembre”, 2018.

La investigación se iniciará realizando un cuestionario a usted padre de familia y/o apoderado del menor niño. Luego se realizará un examen clínico en el niño/a para determinar la relación de Hábitos bucales deletéreos con mal oclusiones dentarias en niños de la I.E.P. “9 de diciembre” en el distrito de San Juan de Lurigancho, el cual su menor hijo se encuentra estudiando en dicha institución. Haciendo conocimiento, que este estudio no conlleva a ningún tipo de riesgo, ni efectos adversos para el menor.

Los beneficios que esta investigación tendrá en el niño serán: mejorar el conocimiento de la salud bucal, crear conciencia en los padres sobre las necesidades de un diagnóstico temprano de sus hijos. La investigación no lo compromete a ningún tipo de gasto y los datos obtenidos se mantienen en confidencialidad, así mismo se le indica que tiene derecho a retirar a su menor niño de la investigación, cuando crea necesario.

Por lo tanto, yodeclaro que, habiendo leído la información proporcionada por el bachiller, doy mi autorización para que se realice este procedimiento en mi menor hijo.

Firma del Apoderado

DNI:

Firma del investigador

DNI: 46717987

Anexo 3: Cuestionario

Encuesta a los padres o tutores de los niños de la I.E.P. “9 de Diciembre”.

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Nombre del alumno: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

A continuación se presentan una serie de preguntas, lea con atención cada una de ellas y marque con una X la opción que identifica el comportamiento de su hijo.

1. ¿El niño /a presenta o presentó algún hábito oral:	SI	NO
2. En qué edad presenta o presentó el hábito oral:	_____	
3. ¿El niño /a, tiene el hábito de chuparse el dedo?	SI	NO
3.1 ¿Con qué frecuencia se chupa el dedo?	2 veces al día	3 o más veces al día
3.2 ¿En qué momento del día se chupa el dedo?	Cuando duerme	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso
4. ¿El niño /a, tiene el hábito de comerse las uñas?	SI	NO
4.1 ¿Con qué frecuencia se come las uñas?	2 veces al día	3 o más veces al día
4.2 ¿En qué momento del día se come las uñas?	Cuando esta aburrido.	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso.
5. ¿El niño /a, tiene el hábito de chuparse el labio?	SI	NO
5.1 ¿Con qué frecuencia se chupa el labio?	2 veces al día	3 o más veces al día
5.2 ¿En qué momento del día se chupa el labio?	Cuando duerme	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso.
6. ¿El niño/a, tiene el hábito de respirar por la boca?	SI	NO
6.1 ¿Con qué frecuencia respira por la boca?	2 veces al día	3 o más veces al día
6.2 ¿En qué momento del día respira por la boca?	Cuando duerme	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso.
7. ¿El niño/a tiene el hábito de poner la lengua entre los dientes?	SI	NO

7.1 ¿Con qué frecuencia pone la lengua entre los dientes?	2 veces al día	3 o más veces al día
7.2 ¿En qué momento del día pone la lengua entre los dientes?	Cuando duerme	Cuando tiene miedo, ansiedad o está nervioso.

Fuente: Garrido, P. (2016) influencia de los malos hábitos orales en la Oclusión de niños de 5 a 10 años.

Anexo 4: Ficha de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Ficha Clínica

Nombre del alumno: _____ Fecha:

Edad: _____ Grado: _____

Sexo: _____

I. Examen extraoral

1. Salud General:		Buena	Regular	Mala
2. Tono de la musculatura:			Hipotónica	Hipertónica
4. Perfil		Recto	Convexo	Cóncavo
5. Dedos	Arrugado	Enrojecido	Calloso	Deformado
6. Uñas			Cortas	Muy cortas
6.1 Facetas de desgaste:		SI	NO	
7. Labios: Competentes __ Incompetentes__				
Superior: Corto__ Humectados__ Secos__				
Inferior: Corto__ humectados__ Secos__				

II. Examen intraoral

8. Lengua: Microglosia__ Macroglosia__				
Interposición anterior__ Interposición lateral__				
9. Amígdalas:	medianas	grandes	Inflamadas	
10. Forma del arco dentario superior:		Oval	Cuadrado	Triangular

11. Oclusión

a.- Sentido Anteroposterior

14. Relación molar según Angle	Molar Der.	Molar Izq.
CLASE I		
CLASE II		
DIV 1		
DIV 2		
CLASE III		

b.- Sentido Vertical

15. Sobremordida horizontal: Borde a borde__ Cruzada__ Over jet : __mm
16. Sobremordida vertical: Abierta__ Over bite: __mm
17. Mordida Abierta: Anterior__ mm Posterior __ mm Derecha__ Izquierda__

c.- Sentido Transversal

18. Mordida Cruzada:	Anterior	Posterior	Unilateral	Bilateral
19. Mordida en Tijera:			Unilateral	Bilateral

Anexo 5:

Asentimiento Informado

HÁBITOS ORALES DELETEREOS ASOCIADOS CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P. 9 DE DICIEMBRE, 2018.

Mi nombre es Lourdes lucia gamboa Jancco, estudie odontología en la universidad nacional Federico Villarreal.

Se está realizando una investigación para saber más de los problemas que tienen sus dientes, que se llaman maloclusiones, y para ello requiero de tu ayuda y colaboración.

Si tus padres y tu están de acuerdo con que participes en esta investigación tendrás que ayudarme enseñándome tus manos, uñas y luego observaré como están tus dientes y tomare algunas fotos; el cual solo lo tendré yo y no lo enseñare a otros.

El examen es sencillo y haremos todo lo posible para que no tengas ningún fastidio.

Anexo 6: Fotos

**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

**FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS**

CARGO

Pueblo Libre, 8 de agosto de 2018



**Señor
CÉSAR AUGUSTO ALVAREZ LUJÁN
DIRECTOR - I. E. P. "9 DE DICIEMBRE"
SAN JUAN DE LURIGANCHO
Presente .-**

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle a la Bachiller **GAMBOA JANCCO LOURDES LUCÍA**, quien se encuentra realizando su trabajo de tesis titulado:

**HÁBITOS ORALES DELETEREOS ASOCIADOS CON MALOCCLUSIONES DENTARIAS
EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P. 9 DE DICIEMBRE, 2018**

En tal virtud, mucho agradeceré le brinde las facilidades del caso a la Srta. Gamboa para la recopilación de datos, lo que le permitirá desarrollar su trabajo de investigación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,


Mg. CARMEN ROSA HUAMANI PARRA
JEEE (e)
OFICINA DE GRADOS y TÍTULOS


Mg. MARTÍN ELICERIO AÑAÑOS GUEVARA
DECANO

Se adjunta: Protocolo de Tesis

035-2018

CRHP/LVB

Figura 1: Carta de presentación, dirigida al director de la I.E.P. 9 DE DICIEMBRE.

Pueblo libre, 27 de noviembre del 2018

Señora:

Mg. C.D. Carmen Rosa Huamani Parra
Jefa De La Oficina De Grados Y Títulos
Facultad De Odontología – UNFV

Presente.-

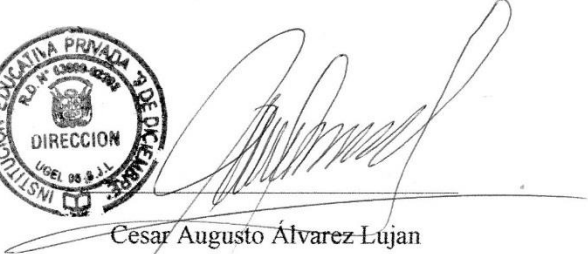
De mi total consideración,

Me permito dirigirme a usted en respuesta al oficio de fecha 8 de agosto del 2018, por el cual se me solicitó brindar facilidades para realizar el trabajo de investigación de la Bachiller GAMBOA JANCCO LOURDES LUCIA, titulado: “HÁBITOS ORALES DELETEREOS ASOCIADOS CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E.P. 9 DE DICIEMBRE, 2018.” informo que después de haber aceptado para realizar el estudio en mis instalaciones, ubicado en el A.H. Cruz De Motupe, San Juan de Lurigancho. Se coordinó con la bachiller para la reunión con los padres de familia los días 28 y 31 de agosto, 04 y 07 de setiembre. Para el ingreso a las aulas de 1ro de primaria a 1ro de secundaria, las fechas 10, 12, 17, 19 y 21 de setiembre, donde la bachiller realizó y recogió los datos necesarios para su estudio.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,




Cesar Augusto Álvarez Lujan

Director de la I.E.P. “9 DE DICIEMBRE”

Figura 2: Carta de aceptación y coordinación de los días, para la realización del estudio en la I.E.P. 9 DE DICIEMBRE.

REUNIÓN CON LOS PADRES DE FAMILIA.



Figura 3: Información sobre los hábitos deletéreos y las consecuencias de estas en boca.



Figura 4: Entrega de consentimiento informado y cuestionario.

EXAMEN EXTRAORAL



Figura 5: Exploración de manos

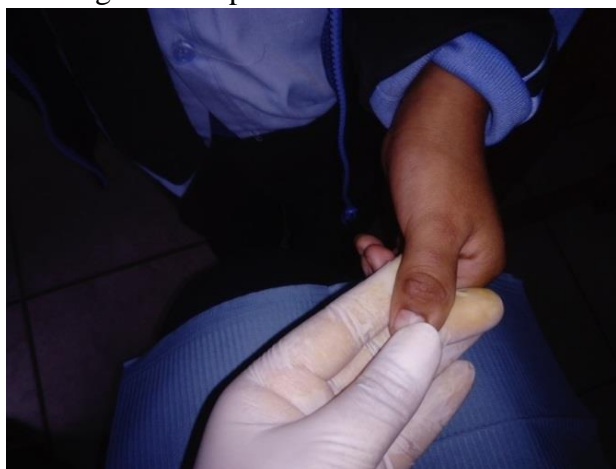


Figura 6: Hábito de succión digital



Figura 7: Revisión de uñas.



Figura 8: Hábito de interposición labial.



Figura 9: Hábito de respiración oral.

EXAMEN INTRAORAL



Figura 10: Examen clínico de la mordida vertical.



Figura 11: Examen clínico de la mordida anteroposterior.



Figura 12: Medición del over jet.

MALOCCLUSION DENTARIA VERTICAL



Figura 13: Mordida Abierta.



Figura 14: Mordida Cerrada.

MALOCCLUSION DENTARIA TRANSVERSAL



Figura 15: Mordida cruzada.



Figura 16: Mordida Bis a Bis.

MALOCCLUSION DENTARIA SAGITAL



Figura 17: Maloclusión clase I



Figura 18: Maloclusión clase II



Figura 19: Maloclusión clase III

ESCOLARES EVALUADOS DE LA I. E. P. 9 DE DICIEMBRE DE 6 A 12 AÑOS



Figura 20: Escolares evaluados del 1° grado de primaria.



Figura 21: Escolares evaluados del 2° grado de primaria.



Figura 22: Escolares evaluados del 3° grado de primaria.



Figura 23: Escolares evaluados del 4° grado de primaria.



Figura 24: Escolares evaluados del 5° grado de primaria.



Anexo 7: Matriz de consistencia

Formula ción del problema	Objetivos	Operacionalización de las variables						Materiales y Métodos
<p>¿Existe asociación entre los hábitos orales deletéreos y las maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre, 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar la asociación de los hábitos orales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años, de la I.E.P. 9 de diciembre, 2018.</p> <p>Objetivos específicos. Determinar los tipos de hábitos orales deletéreos presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre</p> <p>Determinar los hábitos orales deletéreos según la edad, en escolares 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre</p> <p>Registrar la prevalencia de las maloclusiones ,presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre</p> <p>Identificar las maloclusiones verticales, presentes escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre</p> <p>Identificar las maloclusiones transversales, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre.</p> <p>Detallar las maloclusiones anteroposteriores, presentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre.</p> <p>Relacionar los hábitos orales deletéreos con el tipo de maloclusión presente, en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de Diciembre.</p>	Variables	Definición	Dimensión	Instrume nto	Escala	Valor	<p>Tipo de Estudio Prospectivo Transversal Descriptivo</p> <p>Población Niños de etapa escolar 6 a 12 años de la I.E.P “9 DE DICIEM-BRE”, 2018.</p> <p>Muestra 166 niños entre los 6 y 12 años de la I.E.P “9 DE DICIEMBRE”, 2018.</p> <p>Criterios de Selección -Criterios de Inclusión Niños de etapa escolar, 6 a 12 años. Niños que presenten hábitos orales deletéreos Niños sin presencia de lesiones cariosas amplias y lesiones cariosas proximales. -Criterios de exclusión Niños con retraso mental, síndromes, labio y paladar fisurado. Niños con tratamiento de ortopedia previo.</p>
		Variable Independ ien-te	<p>Acción que realiza el niño repetidas veces y que son perjudiciales para el desarrollo facial.</p>	<p>-Succión digital. - Onicofagia -Interposición labial -Interposición lingual -Respirador bucal</p>	<p>Cues tionario y Ficha clínica.</p>	<p>Nomin al</p>	<p>Presenta No presenta</p>	
		Variable Dependien -te	<p>Alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio.</p>	<p>-Maloclusiones verticales. -Maloclusiones transversales. -Maloclusiones sagitales.</p>	<p>Ficha clínica.</p>	<p>Nomina l</p>	<p>Presente Ausente</p>	
		<p>Maloclusiones dentarias.</p>						