

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
SALUD, CON MENCIÓN EN ODONTOESTOMATOLOGIA



TESIS

“Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo - 2019”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN CIENCIAS
DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN ODONTOESTOMATOLOGIA

AUTOR: Chanca Quispe, Andrey Jeanpierre

ASESORA: Preciado Lara, María Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2023

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Odontología, Cirugía oral, Medicina oral

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestro en ciencias de la salud, con mención en odontoestomatología

Código del Programa: P23

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 45476157

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22465462

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

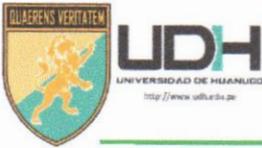
Código ORCID: 0000-0002-3763-5523

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Salazar Rojas, Celia Dorila	Magister en educación gestión y planeamiento educativo	22415399	0000-0002-0562-3712
3	Ballarte Baylon, Natalia	Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324

D

H



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad de Huánuco, siendo las 10:00 horas del día 23 del mes de febrero del año 2023, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunieron la sustentante y el Jurado Calificador de manera presencial integrado por los docentes:

Dra. Juana Irma PALACIOS ZEVALLOS
Mg. Celia Dorila SALAZAR ROJAS
Mg. Natalia BALLARTE BAYLON

Nombrados mediante resolución N° 072-2023-D-EPG-UDH de fecha 16 de febrero del 2023; para evaluar la tesis intitulada "HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS Y MALOCCLUSIONES VERTICALES EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL CARMEN, HUANCAYO - 2019". Presentado por el Bach. **Andrey Jeanpierre CHANCA QUISPE**, para optar el grado de **Maestro en Ciencias de la Salud con mención en Odontología**.

Dicho acto de sustentación se desarrolla en dos etapas: exposición y absolución de preguntas procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros de jurado.

Habiéndose absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias procedieron a deliberar y calificar, declarándolo Aprobado por unanimidad con calificativo cuantitativo de 18 y cualitativo de Muy Bueno

Siendo las 11:00 horas del día jueves 23 del mes de febrero del año 2023, los miembros del jurado calificador firman la presente acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Juana Irma PALACIOS ZEVALLOS

SECRETARIA

Mg. Celia Dorila SALAZAR ROJAS

VOCAL

Mg. Natalia BALLARTE BAYLON



UNIVERSIDAD DE HUANUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

Yo, Dra. María Luz Preciado Lara, asesora del PA de postgrado y designado mediante documento RESOLUCION N 181-2019-D-EPD-UD, del estudiante C. D. ANDREY JEANPIERRE, CHANCA QUISPE, de la investigación titulada "HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS Y MALOCCLUSIONES VERTICALES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, HUANCAYO-2019"

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 15% verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Antiplagio Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco 3 de marzo de 2023

Dra. Luz Preciado Lara
Docente E.P.G.

Dra. María Luz Preciado Lara

DNI N^o 22465462

Código ORCID N^o 0000-0002-3763-5523

Segunda revisión

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	imbiomed.com.mx Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	1%
3	huajsapata.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uax.es Fuente de Internet	1%
5	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	www.revcmpinar.sld.cu Fuente de Internet	1%
7	aprenderly.com Fuente de Internet	1%
8	Mauricio Campos Pardo, Felipe Maldonado Araya, Andrea García Prado, María Angélica Cereceda Miranda. "Prevalencia de anomalías dentomaxilares en dentición primaria y mixta"	<1%

UNIVERSIDAD E.A.P. ODONTOLOGIA
Dra. Luz Preciado Lara
Docente E.P.G.
RUI 22465466
ORCID 0000-0002-3763-5523

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo
en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente
y por haber puesto en mi camino a aquellas personas
que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

AGRADECIMIENTO

A los Docentes de Post Grado de Huánuco, por
todas las enseñanzas y apoyo que me dieron y permitirme
acceder a ser un Profesional competente

A la Dra. María Luz, Preciado Lara, un especial agradecimiento por su
asesoría, orientaciones y aportes en el contenido de la
Investigación

A mis jurados, por el apoyo incondicional y ser pacientes
en todas sus enseñanzas

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPITULO I	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	13
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	13
1.3. OBJETIVOS	14
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	14
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.4.1. TEÓRICA	14
1.4.2. METODOLÓGICA	15
1.4.3. SOCIAL	15
CAPITULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	16
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	17
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	21
2.2. BASES TEÓRICAS	21
2.2.1. LA TEORÍA DE LOS FACTORES DE RIESGO	21
2.2.2. HÁBITOS	22

2.2.3.	ETIOLOGÍA DE LOS HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS...	23
2.2.4.	HÁBITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS	24
2.3.	DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	36
2.4.	SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	37
2.5.	SISTEMA DE VARIABLES.....	37
2.5.1.	VARIABLE DEPENDIENTE	37
2.5.2.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	37
2.5.3.	INTERVINIENTES.....	37
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
CAPÍTULO III		40
MARCO METODOLÓGICO		40
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
3.1.1.	ENFOQUE.....	40
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL	40
3.1.3.	DISEÑO	40
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.2.1.	POBLACIÓN	41
3.2.2.	MUESTRA.....	41
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	42
3.4.	TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA	
INFORMACIÓN		42
CAPÍTULO IV.....		43
RESULTADOS.....		43
4.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	43
4.2.	ANÁLISIS INFERENCIAL	50
CAPÍTULO V.....		51
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		51
CONCLUSIONES		53
RECOMENDACIONES.....		55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		56
ANEXOS		60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de la edad de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	43
Tabla 2. Frecuencia del género de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	44
Tabla 3. Tipos de hábitos no fisiológicos en niños de tres años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	45
Tabla 4. Tipos de hábitos no fisiológicos en niños de cuatro años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	46
Tabla 5. Tipos de hábitos no fisiológicos en niños de cinco años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	47
Tabla 6. Tipos de maloclusiones verticales en los niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	48
Tabla 7. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	49
Tabla 8. Diferencia de medias en la relación de hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación gráfica de la edad de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	43
Figura 2. Representación gráfica del género de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	44
Figura 3. Representación gráfica de tipos de hábitos no fisiológicos en niños de tres años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.....	45
Figura 4. Representación gráfica de tipos de hábitos no fisiológicos en niños de cuatro años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.....	46
Figura 5. Representación gráfica de tipos de hábitos no fisiológicos en niños de cinco años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.....	47
Figura 6. Representación gráfica de tipos de maloclusiones verticales en los niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	48
Figura 8. Representación gráfica de los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019	49

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación de los hábitos orales no fisiológicos y las maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen Huancayo-2019. Siendo de tipo observacional, transversal y analítico con diseño correlacional. Teniendo como muestra a 60 niños de 3 a 5 años de edad. Obteniendo como resultado: En niños de 3 años, (9) presentan el hábito de succión en mayor proporción la succión digital, el 26,7% (4) de deglución atípica y en mayor proporción la DA con presión de la lengua y el 13,4% (2) el hábito de respiración bucal. En niños de 4 años, el 64% (16) presentan el hábito de succión en mayor proporción la succión digital, el 32% (8) de deglución atípica y en mayor proporción la DA con presión de labio inferior y el 4% (1) el hábito de respiración bucal. En niños de 5 años, el 60% (12) presentan el hábito de succión en la mayoría normal, el 20% (4) de deglución atípica 4 y el 20% (4) el hábito de respiración bucal. Los tipos de maloclusiones verticales el 58,3% (35) presentan mordida profunda y el 41,7% (25) una mordida abierta. La relación de los hábitos no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años; encontrando que del 100% (60) de los 25 niños con mordida abierto se debe por haber presentado hábitos como la deglución atípica en un 48% (12). Del mismo modo, de los 35 niños el 54,3% (19) han presentado respiración bucal. Llegando a la conclusión: la diferencia de medias de hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, encontrando una media de 2,56 y SD=4,46 y una significancia de $p=0,041$ por tal se acepta la hipótesis de investigación que los hábitos orales no fisiológicos influyen en las maloclusiones verticales.

Palabras claves: hábitos orales, hábitos no fisiológicos, maloclusiones verticales, posición de los dientes, crecimiento de los dientes.

ABSTRACT

The present study aims to determine the relationship of non-physiological oral habits and vertical malocclusions in children aged 3 to 5 years at the Carmen Huancayo Regional Maternal and Child Teaching Hospital - 2019. Being of an observational, cross-sectional and analytical type with correlational design . Taking as a sample 60 children from 3 to 5 years of age. Obtaining as a result: In 3-year-old children, (9) have the sucking habit in a greater proportion digital sucking, 26.7% (4) of atypical swallowing and in a greater proportion DA with tongue pressure and 13 , 4% (2) the habit of mouth breathing. In 4-year-old children, 64% (16) present the sucking habit in a higher proportion of finger sucking, 32% (8) of atypical swallowing and in a greater proportion DA with lower lip pressure and 4% (1) the habit of mouth breathing. In 5-year-old children, 60% (12) present a normal sucking habit, 20% (4) atypical swallowing, 4 and 20% (4) a mouth breathing habit. Of the types of vertical malocclusions, 58.3% (35) present a deep bite and 41.7% (25) an open bite. The relationship of non-physiological habits and vertical malocclusions in children from 3 to 5 years old; finding that 100% (60) of the 25 children with an open bite were due to having presented habits such as atypical swallowing in 48% (12). Similarly, of the 35 children, 54.3% (19) presented mouth breathing. Reaching the conclusion: the difference in means of non-physiological oral habits and vertical malocclusions in children aged 3 to 5 years of the Hospital Regional Teaching Materno Infantil El Carmen, finding a mean of 2.56 and SD = 4.46 and a significance of $p = 0.041$ for this, the research hypothesis is accepted that non-physiological oral habits influence vertical malocclusions.

Keywords: oral habits, non-physiological habits, vertical malocclusions, position of teeth, growth of teeth.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, las maloclusiones son un problema de salud pública en odontología que se exterioriza en todos los estratos sociales, sin importar la condición económica, cultural ni rango de edades. Una de las causas más habituales de la alteración, es la disminución o pérdida de la estética facial la hallamos en la maloclusión. Teniendo que meditar tal alteración como una de las razones para que los pacientes entre niños adolescentes y jóvenes concurren a los especialistas. las maloclusiones se muestran desde edades muy tempranas y ocupan el tercer lugar entre las enfermedades estomatológicas. Perteneciendo los hábitos orales no fisiológicos o no funcionales dentro de los factores ambientales como las causas primordiales del desarrollo de la maloclusión, se recomienda la vigilancia y la regulación de los hábitos orales no fisiológicos, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación del niño, de deglutir el agua, de la posición al dormir, de la manera de comunicarse, etc. Así como el control de los dientes y la oclusión en las denticiones temporal, mixta y permanente, beneficiando a la existencia de una población infantil y adulta joven con una oclusión apropiada. Esto significa que la detección oportuna de los hábitos orales no fisiológicos (dependiendo de la edad, tiempo y frecuencia) es transcendental para el tratamiento de las maloclusiones. Precizando que el objetivo de estudio es determinar si existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y las maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años Por lo cual en el presente trabajo de investigación se abordó entre los hábitos orales no fisiológicos: a la succión digital, deglución atípica con presión del labio inferior y con presión de la lengua, y a la respiración bucal. Con esta investigación se procura conocer la asociación de los hábitos orales no fisiológicos y la maloclusión en la población infantil. Finalmente, respecto de las maloclusiones verticales se estudiará a la mordida abierta anterior, posterior y completa, así como también a la mordida profunda

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las exigencias estéticas en el mundo contemporáneo son motivo de preocupación de los individuos. La sonrisa es la puerta de entrada a las relaciones entre humanos, por esta razón se le está brindando mucha importancia al cuidado de los dientes en especial a su alineación en el arco dentario. En general, las fuerzas sociales delimitan las normas para la normal y atractiva apariencia física, admisible. Un individuo con maloclusión puede desarrollar un sentimiento de vergüenza por su apariencia dental y además puede sentir timidez en situaciones sociales. (1)

Las maloclusiones son un problema de salud pública en odontología que se presenta en cada uno de los estratos sociales, sin importar la condición cultural, económica ni rango de edades. Cuando concurre una alteración de la oclusión normal o del sistema estomatognático se presentan las maloclusiones, las cuales son precisadas como una anomalía dentofacial, la cual varía de una a otras personas según sea su intensidad y gravedad del caso, pudiendo ir desde una rotación o mal posición de los dientes hasta una alteración esquelética. (2)

Las maloclusiones según la OMS “ocupan el tercer lugar en problemas de salud bucal, ya que según estadísticas afecta a un amplio sector de la población mundial”. (3)

Una de las causas más habituales de la alteración, disminución o pérdida de la estética facial la encontramos en la maloclusión. Los especialistas consideran tal alteración como una de las razones por lo que los pacientes entre niños, adolescentes y jóvenes, acuden a la consulta de ortodoncia.

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas que conquistan el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad

periodontal; pueden trastornar el desarrollo normal del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales conllevando a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito. “Cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse” (4) Lo cual puede modificar la posición de los dientes y la relación que guardan las arcadas dentarias que cada persona desarrolla (5)

La clasificación de la maloclusión es una herramienta trascendental en el diagnóstico, pues nos lleva a confeccionar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es muy importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino también a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema cráneo-facial tridimensional (6)

Los niños, ejercen estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se hallan expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o incluso a los cambios constantes en el ambiente familiar (7). Aguilar et al. (8) Realizaron un estudio donde encontraron que la frecuencia de hábitos orales anómalos por orden fue: onicofagia, respiración oral, succión digital y deglución atípica. Obteniendo como conclusión que es muy importante conocer la etiología de las maloclusiones para dar un correcto diagnóstico y así aplicar un tratamiento adecuado, que debe ser multidisciplinar.

El desarrollo normal de la oclusión puede verse trastornado por múltiples factores, que en muchos casos establecen la aparición de una anomalía dentomaxilar. (9) dichos factores son: tipo de alimentación, hábitos bucales deformantes, obturaciones defectuosas, caries proximales , extracciones dentarias prematuras, así como enfermedades que trascienden durante el proceso evolutivo de las denticiones permanente y mixta. (10)

Dentro de las etiologías de la maloclusión podemos mencionar al factor hereditario y el factor ambiental, siendo el factor ambiental uno de los más importantes. (11)

La jerarquía del presente estudio para la odontología reside en que los hábitos bucales parafuncionales no detectados y corregidos a tiempo, modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que entorpecen el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. El profesional de la salud debe ser capaz de identificar dichos hábitos de manera prematura y canalizarlos, impidiendo en lo posible el desarrollo de las maloclusiones.

Por lo cual, es imprescindible la vigilancia y la regulación de los hábitos orales no fisiológicos, que envuelven la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación del niño, de deglutir el agua, de la manera de comunicarse, de la posición al dormir, etc. Así como el control de los dientes y la oclusión en las denticiones temporal, mixta y permanente, ello beneficia a la existencia de una población infantil y adulta joven con una oclusión apropiada.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los hábitos orales no fisiológicos relacionados con las maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo-2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los hábitos orales no fisiológicos en niños de 3 a 5 años de edad en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019?
- ¿Cuáles son las mal oclusiones verticales en niños de 3 a 5 años de edad en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019?

- ¿Cuál es la relación de los hábitos orales no fisiológicos y las maloclusiones verticales en los niños de 3 a 5 años de edad en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo-2019.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los hábitos orales no fisiológicos en niños de 3 a 5 años de edad en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019.
- Identificar las maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años de edad en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019.
- Relacionar los hábitos orales no fisiológicos con las maloclusiones verticales en los niños de 3 a 5 años de edad en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. TEÓRICA

La importancia del estudio para la odontología radica en que los hábitos orales no fisiológicos que no son detectados y corregidos a tiempo, modifican la posición de los dientes debido a que interfieren con el crecimiento normal. (12)

Por tal, es importante tener los conocimientos necesarios para la detección de hábitos orales no fisiológicos en la etapa temprana de la infancia para la ejecución de un tratamiento preventivo e interceptivo con

el fin de aminorar los daños ocasionados relacionados a las maloclusiones.

1.4.2. METODOLÓGICA

Con esta investigación se pretende conocer la asociación de los hábitos orales no fisiológicos y la maloclusion en la población infantil, para promover programas educativos e informativos sobre dicho padecimiento y para que haya conciencia en el sector salud y en los padres de lo importante que es la prevención odontológica en el área de ortodoncia preventiva e interceptiva.

1.4.3. SOCIAL

Con el desarrollo del presente estudio se conoce el porcentaje de pacientes con maloclusion que se asocian a hábitos orales no fisiológicos

Se desea crear conciencia en el sector salud y en el de los padres de familia de la importancia de la prevención odontológica en el área de ortodoncia preventiva e interceptiva, así poder permitir un ahorro de costos y reducción de tiempo en los tratamientos ortodónticos futuros.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Flores León (2018) Ecuador. Estableció la prevalencia y asociación que existe entre el hábito bucal nocivo y las maloclusiones dentales en dos escuelas (Unidad Educativa Gran Bretaña y la Unidad Educativa 6 de diciembre) de la ciudad de Quito. Siendo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en una muestra 120 niños de 7 a 10 años. Obteniendo como resultado en relación a la prevalencia de los hábitos orales 52% para el colegio 6 de diciembre y 51% para el colegio Gran Bretaña; succión digital 6% 6 de diciembre y 11% Gran Bretaña; succión labial 18% 6 de diciembre y 23% Gran Bretaña; interposición labial 3% 6 de diciembre y 1% Gran Bretaña; respiración bucal 20% 6 de diciembre y 5% Gran Bretaña. En la relación molar predominó el plano terminal recto en las dos escuelas; en sentido vertical en la escuela 6 de diciembre se obtuvo 41% para la mordida profunda y 13% para la mordida abierta anterior, y en la escuela Gran Bretaña se obtuvo 52% para la mordida profunda y 4% para la mordida abierta anterior. Llegando a la conclusión: Que las maloclusiones tienen relación con los hábitos orales (maloclusiones verticales están relacionadas a las respiración bucal, interposición lingual y succión). (13)

Arocha Arzuaga y col. (2016), Cuba. Determinaron la prevalencia de maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. Siendo un estudio descriptivo y transversal de 150 escolares de 6 y 7 años de edad que cursaban el segundo grado de la Escuela Primaria "Nguyen Van Troi" de Santiago de Cuba, atendidos durante 2013. La información primaria se obtuvo mediante el interrogatorio y el examen físico efectuado a cada paciente. Se obtuvo como resultado que 60.7% representa el total de maloclusión; predominando la maloclusión con el sexo masculino 52,0 %; de los

cuales el 87.9% de los niños presenta maloclusiones relacionados a hábitos deformantes como el uso del biberón 41.1%, onicofagia 28.2%, lengua protráctil 21%, succión digital 19.3% y respiración bucal con 17.7%. Llegando a la conclusión: Que, en la mayoría de los niños, las disfunciones bucales deformantes estuvieron relacionadas con la presencia de maloclusiones dentarias. (14)

Suarez Elizabeth y col. (2012), Venezuela. Estudiaron el comportamiento de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años en el Municipio Páez del Estado Zulia. Siendo un estudio descriptivo de corte transversal en 120 niños que estaban dentro de los criterios de inclusión. Se confeccionó la historia clínica individual y los datos se obtuvieron a través del interrogatorio y el examen clínico. En el estudio el grupo de edad que tuvo mayor representación fue el de 10 a 11 años con un 48.33% y de 7 a 9 años represento el 31.66%. La maloclusión de mayor significación fue la mordida abierta anterior con 44.1%, apiñamiento dentario 35%, vestibularización de los incisivos superiores con 14,1%. Hubo predominio de la maloclusión clase I de Angle 48.33%, la deglución atípica 43.33%, la succión del pulgar 37.5%, respiración bucal 6.66%, siendo el grupo de 5 a 6, 7 a 9 años el más afectado. Llegando a la conclusión: Que los hábitos deformantes que se presentan con mayor frecuencia en la población de niños en edades comprendidas entre los 5 Y 11 años fueron la Deglución Atípica con 43.33%, seguida de la Succión Digital con el 37.5 % y tomando en cuenta la clasificación de Angle, la Clase I fue la de mayor incidencia con 48.33%, en las maloclusiones verticales predominó la mordida abierta anterior con un 44.1%. (15)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Mallqui J. (2018) Perú-Lima, realizaron una investigación titulado “Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6-12 años de la I.E.P Mater Purísima en el año 2017”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre los hábitos orales no fisiológicos con las

maloclusiones verticales. Se estudió 147 escolares de ambos sexos (54.4%F y 45.6%M) con edades 6 a 12 años de la I.E.P Mater Purissima. Siendo un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo. Obteniendo como resultados en relación de los hábitos orales no fisiológicos el más prevalente fue el hábito de la deglución atípica con presión de la lengua (23.8%), seguida de la presión del labio inferior y succión labial (17% cada una). En relación a las maloclusiones verticales el más predominante fue la mordida profunda (29.3%), seguida de la mordida abierta anterior (12.2%). No se observa diferencia estadísticamente significativa entre el sexo con el hábito de la succión ($p=0.568$), deglución atípica ($p=0.153$), la respiración bucal ($p=0.592$), mordida abierta ($p=0.155$) y la mordida profunda ($p=1,000$). Se observa diferencia significativa entre la edad con el hábito de la respiración bucal ($p=0.005$). La mordida abierta se relaciona con el hábito de la succión ($p=0.005$), deglución atípica ($p=0,0001$) y la respiración bucal ($p=0,0001$). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la mordida profunda con la deglución atípica ($p=0.02$). Llegando a la conclusión: Que si existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y la presencia de maloclusiones verticales. (16)

García C, (2017), Perú - Huánuco, realizaron una investigación titulado “Relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco 2016”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco – 2016. Siendo un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítica. Con un diseño correlacional. Obteniendo como resultado que del total de adolescentes muestreados se pudo evidenciar que un 66,7% de ellos tuvieron una oclusión clase I, seguida de ello un 21,2% con una oclusión clase II, y por último un 12,1% de los adolescentes presentaron una oclusión clase III. Se pudo evidenciar que un 47% de los adolescentes presentaron una baja autoestima, así mismo un 48,5% de ellos presentaron un nivel promedio o un nivel medio de autoestima, y por

último solo un 4,5% presento un alto nivel de autoestima. Llegando a la conclusión: No existe relación alguna entre las maloclusiones dentales y el nivel de autoestima en los adolescentes de la institución educativa Julio Armando Ruiz Vásquez, Huánuco. (17)

Espinoza I (2016) Perú-Lima, realizaron una investigación titulado “Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica Docente UPC en el año 2011 – 2014”. Cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en una Clínica Docente. Siendo un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Obteniendo como resultados que se encontró una predisposición a los hábitos de: deglución atípica (19,48%); succión digital (2.19%) y respiración bucal (0.20%). La prevalencia de las alteraciones dentoalveolares se observó en la 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%); escalón mesial derecha (6.66%), escalón recto (0.89%) y escalón distal (0.40%); escalón mesial izquierda (6.16%), escalón 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%). No se encontró asociación entre los hábitos orales con relación a la edad y género del paciente. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las relaciones molares según Angle, el overjet, el overbite con la edad ($p= 0.001$). Sin embargo, al asociar las alteraciones dentoalveolares con el género no se encontró asociación estadísticamente significativa. Llegando a la conclusión: Que el hábito oral más prevalente fue la deglución atípica y la alteración dentoalveolar de mordida abierta anterior. (18)

Zapata et all (2014) Perú- Lima, realizaron una investigación titulada “Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años”. Cuyo objetivo fue relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa “Los Educadores”. Siendo un estudio 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. Se pidió el consentimiento a los padres para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas. En la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v.15 y se utilizaron las pruebas chi cuadrado y Fisher para el análisis estadístico. Obteniendo 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 ($p=0,002$) y succión digital ($p<0,001$) con la mordida abierta anterior. Llegando a la conclusión: Existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior. (19)

Alva S, et al (2010) Perú-Huánuco, realizaron una investigación titulada “Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóntico de maloclusiones según el Índice Estético Dental en escolares de 12 a 16 años de edad, en las Instituciones Educativas Públicas del distrito de Ambo- Huánuco, noviembre 2010”. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóntico de la

maloclusión según el Índice Estético Dental (DAI) en escolares de 12 a 16 años de edad. Siendo un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional en el cual examinaron a 1051 escolares previa calibración de examinadores. Obteniendo como resultado que el 54,3 % presento maloclusión que requieren de tratamiento ortodóncico, y respecto a las instituciones educativas las maloclusiones en forma decreciente son: Institución Educativa Juan José Crespo Y Castillo 55,9%, Juan Benavides Sanguinetti 55,7%, Huaracalla 44,7%, Chaucha 42,3%. Llegando a la conclusión:La maloclusión fue la más frecuente y la institución educativa Juan José Crespo y Castillo fue la que presento mayor maloclusión. (20).

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No hay referencia bibliográfica sobre la investigación

2.2. BASES TEÓRICAS

Todo esto es lógico que se produzca en la era actual, la cual podríamos llamarla la era de prevención, pues vemos que el individuo se moviliza constantemente, movilización esta que parece partir de las palabras de Toynbee en su estudio de la historia, cuando manifestó que "una nación enferma no puede sobrevivir".

2.2.1. LA TEORÍA DE LOS FACTORES DE RIESGO

Es uno de los destacados logros de la medicina contemporánea, ya que permite controlar aquellos elementos o procesos que incidiendo negativamente obstaculizan el ulterior fortalecimiento de la salud de la población. Esta teoría, parte de que la etapa contemporánea de la civilización humana de tránsito del capitalismo al socialismo, se caracteriza también por el progreso científico-técnico, que conjuntamente con acciones favorables para la salud, se hacen acompañar de "impuestos" que se manifiestan negativamente sobre estas. No por casualidad esta acción negativa es denominada algunas veces "el pago" por la adaptación a nuevas condiciones cambiantes de la vida. (21)

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual, entre las que se encuentran:

- La succión digital y/o del chupete, provoca el hábito como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.
 - Alimentación artificial inadecuada que fuerza al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.
 - Problemas respiratorios, trae problemas de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares.
 - Existencia de amígdalas inflamadas o hipertrofiadas, que por movimiento reflejo la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante las últimas fases de la deglución.
 - Macroglosia: obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, a adoptar una posición más adelantada.
 - Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua
 - Problemas psicológicos: la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.
 - Pérdida prematura de los dientes temporales
 - “Tratamiento ortodóntico, ya sea cuando este requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual, tal interposición puede ser temporal o permanente”.
- (22) (23)

2.2.2. HÁBITOS

Un hábito puede ser definido como “la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente”. (6)

2.2.2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS

Hábitos orales fisiológicos o funcionales

Son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución. (24)

Hábitos orales no fisiológicos o no funcionales

Son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Dentro de estos hábitos tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica. (24)

2.2.3. ETIOLOGÍA DE LOS HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS

- **Instintivos:** Por ejemplo, el hábito de la succión, el cual se considera funcional en las primeras etapas de la vida, pero si perdura en el tiempo ocasiona daño en la cavidad bucal.
- **Placenteros:** (succión digital).
- **Defensivos:** En este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.
- **Hereditarios:** Como malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante, ejemplo de ello son las inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, etc.
- **Adquiridos:** En las personas con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente mantienen la fonación nasal, principalmente para los fonemas K, G, J, y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.

- **Imitativos:** En la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc.

2.2.4. HÁBITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS

2.2.4.1. DEFINICIÓN

Son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales asumimos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal. (25)

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones originadas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, fatiga, frustración o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

Estos hábitos no fisiológicos pueden generar:

1. Mordida abierta anterior y de laterales
2. Protrusiones dentarias
3. Protrusiones dento alveolares
4. Linguoversiones dentarias, etc.

2.2.4.2. SUCCIÓN DIGITAL

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega ser considerada normal, probablemente está presente en más del cincuenta por ciento (50%) de los niños pequeños. La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha

sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño. Entre la variedad de forma que existe de succión digital, la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical, con la una dirigida hacia los dientes inferiores, en algunos casos, dos o más dedos son succionados a la vez; no se ha observado predilección por una mano determinada. Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implica dos, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético.

La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca y por último, el patrón morfo genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presente un patrón de crecimiento mandibular vertical, tendera a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara dicha tendencia. (1)

Consecuencias de la Succión Digital

- Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- Retroinclinación de los incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior
- Prognatismo Alveolar Superior
- Estrechamiento de la arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador)
- Mordida cruzada posterior
- Dimensión vertical aumentada

2.2.4.3. DEGLUCIÓN

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil). Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder. La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central.

2.2.4.3.1. DEGLUCIÓN NORMAL

En la deglución madura normal no se provoca protrusión lingual y una postura adelantada, se caracteriza por:

- En el momento de la deglución los dientes superiores e inferiores están apretados, contacto intercuspideo
- La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura por el V par
- No hay actividad contráctil al nivel de los músculos perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.
- La lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual, en el interior de la cavidad oral se deglute 500-600 veces diarias unas veces cada dos minutos aproximadamente. (26)

2.2.4.3.2. DEGLUCIÓN ATÍPICA

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

2.2.4.4. RESPIRACIÓN

La respiración normal o nasal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y se apoya contra el paladar produciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Las fosas nasales calientan y limpian el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas. (5)

2.2.4.4.1. RESPIRACIÓN ORAL

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. (27)

2.2.4.5. CONCLUSIONES

Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento, por consiguiente, todo lo que hagamos para interceptar y erradicar oportunamente dichos hábitos redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático.

2.2.4.6. NORMOCLUSIÓN

“La oclusión ideal es el tipo de oclusión más equilibrada para cumplir con la función masticatoria y preservar la integridad de las piezas dentales a lo largo de la vida, esta oclusión debe producirse en relación céntrica condilea y permitiendo las funciones fisiológicas”. (28) Para Canut la oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto. (29)

2.2.4.7. MALOCLUSIÓN

Las anomalías dentomaxilares (ADMs) o maloclusiones corresponden a un grupo de patologías caracterizadas, tanto por una alteración del crecimiento y desarrollo de los maxilares, como por alteraciones a nivel dentario, que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático. (30)

La Maloclusión constituye la mal posición dentaria y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una entidad patológica

que ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales. En el Perú se vienen realizando estudios epidemiológicos sobre maloclusiones desde 1954 (31), sobre todo en la capital peruana, existiendo algunos estudios en regiones de la costa, sierra y selva, con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente. (32)

2.2.4.7.1. ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

“La etiología es multifactorial, siendo el factor hereditario y el ambiental los de mayor importancia”. (33)

Factores genéticos

El código genético de cada ser humano depende de la herencia y de las mutaciones genéticas. Las mutaciones se caracterizan por alteraciones que se producen en el genotipo después de la fecundación; por lo tanto, no son heredadas sino transmitidas a los descendientes a partir de esa generación.” Las características cuantitativas, como la estatura corporal, las dimensiones de los dientes y maxilares, se definen por la interacción de los diversos pares de genes derivados del padre y de la madre, por consiguiente, constituyen una herencia poligénica y multifactorial”. (33)

Factores ambientales

Las maloclusiones tienen un importante componente genético, sin embargo, existen factores externos que pueden afectar la situación de equilibrio en la que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas. El efecto de una fuerza ambiental que rompa esta situación de equilibrio depende fundamentalmente de su duración, frecuencia e intensidad. “Esto significa que cualquier tipo de fuerza que no actúe de forma constante, sea cual sea su magnitud, no tendrá ninguna repercusión sobre la dentición porque no alterará la situación de equilibrio en la que se encuentran los dientes”. (34)

Los factores etiológicos ambientales son influencias no genéticas provenientes del medio ambiente o de modo de vida.

2.2.4.8. CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

La clasificación de la maloclusión es una herramienta significativa en el diagnóstico, pues nos lleva a confeccionar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento.

Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional. (35)

Se tomará como base la clasificación de Simón en 1922:

2.2.4.8.1. MALOCLUSIONES ANTEROPOSTERIORES

Los problemas de orden anteroposterior o sagitales; son frecuentemente observados en las denticiones deciduas o al inicio de la dentición mixta. (36)

CLASE I

Maloclusiones caracterizadas por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. (30)

Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares, esto quiere decir que la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco vestibular del 1er molar inferior. (37)

CLASE II

La maloclusión se caracteriza por la relación sagital anómala de los primeros molares: el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Toda la arcada maxilar está anteriormente desplazada o la arcada mandibular retruida con respecto a la superior. (29)

Las maloclusiones Clase II fueron separadas en dos divisiones: la división 1 y la división 2.

CLASE II división 1

“Maloclusión caracterizada por la posición de los incisivos en protrusión, y aumentando el resalte”. (29)

Pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestíbulo lingual de los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste antero posterior es llamado resalte u “overjet”. El perfil facial es generalmente convexo. (38)

Asociada a mordida profunda, mordida abierta, problemas de espacio, mordida cruzada y malposiciones dentarias individuales.

CLASE II división 2

Maloclusión caracterizada por la posición de los incisivos superiores, estando los incisivos centrales superiores en retroinclinación, y los incisivos laterales con una evidente inclinación vestibular, existe una disminución del aumento y resalte de la sobremordida interincisiva. (35)

Son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestíbulo lingual de los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste antero posterior es llamado

resalte u “overjet”. El perfil facial de estos pacientes es, en general, convexo. (38)

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 maxila retruida, con respecto al antagonista. (35)

El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura está, en general, desequilibrada. Los cruzamientos de mordida anterior o posterior son frecuentes. (38)

2.2.4.8.2. MALOCLUSIÓN VERTICAL

Este punto por ser motivo de estudio será abordado con mayor detalle a continuación

2.2.4.8.3. MALOCLUSIÓN DENTARIA TRANSVERSAL:

Es resultado de las alteraciones genéticas o ambientales, las anomalías transversales están presentes en un alto porcentaje de jóvenes. “Este índice tiende a crecer en las grandes ciudades, en donde la alta frecuencia de problemas respiratorios y la consecuente respiración bucal llevan a una atresia del arco dentario superior”. (24)

Se conoce como maloclusiones transversales las alteraciones de la oclusión en el plano horizontal o transversal. Estos problemas pueden ser alteraciones dentarias y/o esqueléticas

2.2.4.9. MORDIDA ABIERTA

Kim describía la mordida abierta como una maloclusión en la que los dientes anteriores maxilares y mandibulares no tenían

contacto debido a dos planos oclusales divergentes acompañados de la angulación mesial de todos los dientes. (29)

La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente entre las piezas superiores e inferiores que se manifiesta a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de la arcada. Está relacionado a los hábitos de succión, deglución atípica y a la respiración oral. (24)

2.2.4.9.1. ETIOLOGÍA DE LA MORDIDA ABIERTA

La mordida abierta se desarrolla por la interacción de varios factores etiológicos, entre ellos se encuentran: variaciones en la erupción dental y en el crecimiento alveolar, desproporción en el crecimiento muscular o incluso, una función neuromuscular aberrante relacionada con disfunciones linguales, hábitos orales o ambas. Es decir, la presencia de un patrón hiperdivergente, más una posición lingual anormal (frecuentemente asociada con problemas en las vías aéreas) o hábitos de succión digital, son factores de riesgo para su desarrollo. (9)

El papel de la herencia como factor etiológico de la maloclusión no se ha podido determinar en la actualidad. Se ha podido establecer una heredabilidad alta en las dimensiones craneofaciales y relativamente baja en las variaciones de los arcos dentarios, pero sigue sin conocerse el impacto que ella pueda tener en la etiología de las maloclusiones que presentan componentes esqueléticos y dentales. (19)

2.2.4.9.2. CLASIFICACIÓN DE LA MORDIDA ABIERTA

Según la zona dónde se asiente la anomalía, la mordida se clasifica en: 23

1. Mordida abierta anterior o simple, si la falta de contacto está localizada en la zona incisiva.

2. Mordida abierta posterior, si afecta a los segmentos bucales que están en infraerupción y dejan una brecha abierta entre las superficies oclusales.
3. Mordida abierta completa, si el contacto sólo se realiza a nivel de los últimos molares y la apertura es tanto anterior como posterior. Está presente en los pacientes que poseen hábitos inadecuados, ya sea debido a la interposición de la lengua, a la succión digital o al chupón (chupete).

Según la causa la mordida abierta se clasifica en: (37)

1. Mordida abierta dental; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta a las bases óseas.
2. la mordida abierta es esquelética; si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario.

2.2.4.9.3. 2.3.9.3. Características

generales de la mordida abierta

- Tendencia a una Maloclusión Clase II
- Deficiencia mandibular
- Apiñamiento en el arco inferior
- Maxila atrésica
- Aumento de la altura facial
- Rama ascendente corta

2.2.4.10. MORDIDA PROFUNDA

Para Okeson la sobremordida vertical es la distancia existente entre los bordes incisivos de los dientes anteriores antagonistas, indicando que en la oclusión normal existe una sobremordida aproximada de 3 a 5 mm. Considerando que el rango promedio de los incisivos inferiores es de 9mm, el considera una mordida profunda cuando más del 50% de la pieza inferior se encuentra cubierta por su antagonista. (36)

El termino sobremordida profunda para Strang hace referencia a la forma exagerada en que los incisivos superiores cubren verticalmente los incisivos inferiores.

Graber, por otro lado, concreta a la mordida profunda como un estado de sobremordida vertical aumentada en la que la dimensión entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva.

2.2.4.10.1. ETIOLOGÍA DE LA MORDIDA PROFUNDA

La etiología de la maloclusión puede estar coligada a alteraciones de crecimiento en la mandíbula o en la maxila, modificaciones en la función de labio y lengua y principalmente alteraciones dento alveolares.

Las mordidas profundas dentales, exponen la supra oclusión de los incisivos, la infra oclusión de los molares, o una combinación de ambos. Una sobremordida vertical esquelética o dental es originada por factores genéticos o ambientales, o por una combinación de ambos.

2.2.4.10.2. TIPOS DE MORDIDA PROFUNDA

Dentaria: Se presenta un tipo de maloclusión Clase I o Clase II de Angle y los incisivos centrales superiores e inferiores están fuera de sus bases óseas. “En este tipo de mordida profunda se presentan los ángulos del plano palatino e IMPA disminuidos”. (35)

Dentoalveolar: Es cuando todo el conjunto dentoalveolar presenta una alteración de crecimiento y desarrollo. Se presenta retroclinación y retrusión de las piezas dentarias anterosuperiores y anteroinferiores, siendo el origen de la maloclusión la posición adelantada del maxilar y la posición retrasada de la mandíbula.

Esquelética: Se presenta una mordida profunda esquelética cuando la altura facial anterior es menor que la altura facial posterior y las bases maxilares convergen entre sí. O cuando se exhibe un maxilar ancho con una mandíbula estrecha (alteraciones del ancho transversal).

2.2.4.10.3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MORDIDA PROFUNDA

- Características Clínicas y faciales:
- Braquicefálicos
- Clase II esquelética.
- Perfil convexo
- Dimensión vertical disminuida
- Overbite aumentado
- Tensión muscular excesiva y alteración de la ATM
- Crecimiento hipodivergente
- Enfermedad periodontal.
- Plano oclusal disminuido.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Hábitos orales: Es la costumbre o práctica adquirida por la repetición habitual de uno mismo acto que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente (respiración nasal, masticación, el habla y deglución).

Maloclusiones: Se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

Mordida abierta anterior: Falta de contacto localizada en la zona incisiva.

Mordida abierta posterior: Es la brecha abierta entre las superficies oclusales.

Mordida abierta completa: La brecha abierta está presente en la zona anterior como posterior.

Mordida profunda anterior: Es la distancia anormal entre los bordes incisivos, cuando más del 20% de la pieza inferior se encuentra cubierta por su antagonista.

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

Hi: Existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019.

Ho: No existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años.

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Hábitos orales no fisiológicos

2.5.3. INTERVINIENTES

Edad

Sexo

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Valor final
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Hábitos orales no fisiológicos	Succión	Callosidad del dedo o del labio inferior		Normal
		-Labio inferior hipertónico, con el mentoniano (comprimen el dedo).		Labial
	Deglución atípica	-Callosidad o maceración en uno o más dedos.	Nominal	Digital
		-Protrusión de incisivos superiores. -Retroinclinación de incisivos inferiores		
Respiración bucal	Deglución atípica	-Labio superior hipotónico de aspecto corto.		Normal
		-Labio inferior y mentón hipertónico.	Nominal	DA con presión del labio inferior
		-Incompetencia labial -El ápice lingual se sitúa en posición interdental (interposición lingual)		DA con presión de la lengua
Maloclusiones verticales	Mordida abierta	-Boca abierta		Normal
		-Incompetencia labial y/o lingual		presenta
		-Narinas asimétricas	Nominal	
		-Paladar profundo y estrecho		
		-Falta de contacto es en la zona incisiva.	Nominal	Normal MA anterior

		-Brecha abierta entre las superficies oclusales. -Apertura anterior y posterior con único contacto a nivel de los últimos molares.		MA posterior MA completa
	Mordida profunda anterior	Cuando más del 20% de la pieza inferior se encuentra cubierta por su antagonista.	Nominal	Normal Presenta
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
Sexo	Fenotipo del escolar	Característica anatómica, fisiológica y biológica que diferencia al hombre con la mujer	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Años vividos	Edad cronológica	Razón	Años cumplidos

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por el número de variables, el presente estudio es **analítico**, dado que consta de dos variables (variable independiente y dependiente)

Según la intervención, el estudio es **observacional**, dado que no existió intervención alguna por parte de los investigadores, solo se busca medir el fenómeno de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos.

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es **prospectivo**, porque se registró la información existente en tiempo presente. Y es **transversal** dado que los datos fueron medidos en una sola oportunidad.

3.1.1. ENFOQUE

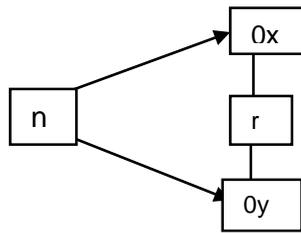
El enfoque del presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que parte del análisis de datos numéricos a través de la estadística, para dar solución a preguntas de investigación o para refutar o verificar una hipótesis.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Es de tipo descriptivo, ya que sirve para analizar cómo es y cómo se manifiestan un fenómeno y sus componentes. Mediante esto se describen los hechos tal como se observan.

3.1.3. DISEÑO

El diseño del presente estudio es correlacional, ya que su finalidad es determinar la relación entre los hábitos orales no fisiológicos y la maloclusión en la población preescolar.



Donde:

N=Muestra de estudio

X= Hábitos orales no fisiológicos

Y= Maloclusiones verticales

R= Relación entre las variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todos los niños de 3 a 5 años que se atendieron en el Hospital Regional Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019.

3.2.2. MUESTRA

Se trabajó con la población muestral de 60 niños de 3 a 5 años que presentaron moloclusiones

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Niños de 3 a 5 años
- Niños con hábitos no fisiológicos

Criterios de exclusión

- Niños con síndromes, retraso mental, labio y paladar fisurado
- Niños con tratamiento de ortopedia previo.
- Niños que presentaron el primer molar permanente en erupción.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento los cuestionarios; tal como se detalla a continuación:

Consentimiento informado (anexo 1)

Ficha de evaluación de hábitos orales no fisiológicos (anexo 2):

mediante este instrumento se realizó una evaluación clínica, teniendo en cuenta:

- Succión digital
- Succión labial
- Deglución atípica con presión del labio inferior
- Deglución atípica con presión de la lengua
- Respiración bucal

Ficha de evaluación de maloclusiones verticales (anexo 3): mediante este instrumento se evaluó lo siguiente:

- Mordida abierta anterior
- Mordida abierta posterior
- Mordida abierta compleja
- Mordida profunda

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa de Excel y SPSS v. 24.

Para el análisis estadístico se elaboró tablas de frecuencia y contingencia. Asimismo, para la prueba inferencial se aplicará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1. Frecuencia de la edad de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

Edad de los niños	Frecuencia (N)	%
3 años	15	25.0%
4 años	25	41.7%
5 años	20	33.3%
Total	60	100.0%

Fuente: Encuesta

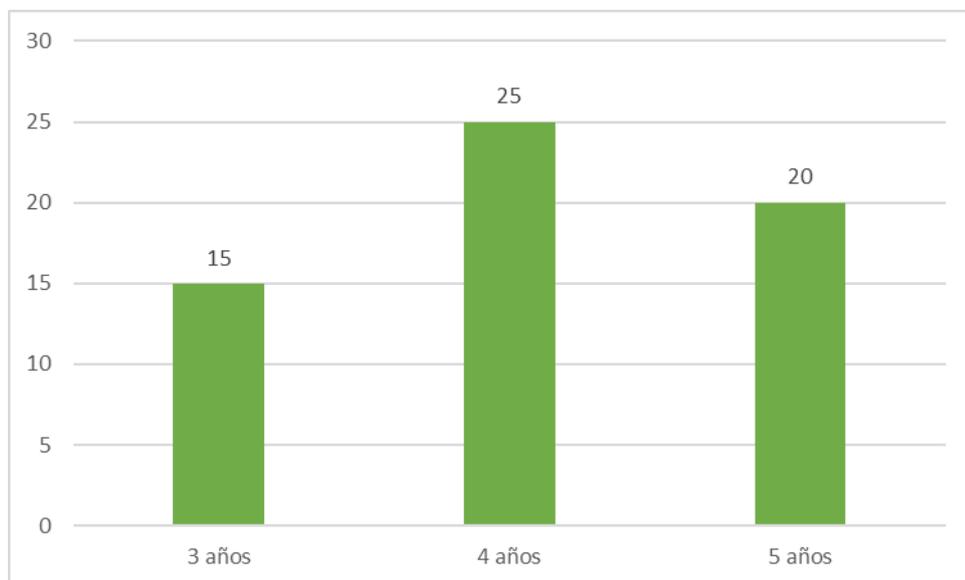


Figura 1. Representación gráfica de la edad de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

En la tabla 1, se describe la edad de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales, del 100% (60) de la población el 41,7% (25) tienen 4 años, el 33,3% (20) tienen 5 años y el 25% (15) tienen 3 años.

Tabla 2. Frecuencia del género de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

Género	Frecuencia (N)	%
Masculino	25	41.7%
Femenino	35	58.3%
Total	60	100.0%

Fuente: Encuesta

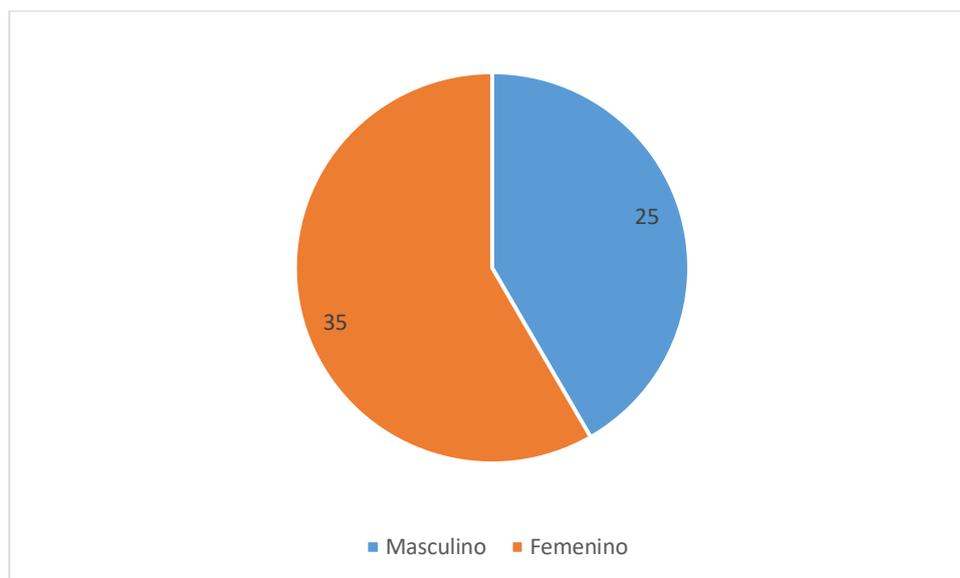


Figura 2. Representación gráfica del género de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

En la tabla 2, se describe el género de los niños con hábito orales no fisiológicos y maloclusiones verticales, encontrando que del 100% (60) de la población el 58,3% (35) son del sexo femenino y el 41,7% (25) del sexo masculino.

Tabla 3. Tipos de hábitos no fisiológicos en niños de tres años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

Tipos de hábitos no fisiológicos		Frecuencia (N)	Total	%
Succión	Normal	1	9	6.7%
	Labial	2		13.3%
	Digital	6		40.0%
Deglución atípica	Normal	1	4	6.7%
	DA con presión de labio inferior	1		6.7%
	DA con presión de la lengua	2		13.3%
Respiración bucal	Normal	1	2	6.7%
	Presenta	1		6.7%
Total		15		100.0%

Fuente: Encuesta

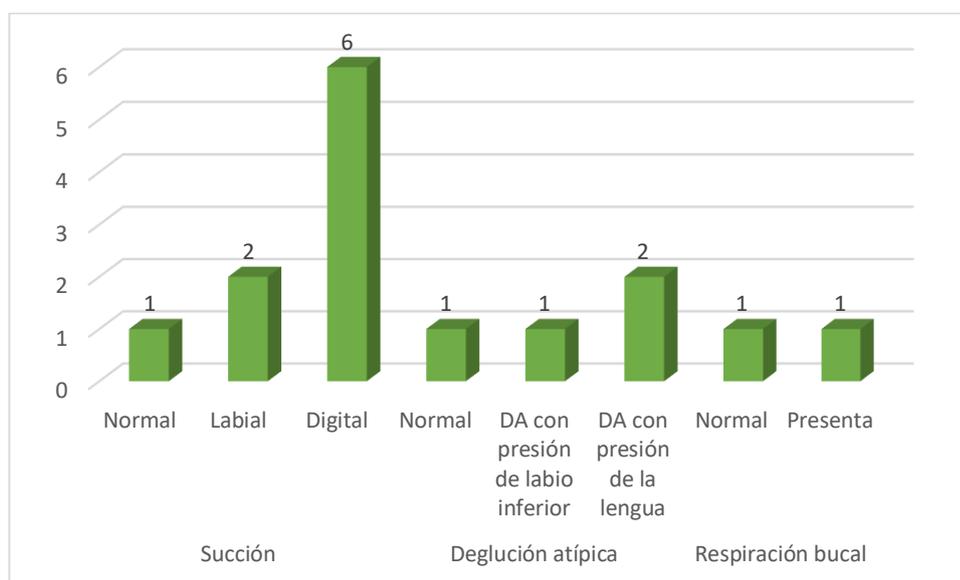


Figura 3. Representación gráfica de tipos de hábitos no fisiológicos en niños de tres años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

En la tabla 3, se describe los tipos de hábitos no fisiológicos en niños de 3 años en el Hospital Materno Infantil El Carmen, encontrando que del 100% (15) el 60% (9) presentan el hábito de succión en mayor proporción la succión digital, el 26,7% (4) de deglución atípica y en mayor proporción la DA con presión de la lengua y el 13,4% (2) el hábito de respiración bucal.

Tabla 4. Tipos de hábitos no fisiológicos en niños de cuatro años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

Tipos de hábitos no fisiológicos		Frecuencia (N)	Total	%
Succión	Normal	5	16	20.0%
	Labial	3		12.0%
	Digital	8		32.0%
Deglución atípica	Normal	3	8	12.0%
	DA con presión de labio inferior	4		16.0%
	DA con presión de la lengua	1		4.0%
Respiración bucal	Normal	1	1	4.0%
	Presenta	0		0.0%
Total		25		100.0%

Fuente: Encuesta

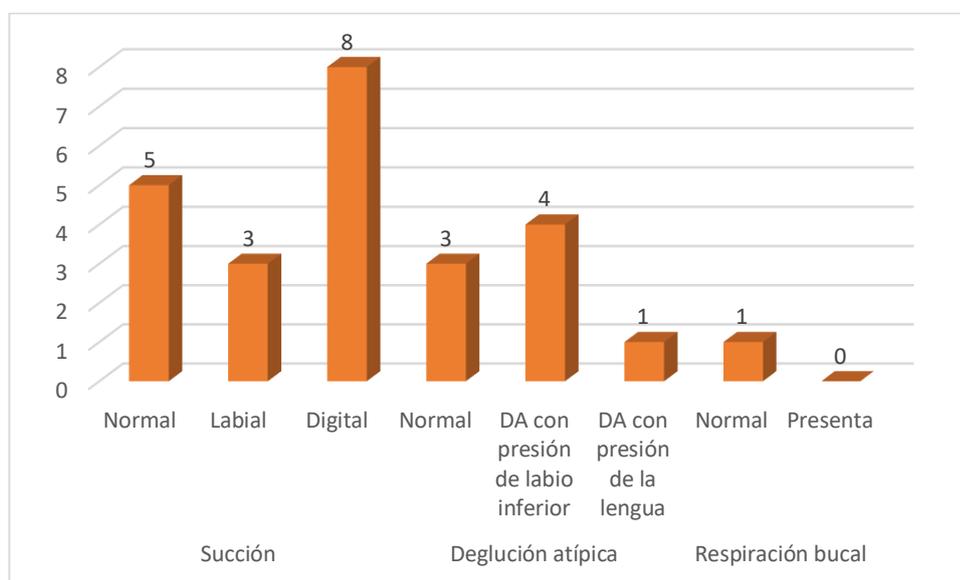


Figura 4. Representación gráfica de tipos de hábitos no fisiológicos en niños de cuatro años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

En la tabla 4, se describe los tipos de hábitos no fisiológicos en niños de 4 años en el Hospital Materno Infantil El Carmen, encontrando que del 100% (25) el 64% (16) presentan el habito de succión en mayor proporción la succión digital, el 32% (8) de deglución atípica y en mayor proporción la DA con presión de labio inferior y el 4% (1) el hábito de respiración bucal.

Tabla 5. Tipos de hábitos no fisiológicos en niños de cinco años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

Tipos de hábitos no fisiológicos		Frecuencia (N)	Total	%
Succión	Normal	7	12	35.0%
	Labial	4		20.0%
	Digital	1		5.0%
Deglución atípica	Normal	2	4	10.0%
	DA con presión de labio inferior	1		5.0%
	DA con presión de la lengua	1		5.0%
Respiración bucal	Normal	4	4	20.0%
	Presenta	0		0.0%
Total		20		100.0%

Fuente: Encuesta

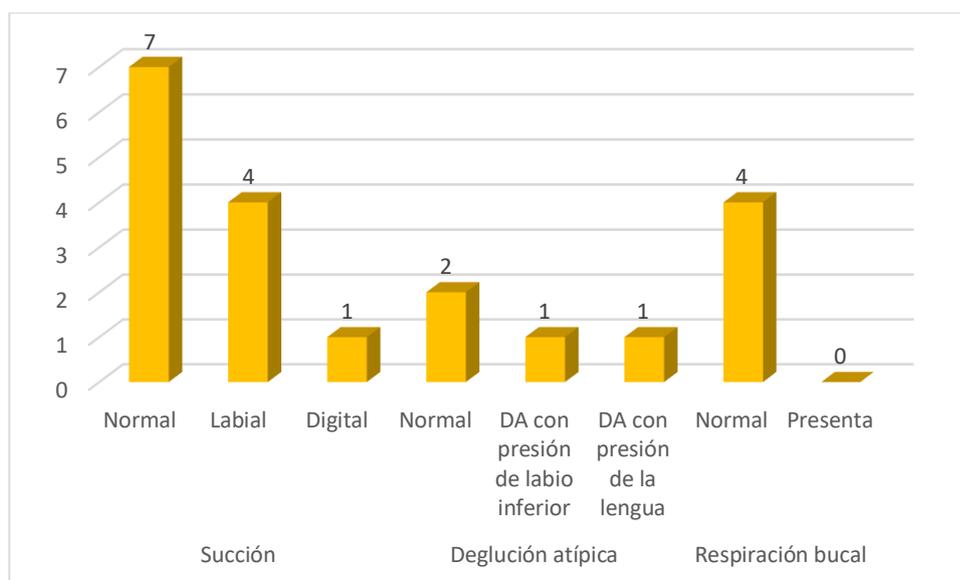


Figura 5. Representación gráfica de tipos de hábitos no fisiológicos en niños de cinco años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

En la tabla 5, se describe los tipos de hábitos no fisiológicos en niños de 5 años en el Hospital Materno Infantil El Carmen, encontrando que del 100% (20) el 60% (12) presentan el hábito de succión en la mayoría normal, el 20% (4) de deglución atípica 4 y el 20% (4) el hábito de respiración bucal.

Tabla 6. Tipos de maloclusiones verticales en los niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

Tipo de maloclusiones	F	%
Mordida abierta	25	41.7%
Mordida profunda	35	58.3%
Total	60	100.0%

Fuente: Encuesta

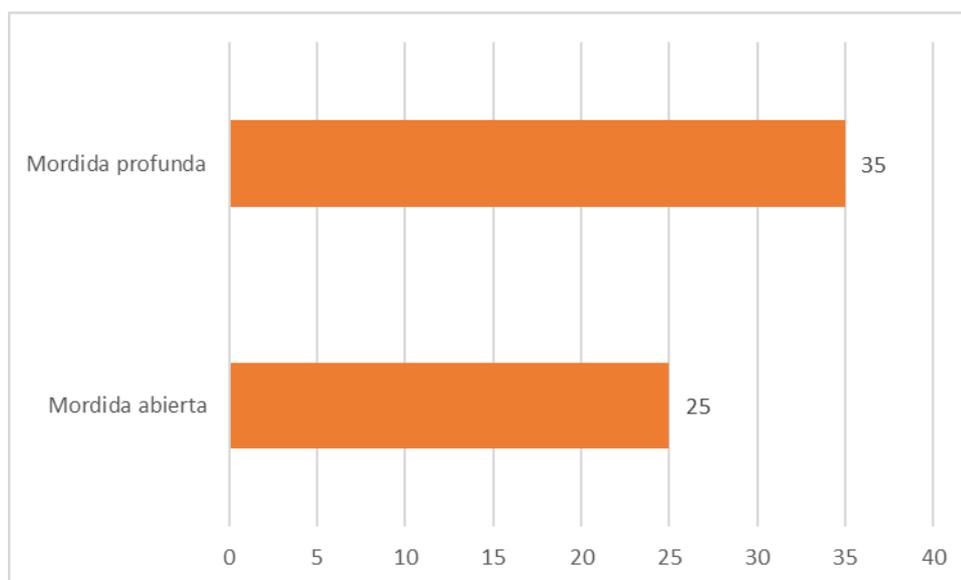


Figura 6. Representación gráfica de tipos de maloclusiones verticales en los niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

En la tabla 6, se describe los tipos de maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años; encontrando que del 100% (60) el 58,3% (35) presentan mordida profunda y el 41,7% (25) una mordida abierta.

Tabla 7. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

Hábitos orales no fisiológicos	Maloclusiones verticales			
	Mordida abierta		Mordida profunda	
	F	%	F	%
Succión	9	36.0%	10	28.6%
Deglución atípica	12	48.0%	6	17.1%
Respiración bucal	4	16.0%	19	54.3%
Total	25	100.0%	35	100.0%

Fuente: Encuesta

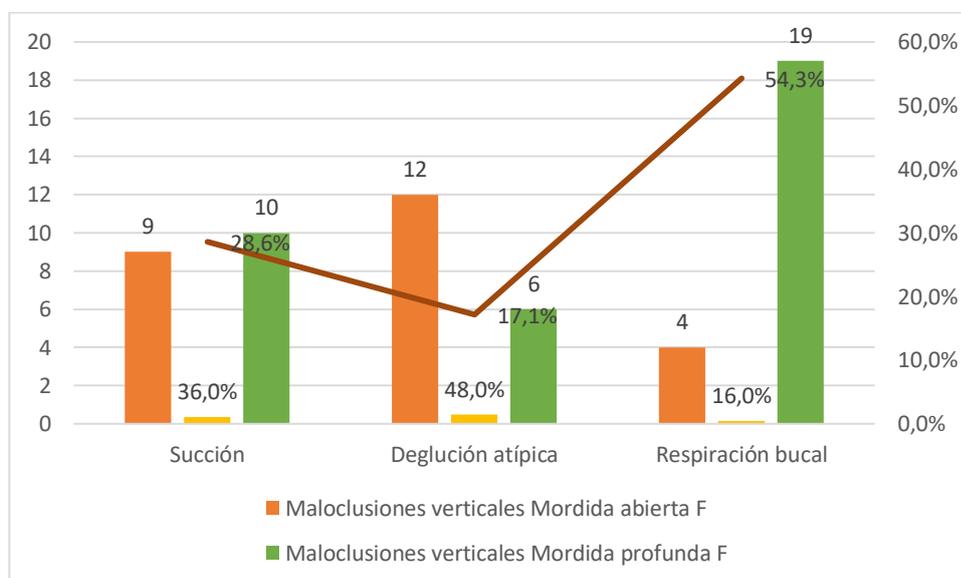


Figura 7. Representación gráfica de los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

En la tabla 7, se describe la relación de los hábitos no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen; encontrando que del 100% (60) de los 25 niños con mordida abierto se debe por haber presentado hábitos como la deglución atípica en un 48% (12). Del mismo modo, de los 35 niños el 54,3% (19) han presentado respiración bucal.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla 8. Diferencia de medias en la relación de hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019

Diferencia de medias	X	SD	Df	p
Relación de los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales	2.56	4,56	3	0.041

Fuente: Encuesta

En la tabla 8, se describe la diferencia de medias de hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, encontrando una media de 2,56 y $SD=4,46$ y una significancia de $p=0,041$ por tal se acepta la hipótesis de investigación que los hábitos orales no fisiológicos influyen en las maloclusiones verticales.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio concluye que si existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales ($p=0,041$), asimismo están presentes en un 58,3% de los escolares con mayor prevalencia en el sexo femenino; hecho que coincide con Urrieta (39) cuyo estudio toma semejantes rango de edad, asimismo, obtuvo una prevalencia de hábitos bucales.

Las maloclusiones dentales poseen etiología multifactorial: ambientales y genéticos, entre los factores ambientales, los hábitos orales pueden originar alteraciones funcionales y morfológicas en la población infantil. Los factores de riesgos ambientales y genéticos, los hábitos orales, son de trascendental importancia observar la frecuencia, intensidad y tiempo, para impedir cambios nocivos y específicos en la oclusión. (40)

Los hábitos bucales consiguen modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada individuo que los desarrolla. Los profesionales de la salud como pediatras, odontólogos generales u odontopediatras al valorar a sus pacientes infantiles deben poder identificar dichos hábitos de manera temprana y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de maloclusiones

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 asume una situación preocupante con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones

Los niños, en particular, ejercen estos hábitos anómalos como una forma de captar la atención debido a que se hallan expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o inclusive, a los cambios constantes en el ambiente familiar. (41)

“Los hábitos orales son considerados normales por muchos autores, entre edades de 3 o 4 años, pero su persistencia a partir de los 5 años de edad, es la que degenera al patrón esquelético y otras anomalías”. (42)

La jerarquía del estudio para la odontología de los hábitos bucales reside en que los hábitos bucales parafuncionales no detectados y corregidos a tiempo, modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. El profesional de la salud debe poder identificar dichos hábitos de manera temprana y canalizarlos, evitando en lo posible el desarrollo de las maloclusiones.

El profesional de estomatología juega un rol primordial para corregir los hábitos bucales cuando participa en actividades de promoción de la salud oral en las instituciones públicas y privadas de nivel inicial, primaria y secundaria focalizados en la atención de los padres y sus hijos y de esta forma contribuir a la reducción de las maloclusiones; toda vez que en este estudio aún se han presentado casos distribuidos en las diversas clases.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se encontraron los siguientes resultados:

1. La edad de los niños con hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales, del 100% (60) de la población el 41,7% (25) tienen 4 años, el 33,3% (20) tienen 5 años y el 25% (15) tienen 3 años.
2. El género de los niños con habito orales no fisiológicos y maloclusiones verticales, encontrando que del 100% (60) de la población el 58,3% (35) son del sexo femenino y el 41,7% (25) del sexo masculino.
3. Al describir los tipos de hábitos no fisiológicos en niños de 3 años en el Hospital Materno Infantil El Carmen, encontramos que el 60% (9) presentan el habito de succión en mayor proporción la succión digital, el 26,7% (4) de deglución atípica y en mayor proporción la DA con presión de la lengua y el 13,4% (2) el hábito de respiración bucal.
4. Asimismo, los tipos de hábitos no fisiológicos en niños de 4 años el 64% (16) presentan el habito de succión en mayor proporción la succión digital, el 32% (8) de deglución atípica y en mayor proporción la DA con presión de labio inferior y el 4% (1) el hábito de respiración bucal.
5. Los tipos de hábitos no fisiológicos en niños de 5 años el 60% (12) presentan el habito de succión en la mayoría normal, el 20% (4) de deglución atípica 4 y el 20% (4) el hábito de respiración bucal.
6. En cuanto a los tipos de maloclusiones verticales el 58,3% (35) presentan mordida profunda y el 41,7% (25) una mordida abierta.
7. La relación de los hábitos no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años; encontrando que del 100% (60) de los 25 niños con mordida abierto se debe por haber presentado hábitos como la deglución atípica en un 48% (12). Del mismo modo, de los 35 niños el 54,3% (19) han presentado respiración bucal.
8. Al describir la diferencia de medias de hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, encontrando una media de 2,56 y $SD=4,46$ y una significancia de $p=0,041$ por tal se acepta la hipótesis

de investigación que los hábitos orales no fisiológicos influyen en las maloclusiones verticales.

RECOMENDACIONES

- A los profesionales de la Salud como Odontólogos generales, odontopediatras, es de vital importancia observar la frecuencia, intensidad tiempo para evitar cambios nocivos en la oclusión y derivarlos a tiempo al Odontólogo especialista
- Las moloclusiones son problemas de Salud Pública por lo que es recomendado tener charlas con los Padres de familia, Profesores porque muchas veces son por falta de atención que el niño demuestra todos estos problemas de hábitos y como no se corrigen a tiempo producen hábitos nocivos
- Es nuestro deber destinar todas las medidas preventivas apropiadas en cada momento. Para ello debemos saber evaluar la oclusión de forma adecuada y hacer predicciones apropiadas respecto a su futuro, conocer las características de normalidad de la oclusión en dentición primaria y los mecanismos que irán transformándola en una oclusión permanente adecuada.
- Recomendar a las Instituciones Educativas contar con un Profesional Psicólogo para detectar a tiempo las carencias de afecto o en la alimentación porque son causas que predisponen a los hábitos no fisiológicos,

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Onyeaso CO, Sanu OO. La percepción de la apariencia personal dental en adolescentes de Nigeria. *Am J Orthod dentofaciales*. 2005.
2. Cano C, Rosas C, Gutierrez N, Velasquez Y, Godoy S, Quiros O, et al. Frecuencia de la maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del estado guarico periodo 2007-2008. *Revista Latinoamericano de Ortodoncia y odontopediatria*. 2008.
3. Aliaga DC, Mattos VM, Aliaga DC, Del Castillo MC. Maloclusiones en niños y adolescenetes de caserios y comunidades nativas de la amazonia de Ucayali. *Rev. Perú. Med. Exp Salud Pública*. 2011; 28(1).
4. Vellini Ferreira F. Habito bucales en ortodoncia. *Artes Medicas*. 2008.
5. Urrieta E, Lopez I, Quiros O, Farias M, Rondón S, Lerner H. Habitos bucaes y maloclusión presente en los pacientes atendidos durane el diplomado de ortodoncia interceptiva. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. 2008.
6. Boj JR. Tratamiento temprano de ma maloclusión. *MASSON*. 2004.
7. Lugo C, Toyo I. habitos orales no fisiologicos mas comunes y como influyen en las maloclusiones. *Revista Latioamericana de ortodoncia y odontopediatria*. 2011.
8. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de habitos orales factor etiologico de la maloclusión en población escolar. *Rev. Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. 2009.
9. Villanueva P, Palomino HM, Arancibia C, Lagos X, Navarrete M. Disfunciones linguales en pcientes con maloclusión. *Odont. Chilena*. 2002; 50(1).
10. Lopez MR. Prevalencia de maloclusiones dentarias en alumnos de 9-12 años de a escuela primaria federal Ignacio Ramirez de Tihuatlan Veracruz. *Universidad Veracruzana*. 2011.
11. Gamba GD, Da Silva FO, Janson G. Etiología de las maloclusiones. *Editorial Panamericana*. 2014.
12. Zapata D, Lavado T, Anhelía R. Oral Habits and its relation to dental malocclusions in chirdren from 6 a 12 years old. *Rev Kiru*. 2014; 11(1).
13. Flores LS. Prevalencia de mal oclusión asociado a habitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años, en dos escuelas de quito en el periodo octubre-noviembre. *Universidad de las Americas*. 2018.

14. Arocha AA, Aranda GM, Perez PY, Granados HA. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN. 2016; 20(4).
15. Suarez E, Salas W, Villalobos G, Villalobos K, Quiroz O. Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población "Año" de la escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2012.
16. Mallqui Benigno JG. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I.E.P. Mater Purissima en el año 2017. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos, Facultad de odontología; 2018.
17. Garcia Tafur CJ. Relación entre la maloclusión dental y el nivel de autoestima en los adolescentes de la Institución Educativa Julio Armando Ruiz Vasquez. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
18. Espinoza Calle IS. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica docente UPC en el año 2011-2014. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Escuela de Odontología; 2016.
19. Zapata Davalos M, Lavado Torres A, Anselia Ramirez S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. KIRU. 2014 enero-junio; 11(1).
20. Alva Rimac SG, Blas Meza HE. Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones según el Índice Estético Dental en escolares de 12 a 16 años de edad, en las Instituciones Educativas Públicas del distrito de Ambo – Huánuco, Noviembre 2010. tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Huánuco: Universidad nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Ciencias Medicas; 2010.
21. Abramson JH. Método de estudio en Medicina Comunitaria. Edit Diaz Santos. 1990.
22. Diaz Morell JE, Segura Martinez N, Rodriguez Carracedo E, Carmona Vidal E, Alvarez Infante E, Bello Jerez J. Disfunciones neuromusculares bucales en niños pertenecientes en la clínica Estomatológica Docente. Rev Cient Med. 2008.
23. Moyers RE. Maduración de la estructura orofacial. Manual de ortodoncia. 1992.

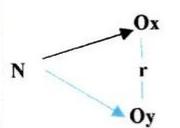
24. Cotrin F. Correlación con el ancho transpalatino con el ancho maxilar y facial en escolares de 8 a 10 años de edad.. 2003.
25. Aristigueta R. Ortodoncia preventiva clinica. Ediciones Monserrate LTDA. 1989.
26. Canut J. Ortodoncia clinica y terapeutica. Editorial Masson Barcelona España. 2004.
27. Graber T. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. Ediciones Harcourt. 1997.
28. Rodriguez E, White L. Ortodoncia contemporanea: diagnostico y tratamiento. Ediciones Amolca. 2008.
29. Canut BJ. Oclusión normal y maloclusión. Masson. 2005.
30. Gantz OC. Prevalencia de anomalias dentomaxilares verticales y habitos orales disfuncionales en niños de 4 a 6 años de edad con dentición temporal completa. Rev. Chil Ortod. 2013; 30(2).
31. Menendez LV. Clasificación de la maloclusión según angle en el Perú. Odontol Sanmarquina. 1998.
32. Koenig A. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonia Ucayali. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28(1).
33. Gamba GD, Da Silva FO, Janson G. Etiología de las maloclusiones. Editorial panamericana. 2014.
34. Alvarez R, Buño G, Mesa M, Nalbarte L, Riaño M. Maloclusión en niños en edad escolar. UCUR. 2011.
35. Canut BJ. Oclusión normal y maloclusión. Masson. 2005.
36. Da Silva C. Correlación con el ancho transpalatino con el ancho maxilar y facial en escolares de 8 a 10 años de edad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003.
37. Ricardo RM. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa.. MEDISAN. 2011; 15(2).
38. Manccine G. Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011.
39. Urrieta E, Lopez I, Quirós O, Farias M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA (ESTRUCTURA ANALITICA)

HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS Y MALOCCLUSIONES VERTICALES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN HUANCAYO 2019

PROBLEMAS	JUSTIFICACIÓN	OBJETIVOS	HPOTESIS	VARIABLES	METODOS Y TÉCNICAS	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>General ¿Cuáles son los hábitos orales no fisiológicos relacionados con las maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Docente Infantil EL CARMEN Huancayo-2019?</p>	<p>Teórica La importancia del estudio para la odontología radica en que los hábitos orales no fisiológicos que no son detectados y corregidos a tiempo.</p> <p>Metodológica Con esta investigación se pretende conocer la asociación de los hábitos orales no fisiológicos y la maloclusión en la población infantil</p> <p>Social Con el desarrollo del presente estudio se conoce el porcentaje de pacientes con maloclusión que se asocian a hábitos orales no fisiológicos</p>	<p>General Determinar la relación entre los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años años en el Hospital Regional Docente Infantil EL CARMEN Huancayo-2019</p> <p>Específicos Identificar los hábitos orales no fisiológicos en niños de 3 a 5 años Identificar las maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años de edad Relacionar los hábitos orales no fisiológicos con las maloclusiones verticales en los niños de 3 a 5 años</p>	<p>Hi: Existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Docente Infantil El Carmen Huancayo-2019?</p> <p>Ho No existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019</p>	<p>VARIABLE D. Maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años</p> <p>VARIABLE I. Hábitos Orales no fisiológicos</p> <p>Intervinientes Edad Sexo</p>	<p>TIPO Observacional</p> <p>NIVEL Descriptivo</p> <p>DISEÑO Correlacional</p>  <p>Donde: N=Muestra de estudio X= Hábitos orales no fisiológicos Y= Maloclusiones verticales R= Relación entre las variables</p>	<p>La población estará conformada por todos los niños de 3 a 5 años que se atenderán en el Hospital Regional Docente Materno Infantil EL CARMEN, Huancayo 2019.</p> <p>Muestra. Se trabajará con la población muestral de 60 niños de 3 a 5 años que presenten maloclusiones y hábitos orales no fisiológicos.</p>

ANEXO 2

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de
tesis de Maestría

Huancayo, 20 de Marzo del 2019

Dr.:
Edgar Baltazar
Jefe del Área de Estomatología
Hospital Regional Docente Materno Infantil
El Carmen Huancayo
Presente. -

De mi consideración:

Es muy grato dirigirme a usted pidiendo permiso para realizar mi trabajo de investigación de Tesis.
Se titula

**"HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS Y MALOCCLUSIONES VERTICALES
EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO
INFANTIL EL CARMEN, HUANCAYO- 2019"**

Por la presente me comprometo bajo mi responsabilidad a desarrollar dicha Tesis.

Es propicia la ocasión para reiterarle mi estima y consideración personal.

Atentamente,


Audrey Jeanpierre
Chauca Quispe



ANEXO 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI N°....., accedo a que mi menor hija participe en este estudio “HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS Y MALOCCLUSIONES VERTICALES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS HOSPITAL EL CARMEN- HUÁNCAYO 2019”, para lo cual seré informada de todo el procedimiento.

Los datos obtenidos en el presente estudio, se mantendrán en total confidencialidad, y no se registrará mi nombre en la encuesta.

La participación de mi hija en este estudio no significa ningún riesgo, ni incomodidad.

Firma

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: CATEGA BUITRAN MAMUEL ROSSANA
 Institución donde labora: UNIVERSIDAD DE HUANCOS
 Instrumento motivo de evaluación: FICHA DE EVALUACION DE DATOS
 Autor del Instrumento: ANDREY JEAN PIERRE CHANCA QUISE
 Aspecto de validación: DE CONTENIDOS

CRITERIOS		DEFICIENTE BAJA REGULAR BUENA MUY BUENA										TOTAL	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
VALIDEZ	Este instrumento cumple sus fines												
REPERTORIO	Este instrumento incluye los conceptos necesarios												
ACTUALIZACIÓN	Este instrumento incluye los avances de la ciencia y tecnología												
ORGANIZACIÓN	Este instrumento está organizado en forma lógica												
EFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos												
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional												
CONSISTENCIA	Este instrumento incluye aspectos técnicos científicos												
NOBREVIDAD	Entre los variables indicadores los temas												
REPRODUCIBILIDAD	La estrategia responde al propósito de la instrumentación												
ADAPTABILIDAD	El instrumento es aplicable												
TOTAL													

Opinión de Aplicabilidad:

FAVORABLE PARA SU APLICACION

Promedio de Valoración: _____

Fecha: 09/05/2019

Grado académico	<u>DOCTOR</u>
Mención	<u>CIENCIAS DE LA SALUD</u>
DNI	<u>43107651</u>


 Manuel Rossana Catega Buitran
 Cirujano Dentista
 C.O.P. 23807

Firma del Experto

ANEXO 4

FICHA DE EVALUACIÓN DE LOS HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS

1. **Edad:** -----

2. **Sexo**

a. Masculino

b. Femenino

TIPOS DE HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS

A. Succión digital

Callosidad en los dedos	Presente	ausente
Vestibularización incisivo superior	Presente	ausente
Lingualización incisivo inferior	Presente	ausente
Ninguna	Presente	ausente

B. Succión labial

Tonicidad del labio inferior:

a. Normal

b. Hipotónico

c. Hipertónico

Daño del labio inferior	Presente	ausente
Vestibularización incisivo superior	Presente	ausente
Lingualización incisivo inferior	Presente	ausente
Ninguna	Presente	ausente

C. DEGLUCIÓN ATÍPICA CON PRESIÓN DEL LABIO INFERIOR

Posición del labio inferior al deglutir el agua:

a. Con contacto interlabial

b. Con interposición del labio inferior entre los incisivos

Contracción del mentón

a. Presente

b. Ausente

Labios en reposo

a. Incompetencia labial

b. Competencia labial

D. DEGLUCIÓN ATÍPICA CON PRESIÓN DE LA LENGUA

Posición de la lengua al deglutir el agua

- a. Anterior
- b. Lateral
- c. Anterior/lateral

E. RESPIRACIÓN BUCAL

Incompetencia labial	Presente	ausente
Narinas	Simétricas	Asimétricas
Formas del paladar	Normal	Estrecho y profundo
ninguna	Presente	ausente