

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA



TESIS

“Hábitos bucales y necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el índice de estética dental en niños de la clínica odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORA: Moran Aranda, Alejandra Brigitte

ASESOR: Vasquez Mendoza, Danilo Alfredo

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública en Odontología

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

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: Título

Profesional de Cirujano Dentista

Código del Programa: P04

Tipo de Financiamiento:

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

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 74138006

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40343777

Grado/Título: Maestro en ciencias de la salud con
mención en odontoestomatología

Código ORCID: 0000-0003-2977-6737

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Rojas Sarco, Ricardo Alberto	Maestro en ciencias de la salud con mención en: salud pública y docencia universitaria	43723691	0000-0001-8333-1347
2	Ibazeta Rodríguez, Fhaemyn Baudilio	Maestro en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	44187310	0000-0001-8186-0528
3	Cuadros Quinto, Lourdes Jesus	Maestra en ciencias de la salud, con mención en odontoestomatología	72647305	0009-0006-0160-5556



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

En la Ciudad de Huánuco, siendo las **10:00 horas** del día 23 del mes de setiembre del dos mil veinticinco en la Facultad de Ciencia de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **jurado calificador** integrado por los docentes:

- | | |
|--|------------|
| ○ MG. CD. Ricardo Alberto Rojas Sarco | Presidente |
| ○ MG. CD. Phaemyn Baudilio Ibazeta Rodríguez | Secretario |
| ○ MG. CD. Lourdes Jesus Cuadros Quinto | Vocal |

Asesor de tesis MG. CD. Danilo Alfredo Vásquez Mendoza

Nombrados mediante la Resolución **N°3370-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulada: **"HÁBITOS BUCALES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO MEDIANTE EL ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL EN NIÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO, 2024"**, presentado por la Bachiller en Odontología, por doña **ALEJANDRA BRIGUITTE MORAN ARANDA**; para optar el Título Profesional de **CIRUJANO DENTISTA**.

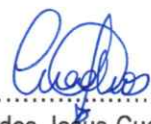
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo 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, declarándola aprobada por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 1.6.... y cualitativo de Buena

Siendo las **11:00 horas** del día 23 del mes de setiembre del año 2025, los miembros del jurado calificador firman la presente acta en señal de conformidad.


.....
MG. CD. Ricardo Alberto Rojas Sarco
Código ORCID: 0000-0001-8333-1347
DNI: 43723691


.....
MG. CD. Phaemyn Baudilio Ibazeta Rodríguez
Código ORCID: 0000-0001-8186-0528
DNI: 44187310


.....
MG. CD. Lourdes Jesus Cuadros Quinto
Código ORCID: 0009-0006-0160-5556
DNI: 72647305



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: ALEJANDRA BRIGUITTE MORÁN ARANDA, de la investigación titulada "HÁBITOS BUCALES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO MEDIANTE EL ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL EN NIÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO, 2024", con asesor(a) DANILO ALFREDO VASQUEZ MENDOZA, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 805-2024-D-FCS-UDH del P. A. de ODONTOLOGÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 24 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software 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, 07 de mayo de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

10. MORAN ARANDA, ALEJANDRA BRIGUITTE.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

5%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

3

docplayer.es

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO

D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA

D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis padres, quienes me impulsaron a seguir adelante y a no rendirme nunca ante ninguna circunstancia negativa; todos mis logros se los debo y son para ellos, la cual estaré agradecida siempre.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento esta dedicado a Dios y a mi familia, colegas y a todos los docentes que me orientaron y me dieron el apoyo para llevar a cabo esta investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	XII
CAPÍTULO I.....	13
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	15
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	17
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	17
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.6.1. VIABILIDAD TÉCNICA.....	18
1.6.2. VIABILIDAD OPERATIVA	18
1.6.3. VIABILIDAD ECONÓMICA	18
CAPÍTULO II.....	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL.....	19
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL	22

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL	23
2.2. BASES TEÓRICAS	23
2.2.1. HÁBITOS BUCALES.....	23
2.2.2. MALOCCLUSIONES DENTALES.....	26
2.2.3. ORTODONCIA EN NIÑOS.....	29
2.3. DEFINICIONES DE TÉRMINOS	30
2.4. HIPÓTESIS	31
2.4.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	31
2.4.2. HIPÓTESIS NULA	31
2.5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	31
2.5.1. VARIABLE 1	31
2.5.2. VARIABLE 2	31
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
CAPÍTULO III.....	34
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	34
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
3.1.1. ENFOQUE	34
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	35
3.1.3. DISEÑO	35
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
3.2.1. POBLACIÓN	36
3.2.2. MUESTRA	36
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
3.3.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.3.4. VALIDACIÓN POR EXPERTOS	39
3.3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.4. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	40
3.4.1. TABULACIÓN DE DATOS.....	40
3.4.2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE DATOS.....	41

CAPÍTULO IV	42
RESULTADOS	42
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS	42
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS	52
CAPÍTULO V	54
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	54
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Determinar la prevalencia de los hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024. ...	43
Tabla 2 Identificar los tipos de hábitos bucales presentes en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024. ...	44
Tabla 3 Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.	46
Tabla 4 Evaluar la severidad de la maloclusión, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.	48
Tabla 5 Establecer la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024.	50
Tabla 6 Prueba de Hipótesis Con Chi Cuadrado.	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Determinar la prevalencia de los hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024...	43
Gráfico 2 Identificar los tipos de hábitos bucales presentes en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024...	44
Gráfico 3 Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.	46
Gráfico 4 Evaluar la severidad de la maloclusión, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.....	48
Gráfico 5 Establecer la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024.....	50

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

IOTN: Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico.

EOT: Evaluación de Ortodoncia Temprana.

DAI: Índice Estético Dental.

p: Valor de significancia estadística.

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Tipo de investigación básica, enfoque cuantitativo, nivel relacional, diseño no experimental. Población: 500 estudiantes. Muestra: 130 de ambos sexos, muestreo no probabilístico. Prueba estadística Chi Cuadrado. **RESULTADOS:** Los niños de 9-11 años presentan mayor prevalencia de hábitos bucales (76,7%) que los de 6-8 años (23,3%). Entre los hábitos más frecuentes en niños mayores destacan la succión digital (100%), respiración bucal (100%) e interposición labial (79,2%). Respecto al tratamiento ortodóntico, las niñas presentan menor necesidad de intervención prioritaria (34,5%) que los niños (65,5%), pero mayor requerimiento de tratamientos electivos (64,0%) y convenientes (70,6%). Las maloclusiones muy severas predominan en niños (65,5%), mientras que en niñas son más frecuentes las maloclusiones leves (61,0%). Existe una clara relación entre hábitos bucales y necesidad de tratamiento ortodóntico: los niños con hábitos orales requieren más tratamiento prioritario (30,2% vs 18,4%) y menos ausencia de necesidad de tratamiento (27,9% vs 54,0%) que aquellos sin hábitos deletéreos. **CONCLUSIONES:** Existe una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=7,985$, $p=0,046$) entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

Palabras Clave: Hábitos bucales, Maloclusión, Tratamiento ortodóntico, Prevalencia, Índice de Estética Dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish the relationship between oral habits and the need for orthodontic treatment using the Dental Esthetics Index in children attending the Dental Clinic of the University of Huánuco, 2024. **MATERIALS AND METHODS:** Type of basic research, quantitative approach, relational level, non-experimental design. Population: 500 students. Sample: 130 of both sexes, non-probabilistic sampling. Chi-square statistical test. **RESULTS:** Children aged 9-11 years had a higher prevalence of oral habits (76.7%) than those aged 6-8 years (23.3%). Among the most frequent habits in older children, digital sucking (100%), mouth breathing (100%) and lip interposition (79.2%) stand out. Regarding orthodontic treatment, girls had less need for priority intervention (34.5%) than boys (65.5%), but more need for elective (64.0%) and convenient (70.6%) treatment. Very severe malocclusions predominate in boys (65.5%), while in girls mild malocclusions are more frequent (61.0%). There is a clear relationship between oral habits and need for orthodontic treatment: children with oral habits require more priority treatment (30.2% vs 18.4%) and less absence of need for treatment (27.9% vs 54.0%) than those without deleterious habits. **CONCLUSIONS:** There is a statistically significant relationship (Chi-square=7.985, $p=0.046$) between oral habits and the need for orthodontic treatment in children attending the Dental Clinic of the University of Huánuco in 2024.

Key words: Oral habits, Malocclusion, Orthodontic treatment, Prevalence, Dental Esthetics Index.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales nocivos, como la succión digital, la respiración bucal y el empuje lingual, pueden generar alteraciones significativas en la oclusión dental, favoreciendo el desarrollo de maloclusiones que afectan la salud bucal y la función masticatoria. La duración, intensidad y frecuencia de estos hábitos determinan su impacto en las estructuras dentoalveolares, pudiendo requerir tratamiento ortodóntico en etapas tempranas.

Estudios anteriores han evidenciado una alta prevalencia de maloclusiones en niños, con variaciones según la edad, el género y los hábitos orales. Investigaciones en China, España y Brasil han demostrado que los hábitos bucales aumentan el riesgo de maloclusión y pueden estar asociados con otros problemas de salud oral, como caries y apiñamiento dental.

En el contexto peruano, se ha reportado una predominancia de maloclusión clase I, con una correlación significativa entre la succión digital y la mordida abierta anterior. Sin embargo, existen pocos estudios locales que analicen la relación entre hábitos bucales y necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental.

Por ello, esta investigación tiene como objetivo establecer la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Diversos hábitos bucales nocivos como la succión digital, la mordedura de dedos, el empuje lingual, la mordedura de labios, el bruxismo y la respiración bucal pueden ocasionar efectos destructivos en las estructuras dentoalveolares. La tríada de factores que determinan si un hábito producirá consecuencias dañinas y duraderas consiste en la duración diaria del mismo, su grado y su intensidad. La estimulación de esta región mediante la lengua, los dedos, las uñas puede representar una acción paliativa ⁽¹⁾.

En lugar de ser una relación causa-efecto muy precisa, las maloclusiones provocadas por la succión no nutritiva podrían ser más bien una reacción individual. Los tipos de alteraciones dentales que pueden derivarse de un hábito digital dependen de la cantidad de fuerza que se aplique a los dientes, la dirección de esa fuerza, la frecuencia diaria del comportamiento y la duración del hábito (meses o años). La investigación y la experiencia clínica han demostrado que una fuerza tan baja como 35 g puede inclinar un diente. La frecuencia de la succión digital a lo largo del día también tendrá un impacto en el movimiento dental ⁽²⁾.

Estudios en China analizaron la relación entre maloclusión, caries y malos hábitos bucales, donde se encontró que el 72,66% de los pacientes presentaban maloclusión y los malos hábitos bucales, la maloclusión y el consumo frecuente de bebidas azucaradas fueron identificados como factores de riesgo independientes para las caries ⁽³⁾.

Otra investigación en Jinzhou, China, en niños de 6 a 12 años reveló una prevalencia considerable de maloclusión del 67.9%, siendo el apiñamiento dental el problema más frecuente, afectando al 71.8% de los casos. Los resultados destacaron que los hábitos orales inadecuados, como morderse los labios, empujar la lengua contra los dientes, mordisquear objetos, apoyar

el mentón de manera unilateral y masticar de un solo lado, están fuertemente vinculados con el aumento en el riesgo de maloclusión ⁽⁴⁾.

En Arabia se evaluó la prevalencia de hábitos bucales dañinos y su impacto en la oclusión en niños de 7 a 13 años en Aseer, Arabia Saudita. Los hallazgos revelaron que el 26,2% de los niños y el 16,3% de las niñas tenían dientes apiñados. Los pacientes que empujan la lengua tienen un riesgo 1.264 veces mayor de tener dientes apiñados⁽⁵⁾.

En España se examinó la mordida cruzada posterior en dentición temporal y su posible relación con malos hábitos bucales en 1.168 niños españoles de 3 a 6 años. Se encontró que el 19,7% de los casos presentaban mordida cruzada posterior uni o bilateral. Al adoptar la relación céntrica, la mordida cruzada persistió en 165 niños, indicando que 65 casos se debieron a contactos prematuros. Los factores favorecedores identificados fueron el uso de chupete, chuparse el dedo, la respiración oral y el empuje de la lengua o la deglución inmadura ⁽⁶⁾.

En otro estudio, en México evidenciaron la relación entre la Necesidad Normativa de Tratamiento Ortodóntico (NNOT) y la salud bucal, revelando una prevalencia del 66.0% de NNOT, con el apiñamiento como anomalía oclusal más común (36.1%). Los resultados indicaron que los pacientes con NNOT tenían más del doble de probabilidades de tener mala higiene oral, y se encontraron asociaciones significativas entre la NNOT y problemas oclusales como apiñamiento mayor de 4 mm y un overjet superior a 6 mm ⁽⁷⁾.

Un estudio realizado sobre niños brasileños de 8 a 10 años ha evidenciado que los hábitos de succión no nutritiva incrementan significativamente la probabilidad de desarrollar maloclusión, con una proporción de posibilidades de 2.26, según el intervalo de confianza del 95%. Por otro lado, las lesiones cariosas cavitadas también presentan una relación significativa, aumentando la probabilidad de maloclusión con un índice de 1.39 ⁽⁸⁾.

Estudios en Colombia analizaron hábitos orales parafuncionales en niños, donde se encontró que el 80,2% de los niños presentaban algún tipo

de hábito parafuncional. El hábito más común fue morder objetos (46,6%), seguido de onicofagia (39,7%) y bruxismo (28,4%). Estos hábitos fueron más prevalentes entre los 6 y 9 años de edad. En las niñas, la onicofagia fue el hábito más común, mientras que en los niños fue morder objetos ⁽⁹⁾.

La clase I (71,4%) fue la maloclusión más frecuente, según los estudios realizados en Perú. Le siguieron la clase II división 1 (20,1%), la clase II división 2 (0,6%) y la clase III (7,8%). La succión digital y la mordida abierta anterior estaban significativamente correlacionadas, y la mordida abierta anterior era más frecuente en la deglución atípica. ⁽¹⁰⁾.

La presente investigación es importante debido a la prevalencia de maloclusiones y hábitos bucales nocivos en niños. Estos hábitos pueden causar cambios dentales significativos y están asociados con un mayor riesgo de caries. La identificación temprana de estos hábitos y las maloclusiones puede permitir intervenciones tempranas para prevenir o minimizar los efectos adversos en la salud oral de los niños. Además, es importante entender la prevalencia y el impacto de estos hábitos en la población local de la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco. Los resultados de esta investigación proporcionarán información valiosa para desarrollar estrategias de prevención con planes de tratamiento ortodóntico temprano.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pe.01. ¿Cuál es la prevalencia de los hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?

Pe.02. ¿Cuáles son los tipos de hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?

Pe.03. ¿Cuál es la necesidad de tratamiento ortodóntico, evaluada mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?

Pe.04. ¿Cuál es la severidad de la maloclusión, evaluada mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oe.01. Determinar la prevalencia de los hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

Oe.02. Identificar los tipos de hábitos bucales presentes en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

Oe.03. Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

Oe.04. Evaluar la severidad de la maloclusión, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Los hábitos bucales, como el uso prolongado del chupete, el chuparse el dedo, la respiración bucal, entre otros, pueden influir en el desarrollo de la dentición y la oclusión en los niños. Estos hábitos pueden llevar a maloclusiones que requieren tratamiento ortodóntico. Por lo tanto, es importante investigar esta relación para entender mejor cómo estos hábitos pueden afectar la necesidad de tratamiento ortodóntico.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Esta investigación tiene implicaciones prácticas significativas. Los resultados pueden ayudar a los odontólogos a identificar a los niños que tienen un mayor riesgo de necesitar tratamiento ortodóntico debido a sus hábitos bucales. Esto puede permitir intervenciones tempranas para modificar estos hábitos y potencialmente reducir la necesidad de tratamiento ortodóntico en el futuro. Además, los resultados pueden ser útiles para educar a los padres sobre los efectos de los hábitos bucales en la salud dental de sus hijos.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El uso del Índice de Estética Dental como herramienta para evaluar la necesidad de tratamiento ortodóntico es una metodología sólida. El DAI es un índice reconocido internacionalmente que considera tanto aspectos estéticos como de salud en su evaluación. Esto asegura que la necesidad de tratamiento ortodóntico se evalúa de manera integral, teniendo en cuenta no solo la apariencia de los dientes, sino también su funcionalidad. La investigación en la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco proporciona una muestra relevante de niños que asisten a controles dentales regulares, lo que puede dar resultados representativos para esta población.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación, cuenta con los recursos humanos y económicos necesarios para su realización. Esto asegura que se pueden superar las limitaciones comunes relacionadas con la falta de recursos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, aunque los recursos necesarios están disponibles, aún pueden existir limitaciones inherentes a la metodología de la investigación, como la subjetividad en la autopercepción estética.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. VIABILIDAD TÉCNICA

La investigación es técnicamente viable, ya que se basa en la evaluación de los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico, que son aspectos que se evalúan regularmente en la práctica. Además, el Índice de Estética Dental es una herramienta bien establecida y ampliamente utilizada para evaluar la necesidad de tratamiento ortodóntico.

1.6.2. VIABILIDAD OPERATIVA

Operativamente, la investigación es factible porque se puede llevar a cabo en el marco de las visitas dentales regulares de los niños a la clínica. Los dentistas pueden recoger los datos necesarios durante estas visitas sin necesidad de procedimientos adicionales invasivos.

1.6.3. VIABILIDAD ECONÓMICA

Desde el punto de vista económico, la investigación es viable porque no requiere de equipos o procedimientos costosos. La mayor parte de los costos estarían relacionados con el tiempo del personal para recoger y analizar los datos. Sin embargo, estos costos pueden ser minimizados mediante la eficiente organización y planificación del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

En Vietnam (Hanoi), 2024, Vu et al. ⁽¹¹⁾ desarrollaron un estudio transversal titulado "Maloclusión entre niños en Vietnam: prevalencia y asociaciones con diferentes hábitos". Recopilaron datos de 873 estudiantes de escuelas primarias en la provincia de Thai Binh, Vietnam. Los resultados mostraron una prevalencia de maloclusión del 60.7%, con 19.0% Clase I, 31.0% Clase II y 10.7% Clase III. El hábito de chuparse el dedo se asoció con la maloclusión Clase I (OR: 3.28) y Clase II (OR: 3.22). Morderse el labio se relacionó con mayor probabilidad de maloclusión Clase II (OR = 4.37) y Clase III (OR = 6.83). El empuje lingual se asoció con mayor probabilidad de Clase I (OR: 5.25) y Clase II (OR: 6.42). La respiración bucal se relacionó con mayor probabilidad de maloclusión Clase II (OR = 2.71). La pérdida temprana de dientes deciduos se asoció con mayor probabilidad de maloclusión Clase III (OR = 3.83). Concluyeron que existía una alta prevalencia de maloclusión, principalmente clase II, en estudiantes de primaria en Vietnam, y que ciertos hábitos orales estaban fuertemente asociados con el desarrollo de maloclusiones específicas.

Arabia Saudita (Al Ahsa), 2024, Madiraju et al. ⁽¹²⁾ desarrollaron un estudio descriptivo transversal titulado "Un estudio epidemiológico sobre la necesidad de tratamiento de ortodoncia temprana entre los niños del este de Arabia Saudita en la etapa de dentición mixta". Recopilaron datos basados en el Índice de necesidad ortodóntica preventiva e interceptiva (IPION) de niños saudíes que visitaban clínicas ambulatorias en un entorno dental universitario. Los resultados mostraron que el 11.3% no necesitaba tratamiento, el 29.3% necesitaba tratamiento moderado y el 59.4% necesitaba tratamiento

definitivo. No se encontró diferencia estadística entre hombres y mujeres en la distribución de las categorías de necesidad de tratamiento ($p = 0.513$). Concluyeron que existía una necesidad muy alta de tratamiento ortodóntico temprano entre los niños saudíes en la etapa de dentición mixta.

En España (Sevilla), 2023, Galán-González et al. ⁽⁶⁾ desarrollaron un estudio transversal titulado "Influencia de los malos hábitos bucales en el desarrollo de mordida cruzada posterior en una población preescolar". Recopilaron datos de 1168 niños españoles entre 3 y 6 años mediante examen oral y cuestionario a padres. Los resultados mostraron que el 19.7% de los casos ($n = 230$) presentaban mordida cruzada posterior uni- o bilateral. Al adoptar la relación céntrica, la mordida cruzada persistió en 165 niños, indicando que 65 casos se debían a contactos prematuros (mordida cruzada funcional). Los factores favorecedores identificados fueron el uso del chupete, chuparse el dedo, respiración oral y empuje de la lengua o deglución inmadura. Concluyeron que los malos hábitos orales favorecían la aparición de mordida cruzada posterior, y que la duración, intensidad y tipo de hábito actuaban como factores influyentes.

En Japón (Osaka), 2023, Otsugu et al. ⁽¹³⁾ desarrollaron un estudio transversal titulado "Sellado labial y morderse las uñas incompetentes como factores de riesgo de maloclusión en niños preescolares japoneses de 3 a 6 años". Recopilaron datos de 503 niños japoneses mediante examen visual y cuestionario a padres. Los resultados mostraron que el 62.0% de los niños exhibían maloclusión y el 27.8% sellado labial incompetente. La mordedura de uñas fue el hábito oral más frecuente, con una prevalencia del 18.9%. Se registró obstrucción nasal en el 30.4% de los niños. La regresión logística binaria mostró que el sellado labial incompetente estaba significativamente relacionado con la maloclusión, mientras que la mordedura de uñas estaba significativamente negativamente relacionada. Concluyeron que el sellado labial incompetente estaba significativamente asociado con la

maloclusión, pero la mordedura de uñas podría no ser necesariamente un hábito perjudicial para la oclusión en niños preescolares japoneses.

Arabia Saudita (Al-Kharj), 2023, Alwadei et al. ⁽¹⁴⁾ desarrollaron un estudio transversal titulado "Prevalencia de maloclusión y necesidades de tratamiento de ortodoncia entre niños varones de 6 a 12 años de edad de escuelas primarias saudíes". Recopilaron datos de 357 niños varones mediante examen clínico utilizando el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico (IOTN). Los resultados mostraron que el 58.8% tenía maloclusión de Clase I de Angle, el 26.7% Clase II, el 9.8% Clase III, y el 44.5% presentaba aglomeración. Más de 1/4 del grupo más joven y el 42.8% del grupo mayor exhibieron al menos una característica que indicaba necesidad de tratamiento ortodóntico temprano (EOT). Según la puntuación DHC, 77 participantes (21.6%) estaban en necesidad de tratamiento ortodóntico definitiva. No se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos de dentición mixta temprana y tardía ($P > 0.05$). El componente estético del IOTN sobrestimó significativamente la falta de necesidad de tratamiento ortodóntico y subestimó significativamente la necesidad definitiva en comparación con el DHC ($P < 0.05$). Concluyeron que la prevalencia de maloclusión y la necesidad de tratamiento ortodóntico temprano era generalmente similar entre los niños más jóvenes y los mayores, pero la distribución era mayor entre los niños mayores, enfatizando la importancia de la detección ortodóntica en la etapa de dentición mixta temprana.

En India (Chennai), 2021, Raaj et al. ⁽¹⁵⁾ desarrollaron un estudio retrospectivo titulado "Prevalencia de maloclusión dental y necesidades de tratamiento de ortodoncia entre pacientes que visitan facultades de odontología privadas". Recopilaron datos de 65 registros de casos de pacientes mayores de 18 años utilizando el índice estético dental (DAI). Los resultados mostraron que el 72.31% tenía maloclusión menor y necesitaba un ligero tratamiento ortodóntico, el 13.85% tenía maloclusión definitiva y necesitaba tratamiento electivo, el

9.23% tenía maloclusión severa y necesitaba tratamiento ortodóntico deseable, y el 4.62% tenía maloclusión incapacitante y necesitaba tratamiento ortodóntico obligatorio. No se encontró una asociación significativa entre la edad, el género con la severidad de la maloclusión y las necesidades de tratamiento ortodóntico. Concluyeron que, dentro de las limitaciones del estudio, las mujeres del grupo tenían una maloclusión incapacitante severa y necesitaban un tratamiento ortodóntico obligatorio en comparación con los hombres.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

En Perú (Ancash), 2020, Arellan ⁽¹⁶⁾ desarrolló un estudio observacional, prospectivo, transversal y correlacional titulado "Relación entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá". Recopilaron datos de 60 niños de ambos sexos mediante examen clínico. Los resultados mostraron una relación significativa entre la maloclusión y los hábitos bucales ($p \leq 0,05$), con predominio de la onicofagia en un 38.3% y la succión no nutritiva en el 33.3%. El 33.3% presentó succión no nutritiva y maloclusión, el 38.3% onicofagia y maloclusión, y el 6.7% deglución atípica y maloclusión. El 8.3% no presentó hábitos bucales ni maloclusión. El 28.3% presentó maloclusión clase I y onicofagia, el 15% succión no nutritiva y maloclusión clase II. Concluyeron que existe una relación estadísticamente significativa entre los hábitos bucales y la maloclusión anteroposterior ($p \leq 0,05$).

En Perú (Huancayo), 2019, Delgado Ingaruca y Caballero Medina ⁽¹⁷⁾ desarrollaron un estudio descriptivo correlacional titulado "Necesidad de tratamiento ortodóntico y prevalencia de maloclusiones en niños de una Institución Educativa de Huancayo". Recopilaron datos de estudiantes de 10 a 12 años utilizando el Índice de Necesidad de Tratamiento en Ortodoncia (IOTN). Los resultados mostraron que el 48% tuvo una necesidad moderada de tratamiento ortodóntico según el componente de salud dental del IOTN, mientras que el 63% no necesitaba tratamiento según el componente estético. El 66%

presentó maloclusión clase I. El 49% de varones y el 44% de mujeres mostraron necesidad moderada de tratamiento. La clase I fue la maloclusión más prevalente (62.96% en varones y 69.56% en mujeres). Concluyeron que existe relación entre la necesidad de tratamiento y las maloclusiones.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

En Perú (Huánuco), 2022, Espinoza Toribio ⁽¹⁸⁾ desarrolló un estudio prospectivo, cuantitativo, relacional y correlacional titulado "Hábitos orales y maloclusión dental en niños de 6 a 12 años de la escuela 32271 Andabamba Huánuco". Se recogieron datos de 127 niños de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. Según los resultados, el 74,8% de los sujetos presentaba succión normal, el 12,6% succión labial y el 12,6% succión digital. El 15% presentaba presión lingual, el 21,3% deglución atípica con presión labial reducida y el 63,8% deglución normal. La prevalencia de mordida abierta anterior fue del 48%, la de mordida abierta posterior del 10,2% y la de mordida abierta completa del 7,9%. La maloclusión se observó en el 86,4% de los niños de 7 años, con una alta frecuencia del 75%-93,8% entre los de 8-10 años. El 89% de las mujeres y el 74% de los hombres presentaban maloclusión. Existía una correlación significativa entre las maloclusiones y los hábitos orales ($\chi^2=10,355$, $p=0,01$). En la escuela investigada, llegaron a la conclusión de que existe una correlación estadísticamente significativa entre las maloclusiones dentales y los hábitos orales en niños de 6 a 12 años.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. HÁBITOS BUCALES

2.2.1.1. DEFINICIÓN

Los hábitos bucales, como chuparse el dedo, tragar de manera atípica, respirar por la boca, rechinar los dientes y morderse o succionarse los labios, son acciones repetitivas e

inconscientes que pueden provocar problemas en los dientes, encías y estructuras bucales si se mantienen por un periodo prolongado. La intensidad, duración y frecuencia de estos hábitos determinan la gravedad de los efectos adversos, que pueden incluir desgaste dental, mordida abierta, mordida cruzada, aumento de la altura facial, entre otros. Cada hábito bucal requiere un enfoque terapéutico específico, ya sea mediante terapias de comportamiento, aparatos bucales u otros tratamientos, por lo que es crucial realizar un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento personalizado para cada paciente ^(19,20).

El diagnóstico y tratamiento de un paciente pediátrico con un hábito bucal pueden variar y pueden o no tener un impacto significativo en el desarrollo facial y dental del niño. La evaluación debe incluir un examen detallado del hábito en sí y su posible impacto en la salud bucal. Además, se debe evaluar el estado físico y emocional del niño y su relación con el padre o cuidador ^(16,21).

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, los hábitos bucales pueden incluir succión digital, hábitos mentales, humedecer o chupar los labios, hábitos de postura, deglución anormal y automutilación oral. La Academia recomienda que se identifique y evalúe cualquier hábito anormal y su impacto inmediato y a largo plazo en el complejo craneofacial y la dentición lo antes posible ^(22,23).

2.2.1.2. HÁBITOS BUCALES COMUNES EN NIÑOS

Los hábitos bucales, como la succión no nutritiva, chuparse los dedos, tragar con la lengua y la posición anormal de la lengua, son factores comunes que pueden influir en el desarrollo dental y facial en la infancia. Estos hábitos, dependiendo de su frecuencia, duración e intensidad, pueden asociarse con deformaciones dentoalveolares o esqueléticas, como aumento del resalte, sobremordida reducida, mordida cruzada posterior o aumento de la

altura facial. La presión en reposo de los labios, las mejillas y la lengua, que se mantiene la mayor parte del tiempo, tiene el mayor impacto en la posición de los dientes ^(24,25).

Los comportamientos de succión no nutritivos se consideran normales en bebés y niños pequeños. Sin embargo, si estos hábitos persisten, pueden asociarse con una disminución del ancho del arco maxilar, un aumento del resalte, una disminución de la sobremordida, la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior. En particular, se han observado diferencias significativas en el arco dental y las relaciones oclusales en los niños que usan chupetes a los 24 y 36 meses, en comparación con aquellos que dejaron de chupar a los 12 meses ^(26,27).

Además de los chupetes, otros hábitos bucales comunes en niños pequeños incluyen respirar por la boca y chuparse el dedo. Aunque estos hábitos pueden tener algunos efectos positivos, como aliviar el dolor y reducir la ansiedad, también pueden tener efectos negativos, como causar problemas dentales, maloclusiones, cambios faciales, dificultades en el habla y problemas de sueño ^(24,26).

2.2.1.3. IMPACTO DE LOS HÁBITOS BUCALES EN LA SALUD ORAL

Diversos hábitos bucales pueden causar efectos perjudiciales en las estructuras dentoalveolares. Factores como la duración, grado e intensidad del hábito son responsables de estos efectos nocivos. Un hábito es una acción repetitiva e automática. La boca es un área importante para expresar emociones y aliviar la ansiedad ^(1,28).

Los cambios dentales por succión digital no requieren tratamiento si el hábito cesa antes de los 5 años. La succión digital implica succionar enérgicamente el pulgar con contracción muscular bucal y labial. Puede provocar mordida abierta,

sobremordida, inclinaciones dentarias, mordida cruzada y empuje lingual ⁽¹⁾.

El empuje lingual puede ocurrir por la transición tardía entre los patrones de deglución infantil y adulto. En el tratamiento, se recomienda asesoramiento, terapia de recordatorio, recompensas y aparatos de ortodoncia. Se presentan casos clínicos de succión digital y empuje lingual ^(1,29).

2.2.2. MALOCLUSIONES DENTALES

2.2.2.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud considera que la maloclusión es uno de los problemas de salud bucal más significativos, solo superado por la caries y las enfermedades periodontales. La prevalencia de la maloclusión varía ampliamente, estimándose entre un 39% y un 93% en niños y adolescentes. Esta variabilidad puede atribuirse a diferencias étnicas y de edad en los grupos estudiados que evalúan la prevalencia de la maloclusión ⁽³⁰⁾.

Las maloclusiones pueden ocurrir en tres planos espaciales distintos: sagital, transversal y vertical. En el plano sagital, se identifican tres tipos diferentes de relaciones esqueléticas, definidas por el ángulo ANB, que representa la relación anteroposterior entre los maxilares⁽³⁰⁾.

2.2.2.2. ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

Las causas que pueden provocar una maloclusión son diversas. Un factor relevante es la falta de armonía entre el tamaño de los maxilares y el tamaño de los dientes, ya sea porque la mandíbula es demasiado pequeña o los dientes son demasiado grandes, impidiendo una correcta alineación dentaria. Ciertos hábitos orales nocivos, como la succión digital o el empuje lingual contra los incisivos, pueden ocasionar la protrusión gradual de los

dientes anterosuperiores y contribuir al desarrollo de una maloclusión ⁽³¹⁾.

Además, la pérdida prematura de dientes temporales o permanentes puede provocar el desplazamiento de los dientes adyacentes u opuestos, generando una oclusión inadecuada si no se toman medidas para prevenir estos movimientos dentarios ⁽³¹⁾.

Factores como traumatismos faciales con desplazamiento dentario o fracturas óseas, así como ciertas condiciones congénitas que afectan la cantidad y desarrollo de los dientes, como la displasia ectodérmica, el paladar hendido o el síndrome de Down, también pueden ser causas subyacentes de una maloclusión ⁽³¹⁾.

Las deformidades de los dientes, los maxilares y la cara causadas por variables ambientales adquiridas, así como por causas genéticas heredadas, reciben el nombre de maloclusión. El desplazamiento individual de los dientes, la morfología aberrante de la arcada dental y la disposición aberrante de los dientes son los síntomas más comunes que se observan en los pacientes. La deformidad por maloclusión tiene una influencia significativa en el cuerpo y la psicología de los pacientes. Además de afectar el desarrollo maxilofacial de los niños pequeños, también afecta la salud bucal, la función bucal y la apariencia ⁽³⁾.

2.2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

Basándose en la ubicación de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior en relación con el surco vestibular del primer molar inferior, el Dr. Edward Hartley Angle creó tres clasificaciones de maloclusión. Clase I cuando ocluyen correctamente, Clase II cuando la cúspide está mesial al surco, y Clase III cuando está distal al surco. La Clase II se divide en divisiones 1 y 2 según la inclinación de los incisivos superiores, mientras que la Clase III se clasifica en tipos 1, 2 y 3 según la forma del arco y la inclinación dentaria ⁽³²⁾.

La clasificación de Ackerman y Profitt divide la maloclusión en clases I a VI basada en la relación entre los dientes maxilares y mandibulares y la posición de la mandíbula. Las discrepancias de las mandíbulas, asimetría facial, labio y paladar hendido, y anomalías craneofaciales son causas esqueléticas de maloclusión que pueden requerir cirugía, aunque el tratamiento quirúrgico generalmente se recomienda solo en casos severos después de evaluar otras opciones como ortodoncia por parte de un especialista ⁽³²⁾.

2.2.2.4. CONSECUENCIAS DE LAS MALOCLUSIONES

Disfunción de la articulación temporomandibular: La disfunción temporomandibular (DTM) implica problemas en los músculos masticatorios, articulaciones y estructuras asociadas. Los TTM suelen coexistir con maloclusiones graves. Los TTM son más frecuentes en pacientes con maloclusiones importantes. Antes de iniciar la terapia, es esencial realizar un diagnóstico preciso del TMD. Ni los síntomas preoperatorios de DTM ni el tipo de deformidad mandibular pueden predecir los resultados después de la cirugía ⁽³³⁾.

Limitación masticatoria: Una maloclusión grave puede afectar negativamente el rendimiento masticatorio y la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Los individuos con maloclusión podrían tragar partículas de alimentos más grandes. Una maloclusión no tratada puede resultar en una limitación masticatoria en la vejez, especialmente con pérdida de dientes. El rendimiento masticatorio deficiente se ha relacionado con problemas gastrointestinales y desnutrición ⁽³³⁾.

Apnea del sueño: Las pausas respiratorias frecuentes durante el sueño son un síntoma de apnea obstructiva del sueño (AOS). Las maloclusiones graves y las anomalías dentofaciales pueden afectar al desarrollo y mantenimiento de las vías

respiratorias. La AOS es más propensa a producirse en pacientes con maloclusiones importantes. La cirugía ortognática es una parte crucial del tratamiento de la AOS. En individuos con maloclusiones importantes, la AOS puede desarrollarse o empeorar sin un diagnóstico ⁽³³⁾.

Lesión dental traumática: Un resalte aumentado puede duplicar o triplicar el riesgo de lesión dental traumática (TDI) en dientes anteriores. En dentición permanente y primaria, un resalte >5 mm y 3 mm respectivamente representa un mayor riesgo de TDI ⁽³³⁾.

Pérdida de la superficie del diente: La pérdida de la superficie dental (TSL) describe la destrucción irreversible del tejido dental duro por procesos no cariosos. No está claro el grado en que la maloclusión contribuye al TSL. Relaciones de borde a borde, sobremordidas >4 mm y maloclusión Clase II se asocian con mayores niveles de TSL. Algunas maloclusiones como mordidas cruzadas parecen proteger del TSL grave ⁽³³⁾.

2.2.3. ORTODONCIA EN NIÑOS

2.2.3.1. ORTODONCIA EN LA INFANCIA Y SU IMPORTANCIA

La ortodoncia es la especialidad dental que trata la maloclusión, caracterizada por dientes mal alineados y discrepancias de los maxilares, lo cual puede afectar negativamente la dentición debido al estrés impuesto en los dientes y tejidos circundantes. Se reconoce la importancia del diagnóstico temprano de la maloclusión durante la infancia y adolescencia. El odontólogo debe poder reconocer la maloclusión y derivar a los pacientes al tratamiento de ortodoncia a edades tempranas, brindando así atención integral de salud pediátrica. Además, la calidad de vida asociada a la salud bucodental se ve considerablemente afectada por la ortodoncia y otros problemas de salud bucodental ⁽³⁴⁾.

2.2.3.2. TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS EN NIÑOS

El proceso de tratamiento ortodóncico comienza con el seguimiento de las funciones orales desde los primeros años de vida (3-4 años) con fines preventivos. En niños con dentición mixta, se puede realizar un tratamiento interceptivo ortopédico, aplicando aparatología fija o removible para corregir irregularidades en el desarrollo máxilo-mandibular y malposiciones dentarias. La mayor parte de los tratamientos para corregir malposiciones se inicia cuando erupciona la dentición permanente (11-13 años), mediante el uso de aparatos fijos que permiten mover los dientes en los tres planos del espacio. Las deformidades remanentes de los maxilares se abordan al finalizar el crecimiento o en adultos, combinando la ortodoncia fija con osteotomías maxilofaciales. Para pacientes adultos se utilizan las mismas técnicas de ortodoncia fija, adaptando el plan de tratamiento a sus condiciones dentales o periodontales particulares ⁽³⁵⁾.

2.3. DEFINICIONES DE TÉRMINOS

Hábitos bucales: Acciones repetitivas e inconscientes como chuparse el dedo, tragar de manera atípica, respirar por la boca, etc., que pueden causar problemas dentales y bucales si persisten ⁽¹⁹⁾.

Succión digital: Succionar enérgicamente el pulgar con contracción muscular bucal y labial, que puede causar problemas como mordida abierta, sobremordida, etc ⁽²⁶⁾.

Empuje lingual: Movimiento de la lengua contra los incisivos que puede causar maloclusión, tratado con terapia de recordatorio, recompensas y aparatos de ortodoncia ⁽²⁶⁾.

Maloclusión: Deformidades en los dientes, mandíbulas y cara debido a factores genéticos o adquiridos, afectando la salud bucal, función y apariencia ⁽³⁰⁾.

Ortodoncia: Especialidad dental que trata maloclusiones mediante dispositivos correctivos como aparatos fijos o removibles, incluso en niños con fines preventivos ⁽³⁴⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

(Hi): Existe relación significativa entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

2.4.2. HIPÓTESIS NULA

(Ho): No existe relación significativa entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

2.5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.

2.5.1. VARIABLE 1

Hábitos Bucales.

2.5.2. VARIABLE 2

Necesidad de Tratamiento Ortodóntico.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICA / INSTRUMENTO
VARIABLE 1								
Hábitos bucales.	Conducta repetitiva relacionada con la boca	Identificación de conductas como succión, deglución atípica y respiración bucal mediante observación directa, registradas en una ficha estructurada.	Succión	No Presenta	0	Cualitativo	Nominal	Ficha de observación
				Labial	1			
				Digital	2			
			Deglución Atípica	No Presenta	0			
				Interposición de labio	1			
				Interposición de Lengua	2			
			Respiración Bucal	No Presenta	0			
				Presenta	1			
VARIABLE 2								
Necesidad de Tratamiento ortodóntico.	Cambio en la forma en que encajan los dientes superiores e inferiores o en la alineación natural de la dentición.	Evaluación clínica de la oclusión y alineación dental mediante el Índice de Estética Dental (DAI), registrada en ficha de observación.	Índice de Estética Dental	No Necesita Tratamiento	0	Cualitativo	Ordinal	Ficha de observación
				Tratamiento Electivo	1			
				Tratamiento Conveniente	2			
					3			
				Tratamiento Prioritario				

VARIABLES INTERVINIENTES								
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Edad cronológica del niño	DNI	• 6 – 8 años • 9 – 11 años	1 2	Cuantitativo	Razón	Ficha de recolección de datos
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Identificación del sexo biológico	DNI	• Masculino • Femenino	1 2	Cualitativo	Dicotómico	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por la intervención del investigador fue observacional, ya que el estudio no implicó una intervención directa sobre las variables; solo se observaron y midieron los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico sin manipular estas variables ⁽³⁶⁾

La fuente de recolección de datos fue prospectiva, ya que los datos se recogieron a partir del momento en que se inició el estudio. No se utilizaron datos históricos o previamente recolectados, sino que se obtuvieron específicamente para esta investigación ⁽³⁶⁾.

Según el número de mediciones de la variable de estudio, fue transversal, debido a que se realizó una única medición de las variables (hábitos bucales y necesidad de tratamiento ortodóntico) en un momento específico del tiempo, sin seguimiento posterior ⁽³⁶⁾.

Por el número de variables de interés, fue analítico, ya que el estudio no solo describió las variables, sino que también buscó analizar la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico ⁽³⁶⁾

3.1.1. ENFOQUE

La investigación propuesta adoptó un enfoque cuantitativo ⁽³⁷⁾. Este enfoque fue apropiado para el estudio debido a la naturaleza de los objetivos de la investigación, que buscaron determinar la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico en niños. El enfoque cuantitativo permitió la recolección de datos numéricos que fueron analizados estadísticamente para identificar patrones y relaciones entre las variables de interés, en este caso, los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

La investigación propuesta fue de nivel relacional ⁽³⁸⁾. Este nivel de investigación fue apropiado para el estudio, ya que buscó determinar la relación entre dos variables: los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico evaluado mediante el Índice de Estética Dental. Este nivel de investigación no buscó establecer relaciones de causa y efecto, sino simplemente identificar si las variables estaban relacionadas y cómo se relacionaban.

3.1.3. DISEÑO

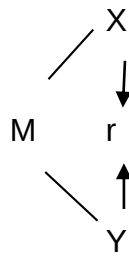
El diseño de investigación para la presente investigación fue no experimental, correlacional y transversal.

El diseño no experimental fue apropiado porque este estudio no manipuló ni alteró las variables de interés, que fueron los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico. En lugar de eso, estas variables se observaron tal como se presentaron en su entorno natural, lo que permitió una representación precisa de la realidad ⁽³⁹⁾.

El diseño correlacional fue adecuado, ya que el objetivo principal del estudio fue determinar la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico. Este diseño permitió identificar y analizar la relación entre estas dos variables sin establecer una relación causal ⁽³⁹⁾.

Finalmente, el diseño transversal fue apropiado, ya que los datos se recogieron en un solo punto en el tiempo, en lugar de a lo largo de un período prolongado. Este diseño fue eficiente y proporcionó una instantánea de la relación entre las variables en un momento específico, en este caso, en el año 2024.

La representación será:



Dónde:

M = Muestra

X = Hábitos bucales

Y = Necesidad de Tratamiento ortodóntico.

r = La relación entre las variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población para este estudio estuvo compuesta por 500 niños que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en los meses de mayo a julio del año 2024. Esta población fue representativa de los niños que asistieron a esta clínica y proporcionó una visión valiosa de la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico en este grupo específico. Se consideraron todos los niños de la clínica, independientemente de su género, origen étnico o socioeconómico, para obtener una muestra diversa y representativa.

3.2.2. MUESTRA

Se seleccionará mediante un método no probabilístico, por conveniencia y a través de sujetos voluntarios ⁽⁴⁰⁾. De la población total de niños que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco durante el año 2024, se seleccionaron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, llegando a un total de 130 niños. Esta selección no aleatoria permitió la participación de aquellos niños que estuvieron dispuestos a participar y que cumplieron con los criterios establecidos para el estudio. Esta muestra permitió una investigación

detallada y significativa de la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico en este grupo específico.

➤ **Criterios de inclusión:**

- Niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en el año 2024.
- Niños que tienen entre 6 y 12 años de edad.
- Niños cuyos padres o tutores han dado su consentimiento para participar en el estudio.

➤ **Criterios de exclusión:**

- Niños que ya están recibiendo tratamiento ortodóntico.
- Niños con condiciones médicas o dentales que podrían afectar los resultados del estudio.
- Niños cuyos padres o tutores no hayan dado su consentimiento para participar en el estudio.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Observación directa: Se realizó una observación directa de los niños seleccionados para evaluar sus hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico. Esta observación permitió obtener una referencia inicial para la evaluación de estas variables. Se observaron directamente las características de los dientes y la boca de los niños, así como su comportamiento y actitudes hacia sus hábitos bucales.

3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Guía de Observación: Se utilizó una guía de observación, que permitió una evaluación directa y objetiva de los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico en los niños. Los criterios específicos incluidos en la guía de observación, basados en el Índice de

Estética Dental, aseguraron que la evaluación fuera sistemática y consistente. Esto fue fundamental para minimizar el sesgo y mejorar la fiabilidad de los datos recolectados.

3.3.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para garantizar la validez y confiabilidad de los datos recolectados en esta investigación, se utilizaron dos instrumentos de medición reconocidos y validados: el Índice de Estética Dental.

Para la recolección de datos sobre los hábitos orales, se tomó como referencia el estudio realizado por Pamela Agurto V., Rodrigo Díaz M., et al. ⁽⁴¹⁾. En este estudio, se recogieron datos específicos sobre los hábitos orales, observándose si los sujetos presentaban o no hábitos de succión, en particular, se buscó la presencia de succión labial y digital. También se investigó si los sujetos presentaban o no deglución atípica, lo que incluye la interposición del labio y de la lengua durante la deglución. Finalmente, se registró si los sujetos presentaban o no respiración bucal.

Una herramienta reconocida para determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico fue el Índice de Estética Dental. Este índice utilizó un sistema de puntuación para clasificar la maloclusión en varios grupos. Si la puntuación del paciente era inferior a 25, sugería que tenía una maloclusión mínima o una oclusión normal y no necesitaba tratamiento de ortodoncia. Una maloclusión estaba claramente presente cuando la puntuación era de 26 a 30, en cuyo caso el tratamiento era opcional. Cuando un paciente presentaba una maloclusión importante (puntuación de 31 a 35), se recomendaba un tratamiento de ortodoncia. Una maloclusión muy grave o incapacitante para la que el tratamiento ortodóncico era una prioridad absoluta se indicaba con una puntuación de 36 o superior ⁽⁴²⁾.

La asociación entre las variables fue analizada de forma precisa y coherente gracias a los datos cuantitativos proporcionados por estas herramientas.

3.3.4. VALIDACIÓN POR EXPERTOS

Se realizó la validación por expertos, cirujanos dentistas con el grado mínimo de maestría, los cuales evaluaron que los instrumentos recogieran los valores necesarios para la investigación, además, los instrumentos usados se basaron en su reconocimiento y uso internacional de estos, en diversos estudios, lo que demostró su validez. Para la recolección de datos sobre los hábitos orales, se utilizó como referencia el estudio realizado por Pamela Agurto V., Rodrigo Díaz M., et al. Este estudio recogió datos específicos sobre los hábitos orales, incluyendo la succión (labial y digital), la deglución atípica (interposición del labio y de la lengua durante la deglución) y la respiración bucal.

Además, se utilizó el Índice de Estética Dental, una herramienta reconocida para determinar la necesidad de tratamiento ortodóncico. Este índice clasificaba la maloclusión en varios grupos según un sistema de puntuación. La puntuación indicaba el grado de maloclusión y la necesidad de tratamiento ortodóncico.

Estos instrumentos fueron validados en múltiples contextos y demostraron ser precisos y confiables. Por lo tanto, la validación adicional por expertos no se consideró necesaria en este caso, lo que permitió un uso más eficiente de los recursos y el tiempo.

3.3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Selección de participantes: Se seleccionaron niños que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Esta selección se realizó mediante un método no probabilístico, por conveniencia y a través de sujetos voluntarios.

Consentimiento informado: Se obtuvo el consentimiento informado de los padres. Se explicó a los padres y niños el propósito de

la investigación, lo que implicaba su participación, y se les aseguró que su participación fue voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Observación directa y exámenes orales: Se realizaron observaciones directas y exámenes orales a los participantes para evaluar la presencia de maloclusiones de acuerdo al instrumento de recolección de datos, así como los hábitos orales, como la succión (labial y digital), la deglución atípica (interposición del labio y de la lengua durante la deglución), y la respiración bucal.

Encuestas y cuestionarios: Se administraron cuestionarios a los participantes para recoger datos sobre sus hábitos orales.

Registro de datos: Todos los datos recogidos se registraron de manera precisa y sistemática. Se mantuvo la confidencialidad de los datos y se utilizaron únicamente con fines de investigación.

Análisis de datos: Se realizó un análisis de los datos recogidos para determinar la relación entre los hábitos orales y la necesidad de tratamiento ortodóntico.

3.4. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TABULACIÓN DE DATOS

Una primera etapa esencial en nuestra investigación de los hábitos orales y la necesidad de terapia ortodóntica fue el procesamiento de datos. Mediante este procedimiento se garantizó que los datos estuvieran limpios y preparados para el análisis. Comprendió la comprobación de la corrección de los datos, la localización y el tratamiento de los valores que faltaban y, en caso necesario, la modificación de los datos. Para estos procedimientos se utilizó el programa SPSS V27 y una hoja de cálculo Excel. Los datos se digitalizaron en la base de datos del programa informático y se ordenaron de acuerdo con los objetivos predeterminados.

3.4.2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE DATOS

Para recopilar y explicar la información recogida para nuestro estudio sobre los hábitos orales y la necesidad de tratamiento de ortodoncia, se llevó a cabo un análisis descriptivo. Para visualizar los hábitos orales y la necesidad de tratamiento de ortodoncia, también se crearon gráficos descriptivos.

Para verificar las hipótesis del estudio, también se llevó a cabo un análisis inferencial. Esto incluyó la prueba de hipótesis para determinar la asociación entre los hábitos orales y la necesidad de tratamiento de ortodoncia, utilizando la prueba de chi-cuadrado. Teniendo en cuenta las características de las variables y el objetivo del estudio, esta prueba estadística fue aceptable. Fue la prueba no paramétrica chi-cuadrado en nuestra investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

En este capítulo se expondrán los resultados del análisis de datos de la investigación Hábitos Orales y Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia utilizando el Índice de Estética Dental en Niños de la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024. El objetivo de este estudio fue utilizar el Índice de Estética Dental como una herramienta de evaluación para estudiar la conexión entre los hábitos orales y la necesidad de tratamiento de ortodoncia. Los resultados del estudio se analizarán detenidamente en este capítulo.

Tabla 1. Determinar la prevalencia de los hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024

			Edad		Total
			6 a 8 años	9 a 11 años	
Hábitos Orales	No	Recuento	51	36	87
		%	58,6%	41,4%	100,0%
	Si	Recuento	10	33	43
		%	23,3%	76,7%	100,0%
Total	Recuento		61	69	130
	%		46,9%	53,1%	100,0%

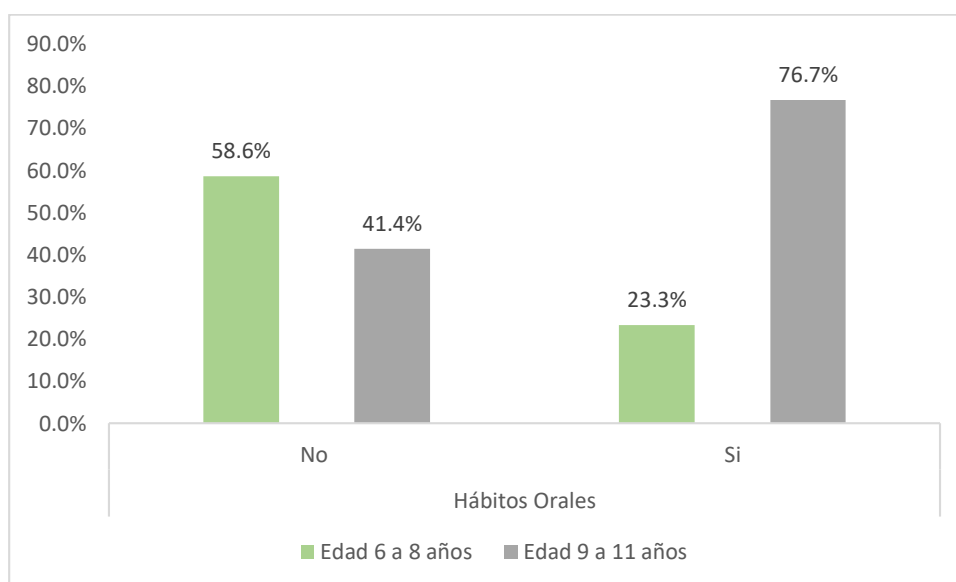


Gráfico 1. Determinar la prevalencia de los hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024

Interpretación:

De acuerdo a la tabla y gráfico 1, se puede observar que existe una distribución variada de los hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024, según los grupos de edad. En el grupo de 6 a 8 años, el 58,6% de los niños no presentan hábitos bucales orales, mientras que el 23,3% sí los presentan. Por otro lado, en el grupo de 9 a 11 años, el 41,4% de los niños no tienen hábitos bucales orales, pero un 76,7% sí los presentan. Estos resultados indican que, en general, los niños más grandes (de 9 a 11 años) tienen una mayor prevalencia de hábitos bucales orales, lo que podría reflejar una tendencia a la formación de estos hábitos a medida que aumenta la edad.

Tabla 2. Identificar los tipos de hábitos bucales presentes en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024

			Edad		Total
			6 a 8 años	9 a 11 años	
Succión	No presenta	Recuento	56	52	108
		%	51,9%	48,1%	100,0%
	Labial	Recuento	5	15	20
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Digital	Recuento	0	2	2
		%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	61	69	130
		%	46,9%	53,1%	100,0%
Deglución	No presenta deglución atípica	Recuento	52	46	98
		%	53,1%	46,9%	100,0%
	Interposición de Lengua	Recuento	4	4	8
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Interposición de labio	Recuento	5	19	24
		%	20,8%	79,2%	100,0%
Total		Recuento	61	69	130
		%	46,9%	53,1%	100,0%
Respiración Bucal	No presenta	Recuento	61	67	128
		%	47,7%	52,3%	100,0%
	Presenta	Recuento	0	2	2
		%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	61	69	130
		%	46,9%	53,1%	100,0%

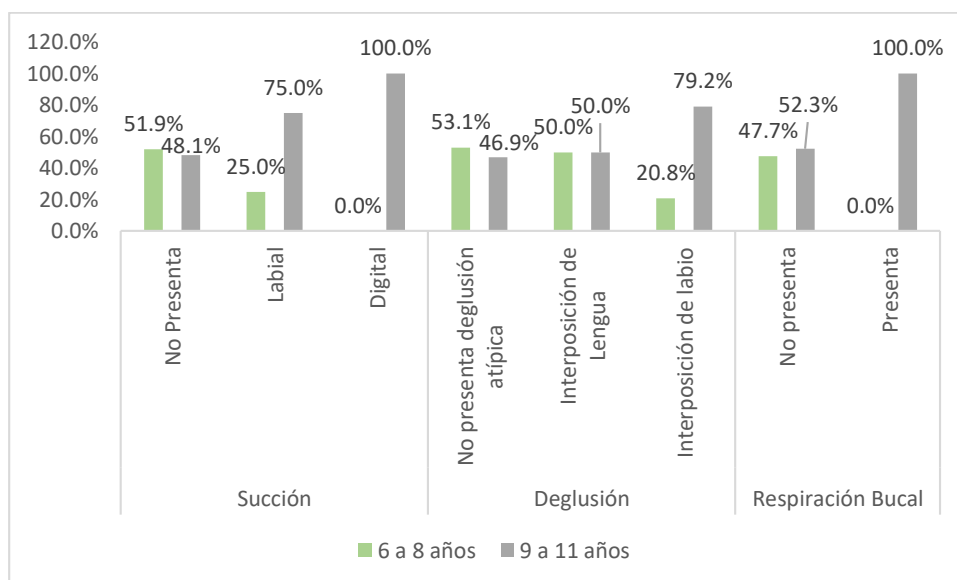


Gráfico 2. Identificar los tipos de hábitos bucales presentes en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024

Interpretación:

Según la tabla y gráfico 2, se observa una distribución de los tipos de hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024. El grupo de 6 a 8 años, la succión labial se presenta en el 25,0% de los casos, mientras que, en el grupo de 9 a 11 años, esta cifra aumenta al 75,0%, lo que indica una mayor prevalencia de este hábito en los niños mayores. En cuanto a la succión digital, ninguno de los niños de 6 a 8 años presenta este hábito, pero en el grupo de 9 a 11 años, el 100% de los niños lo presenta, lo que sugiere una formación de hábitos más arraigados en esta edad. En cuanto a la deglución atípica, el 53,1% de los niños de 6 a 8 años no la presentan, mientras que, en el grupo de 9 a 11 años, el 46,9% tampoco muestra este tipo de deglución. La interposición de lengua se presenta de manera equitativa, con un 50,0% en ambos grupos, lo que podría indicar que este hábito es común en ambas edades. La interposición de labio afecta al 20,8% de los niños de 6 a 8 años, pero en el grupo de 9 a 11 años, este porcentaje se eleva al 79,2%, lo que refleja una tendencia creciente a medida que los niños crecen. En cuanto a la respiración bucal, el 47,7% de los niños de 6 a 8 años no presenta este hábito, mientras que el 52,3% sí lo tiene. En el grupo de 9 a 11 años, 100% de los niños presenta respiración bucal, lo que revela una prevalencia total de este hábito en el grupo más grande. Estos resultados sugieren que, a medida que aumenta la edad, los niños tienden a desarrollar y consolidar más hábitos bucales, especialmente en cuanto a la succión labial, la interposición de labio y la respiración bucal.

Tabla 3. Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Necesidad de tratamiento ortodóntico	No Necesita Tratamiento	Recuento	23	36	59
		%	39,0%	61,0%	100,0%
	Tratamiento Electivo	Recuento	9	16	25
		%	36,0%	64,0%	100,0%
	Tratamiento Conveniente	Recuento	5	12	17
		%	29,4%	70,6%	100,0%
	Tratamiento Prioritario	Recuento	19	10	29
		%	65,5%	34,5%	100,0%
Total		Recuento	56	74	130
		%	43,1%	56,9%	100,0%

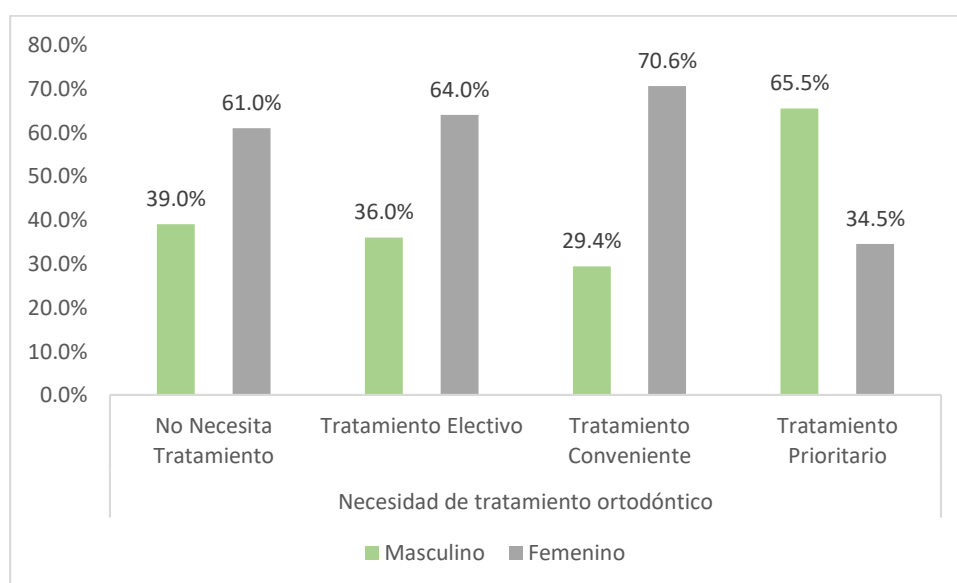


Gráfico 3. Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024

Interpretación:

Según la tabla y gráfico 3, se puede observar que en el caso de los niños el 39,0% no requiere tratamiento ortodóntico, mientras que en las niñas esta cifra es del 61,0%, indicando que un mayor porcentaje de niñas no presenta necesidad de tratamiento ortodóntico. En cuanto al tratamiento electivo, el 36,0% de los niños y el 64,0% de las niñas requieren este tipo de tratamiento, lo que refleja una mayor prevalencia de esta necesidad en el grupo femenino. Respecto al tratamiento conveniente, el 29,4% de los niños y el 70,6% de las

niñas presentan esta necesidad, lo que muestra una diferencia considerable en favor de las niñas. Finalmente, en el tratamiento prioritario, el 65,5% de los niños lo requieren, mientras que solo el 34,5% de las niñas necesita tratamiento prioritario, lo que sugiere que los niños tienen una mayor prevalencia de necesidades ortodónticas urgentes. En general, los datos sugieren que las niñas tienden a tener una mayor prevalencia de necesidades de tratamiento electivo y conveniente, mientras que los niños requieren más tratamiento prioritario.

Tabla 4. Evaluar la severidad de la maloclusión, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Severidad de la Maloclusión	Oclusión normal O maloclusión leve	Recuento	23	36	59
		%	39,0%	61,0%	100,0%
	Maloclusión definida	Recuento	9	16	25
		%	36,0%	64,0%	100,0%
	Maloclusión severa	Recuento	5	12	17
		%	29,4%	70,6%	100,0%
	Maloclusión muy severa o discapacitante	Recuento	19	10	29
		%	65,5%	34,5%	100,0%
	Total	Recuento	56	74	130
		%	43,1%	56,9%	100,0%

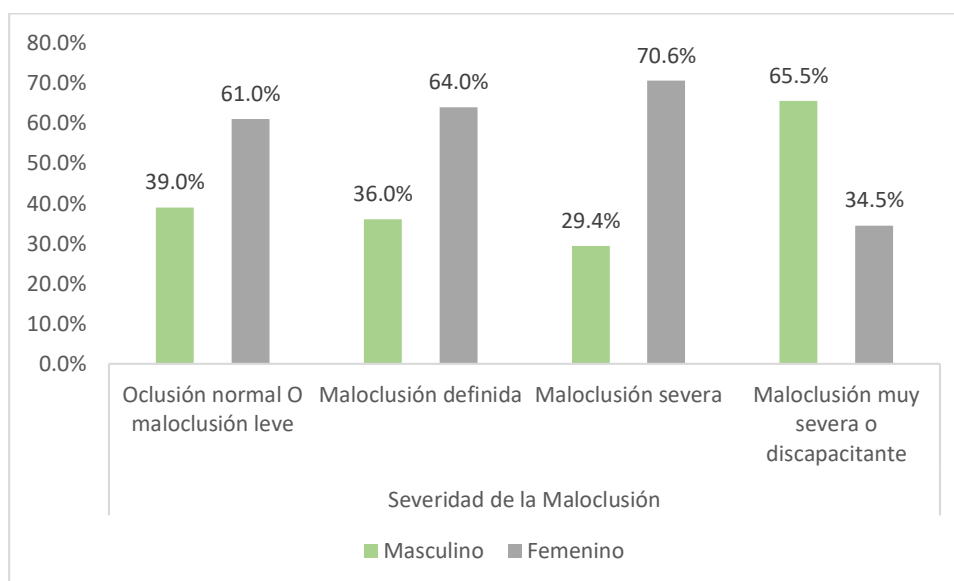


Gráfico 4. Evaluar la severidad de la maloclusión, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024

Interpretación:

Según la tabla y gráfico 4, se puede observar la distribución de la severidad de la maloclusión, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024, diferenciando por sexo. En el grupo de niños, el 39,0% presenta una oclusión normal o maloclusión leve, mientras que, en el grupo de niñas, esta cifra asciende al 61,0%, lo que indica que un mayor porcentaje de las niñas

presentan una maloclusión menos severa. En cuanto a la maloclusión definida, el 36,0% de los niños y el 64,0% de las niñas se encuentran en esta categoría, lo que muestra una mayor prevalencia de maloclusión definida en las niñas. Respecto a la maloclusión severa, el 29,4% de los niños y el 70,6% de las niñas presentan este tipo de maloclusión, lo que refleja una diferencia considerable. Finalmente, en cuanto a la maloclusión muy severa o discapacitante, el 65,5% de los niños la presentan, mientras que solo el 34,5% de las niñas se encuentra en esta categoría, lo que indica que los niños tienen una mayor prevalencia de maloclusiones graves o discapacitantes. En general, los datos muestran que las niñas presentan una mayor prevalencia de maloclusiones menos graves, mientras que los niños tienen una mayor proporción de maloclusiones muy severas o discapacitantes.

Tabla 5. Establecer la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024

		Necesidad de tratamiento ortodóntico					Total
		No Necesita Tratamiento	Tratamiento Electivo	Tratamiento Conveniente	Tratamiento Prioritario		
Hábitos Orales	No	Recuento	47	14	10	16	87
		%	54,0%	16,1%	11,5%	18,4%	100,0%
	Si	Recuento	12	11	7	13	43
		%	27,9%	25,6%	16,3%	30,2%	100,0%
Total		Recuento	59	25	17	29	130
		%	45,4%	19,2%	13,1%	22,3%	100,0%

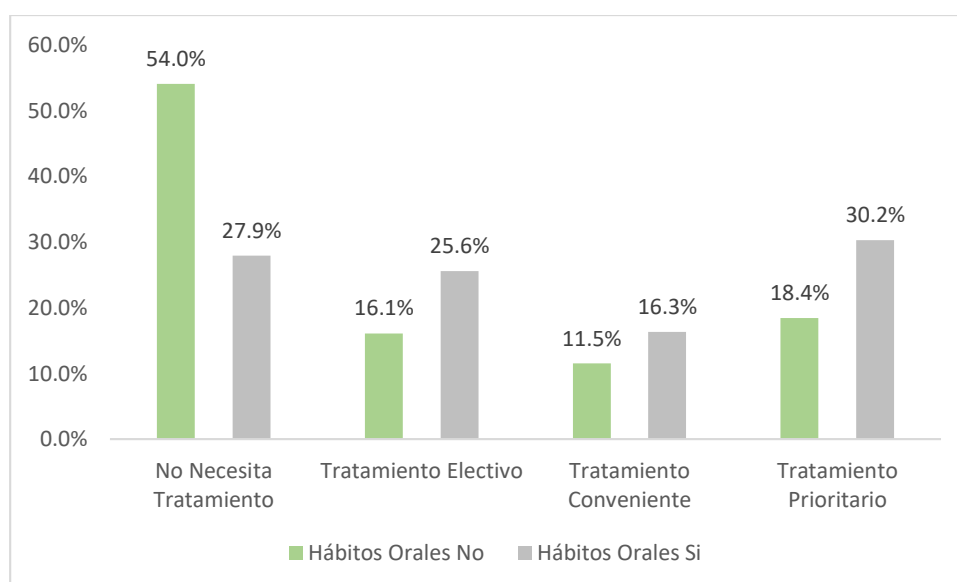


Gráfico 5. Establecer la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024

Interpretación:

Según la tabla y gráfico 5, se puede observar la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024. En el grupo que no presenta hábitos orales,

el 54,0% no requiere tratamiento ortodóntico, el 16,1% necesita tratamiento electivo, el 11,5% requiere tratamiento conveniente y el 18,4% necesita tratamiento prioritario. En el grupo que presenta hábitos orales, el 27,9% no necesita tratamiento ortodóntico, el 25,6% requiere tratamiento electivo, el 16,3% necesita tratamiento conveniente y el 30,2% requiere tratamiento prioritario.

Estos resultados sugieren que los niños con hábitos orales tienen una mayor necesidad de tratamiento ortodóntico en todas las categorías, especialmente en el tratamiento prioritario, donde el 30,2% de los niños con hábitos orales lo requieren, en comparación con el 18,4% de los niños sin hábitos orales. Esto podría indicar que los hábitos bucales orales podrían estar asociados con un mayor grado de afectación estética y funcional en los niños, lo que incrementa la necesidad de intervención ortodóntica.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Para establecer la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico, se utilizó el Índice de Estética Dental en niños atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco durante el año 2024. Se aplicaron técnicas estadísticas de análisis inferencial, como la prueba de Chi-cuadrado para evaluar la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico según la valoración estética dental.

Hipótesis de Investigación (Hi): Existe relación significativa entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

Hipótesis de Nula (Ho): No existe relación significativa entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.

Tabla 6. Prueba de Hipótesis Con Chi Cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi- cuadrado	7,985 ^a	3	0,046
N de casos válidos	130		

Interpretación:

Los resultados de la prueba de Chi cuadrado de Pearson para la asociación entre la necesidad de tratamiento de ortodoncia y los hábitos bucales en los niños que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en el año 2024 mediante el Índice de Estética Dental muestran que el valor de Chi cuadrado es de 7,985 con tres grados de libertad (gl) y una significación bilateral asintótica de 0,046. Existe una correlación sustancial entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento de ortodoncia en los

niños que acuden a la clínica, como lo demuestra la aceptación de la hipótesis de estudio (H_i) al rechazarse la hipótesis nula por ser el valor de significación menor a 0.05.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se analizó la relación entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024. Los hábitos bucales son un factor relevante que puede afectar tanto la salud dental como la necesidad de intervención ortodóntica.

Los hallazgos de la presente investigación evidencian que existe una distribución variada de estos hábitos según la edad. En el grupo de 6 a 8 años, el 58,6% de los niños no presentan hábitos bucales orales, mientras que el 23,3% sí los presentan. Por otro lado, en el grupo de 9 a 11 años, la prevalencia de hábitos bucales aumenta significativamente, con un 76,7% de los niños afectados. Estos resultados guardan similitud con el estudio realizado por Espinoza Toribio ⁽¹⁸⁾ (2022) en Huánuco, quien encontró que el 74,6% de los varones y el 80,9% de las mujeres presentaban algún tipo de maloclusión y que existía una relación significativa entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusión dental. Además, en su estudio se reportó que el 12,6% de los niños presentaba succión labial y el 12,6% succión digital, mientras que el 21,3% tenía deglución atípica con presión del labio inferior. Al comparar estos datos con los obtenidos en la presente investigación, se observa que, aunque las cifras de hábitos bucales en niños de 6 a 8 años son menores, en el grupo de 9 a 11 años los valores se acercan a los reportados por Espinoza Toribio, lo que sugiere que la prevalencia de hábitos orales tiende a incrementarse conforme los niños avanzan en edad.

Nuestra investigación también revela una mayor prevalencia de hábitos bucales en niños de 9 a 11 años en comparación con aquellos de 6 a 8 años, lo que sugiere que estos hábitos tienden a consolidarse con la edad. Específicamente, se encontró que la succión labial aumenta del 25,0% en niños de 6 a 8 años al 75,0% en el grupo de 9 a 11 años, mientras que la

succión digital no se presentó en los niños más pequeños, pero afectó al 100% de los niños mayores. De manera similar, la interposición de labio pasó del 20,8% en los niños más pequeños al 79,2% en los mayores, y la respiración bucal mostró un crecimiento significativo, alcanzando una prevalencia del 100% en el grupo de mayor edad. Estos resultados guardan similitud con la investigación de Arellan ⁽¹⁶⁾ (2020) en Ancash, Perú, quien encontró que el 38,3% de los niños presentaba onicofagia y el 33,3% succión no nutritiva, estableciendo una relación significativa entre la maloclusión y los hábitos bucales. En el presente estudio, se identificó que la interposición de labio y la respiración bucal aumentaron con la edad, para añadir mayor evidencia en la presente investigación.

Los resultados de nuestra investigación muestran una distribución diferenciada en la necesidad de tratamiento ortodóntico según el sexo en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024. Se encontró que el 39,0% de los niños y el 61,0% de las niñas no requieren tratamiento ortodóntico, lo que indica que una mayor proporción de niñas tiene una alineación dental aceptable. En cuanto a la necesidad de tratamiento electivo, el 36,0% de los niños y el 64,0% de las niñas lo requieren, reflejando una mayor prevalencia en el grupo femenino. En el caso del tratamiento conveniente, el 29,4% de los niños y el 70,6% de las niñas presentan esta necesidad, evidenciando nuevamente una diferencia significativa a favor de las niñas. Por último, en cuanto al tratamiento prioritario, el 65,5% de los niños lo necesita, mientras que en las niñas este porcentaje desciende al 34,5%, sugiriendo que los niños tienen una mayor prevalencia de condiciones ortodónticas urgentes. Estos hallazgos pueden compararse con Delgado Ingaruca y Caballero Medina (2019) en Huancayo, Perú, donde se encontró que el 48% de los niños presentó una necesidad moderada de tratamiento ortodóntico, mientras que el 63% no requería tratamiento según el componente estético del IOTN, similar a lo encontrado en el presente estudio.

En base a los resultados de la presente investigación se encontró que el 39,0% de los niños y el 61,0% de las niñas presentan una oclusión normal o

maloclusión leve, lo que indica que un mayor porcentaje de niñas tiene una alineación dental aceptable. En cuanto a la maloclusión definida, el 36,0% de los niños y el 64,0% de las niñas pertenecen a esta categoría, reflejando una mayor prevalencia en el grupo femenino. En el caso de la maloclusión severa, el 29,4% de los niños y el 70,6% de las niñas presentan esta condición, mostrando una diferencia considerable en favor de las niñas. Sin embargo, en el grupo de maloclusión muy severa o discapacitante, el 65,5% de los niños la presentan, mientras que en las niñas esta cifra es del 34,5%, lo que sugiere que los niños tienen una mayor prevalencia de condiciones ortodónticas severas. Estos resultados se alinean con la investigación de Alwadei et al. ⁽¹⁴⁾ (2023) en Arabia Saudita, quienes reportaron que el 58,8% de los niños tenía maloclusión Clase I, el 26,7% Clase II y el 9,8% Clase III, además de que el 44,5% presentaba apiñamiento dental. También encontraron que el 21,6% de los niños necesitaba tratamiento ortodóntico definitivo con esto se demuestra la similitud en que un porcentaje considerable de niños requería tratamiento definitivo que es similar a los resultados de la presente investigación, donde los niños tienen una mayor prevalencia de maloclusiones severas o discapacitantes.

Finalmente, los resultados que el 54,0% de niños sin hábitos orales no requiere tratamiento ortodóntico, esta cifra disminuye a solo 27,9% en niños con hábitos orales. Paralelamente, la necesidad de tratamiento prioritario aumenta considerablemente en niños con hábitos bucales (30,2%) en comparación con aquellos que no los presentan (18,4%). Los hallazgos obtenidos coinciden con el estudio de Arellan ⁽¹⁶⁾ (2020) en Ancash encontró una relación significativa ($p \leq 0,05$) entre hábitos bucales específicos y maloclusiones, documentando que el 28,3% de niños con onicofagia presentaba maloclusión Clase I. Similarmente, Vu et al. ⁽¹¹⁾ (2024) en Vietnam demostraron que hábitos como la succión digital y el empuje lingual aumentaban significativamente la probabilidad de desarrollar maloclusiones Clase I y II (OR entre 3.22 y 6.42). Nuestros resultados refuerzan estas asociaciones al evidenciar que los niños con hábitos bucales tienen mayor necesidad de tratamiento ortodóntico en todas las categorías evaluadas, especialmente en el nivel prioritario. Adicionalmente, Espinoza Toribio ⁽¹⁸⁾

(2022) en Huánuco confirmó esta relación mediante análisis estadístico (Chi-cuadrado = 10.355, $p = 0.01$), lo que respalda nuestra conclusión de que los hábitos bucales constituyen factores determinantes en el desarrollo de maloclusiones y en la consecuente necesidad de intervención ortodóntica temprana.

CONCLUSIONES

1. Los niños de 9 a 11 años presentan mayor prevalencia de hábitos bucales orales (76,7%) en comparación con los niños de 6 a 8 años (23,3%), evidenciando un incremento significativo de estos hábitos con la edad.
2. En niños de 9 a 11 años predominan la succión digital (100%), respiración bucal (100%), interposición de labio (79,2%) y succión labial (75%), mientras que la interposición de lengua se distribuye equitativamente (50%) en ambos grupos etarios.
3. Las niñas requieren menos tratamiento prioritario (34,5%) que los niños (65,5%), pero presentan mayor necesidad de tratamiento electivo (64,0%) y conveniente (70,6%).
4. Las maloclusiones muy severas o discapacitantes predominan en niños (65,5%) frente a niñas (34,5%), mientras que en las niñas son más frecuentes las maloclusiones menos graves (61,0% oclusión normal/maloclusión leve).
5. Los niños con hábitos orales presentan mayor necesidad de tratamiento ortodóntico prioritario (30,2% vs 18,4%) y menor proporción de ausencia de necesidad de tratamiento (27,9% vs 54,0%) en comparación con aquellos sin hábitos bucales.
6. Existe una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=7,985$, $p=0,046$) entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024, confirmando la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

1. Para la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, debería implementarse un programa de detección temprana de hábitos bucales en niños de 6 a 8 años, considerando que estos hábitos se incrementan significativamente en el grupo de 9 a 11 años, lo que permitiría intervenir oportunamente antes de su consolidación.
2. Para los odontopediatras y ortodoncistas, incorporar en los protocolos de evaluación clínica el monitoreo específico de hábitos de succión digital, respiración bucal e interposición labial, ya que estos presentan alta prevalencia en niños de 9 a 11 años y están asociados con mayor necesidad de tratamiento ortodóntico.
3. Para los padres participar en programas educativos sobre la importancia de identificar y corregir tempranamente los hábitos bucales en niños, enfatizando cómo estos pueden incrementar la necesidad de tratamientos ortodónticos más complejos en el futuro.
4. Para la comunidad académica, realizar estudios longitudinales que evalúen la evolución de los hábitos bucales y su impacto en la necesidad de tratamiento ortodóntico, para determinar el momento óptimo de intervención y reducir la prevalencia de maloclusiones severas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kamdar RJ, Al-Shahrani I. Damaging Oral Habits. *J Int Oral Health* 2015;7(4):85-7.
2. Law CS, Christensen JR, Fields H. Oral Habits (Internet). En: *Pediatric Dentistry*. Elsevier; 2019 (citado 2024 abr 10). página 386-393.e2.Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323608268000274>
3. Wang Z, Feng J, Wang Q, Yang Y, Xiao J. Analysis of the correlation between malocclusion, bad oral habits, and the caries rate in adolescents. *Transl Pediatr* 2021;10(12):3291-300.
4. Xu J, Li X, Liu X, Li S, Lu Y. Prevalence and Influencing Factors of Mixed Dentition Malocclusion in Children Aged 6–12 Years in Jinzhou, China. *Oral Health and Preventive Dentistry* 2023;21:163-70.
5. Zakirulla M, Alshehri AD, Hudaybi AH, Fageeh SN, Alghothimi AA, Ali MG, et al. Oral Habits: Prevalence and Effects on Occlusion Among 7 to 13 Years Old School Children in Aseer, Saudi Arabia. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* 2020;20:e0005.
6. Galán-González AF, Domínguez-Reyes A, Cabrera-Domínguez ME. Influence of bad oral habits upon the development of posterior crossbite in a preschool population. *BMC Oral Health* 2023;23(1):923.
7. Pineda ÁEGA, Stein-Gemora E, Pérez AG, Rosales-Ibáñez R. Relationship between the normative need for orthodontic treatment and oral health in Mexican adolescents aged 13–15 years old. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(21):1-11.
8. Granja GL, Bernardino VMM, Lima LCMD, Araújo LJSD, Arruda MJALLA, Ferreira FM, et al. Orofacial dysfunction, nonnutritive sucking habits, and dental caries influence malocclusion in children aged 8-10 years. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 2022;162(4):502-9.

9. Fuentes KJD. Descripción De Hábitos Orales.
10. Dávalos MJZ. Prevalencia De Hábitos Bucales Y Su Relación Con Maloclusiones Dentarias En Niños De 06 A 12 Años En El Colegio Los Educadores.
11. Vu DA, Vu HM, Nguyen QT, Vu HM. Malocclusion among children in Vietnam: Prevalence and associations with different habits. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research* 2024;14(2):112-5.
12. Madiraju GS, Almugla YM, Mohan R, Alnasser BM. An epidemiological study on early orthodontic treatment need among eastern Saudi Arabian children in the mixed dentition stage. *Scientific Reports* 2024;14(1).
13. Otsugu M, Sasaki Y, Mikasa Y, Kadono M, Sasaki H, Kato T, et al. Incompetent lip seal and nail biting as risk factors for malocclusion in Japanese preschool children aged 3–6 years. *BMC Pediatrics* 2023;23(1).
14. Alwadei S, Ali Hattan A, Faqihi K, Alhawiata A, Alwadei F, Alwadei A. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment needs among Saudi primary school male children aged 6-12 years: A cross-sectional study. *Journal of International Oral Health* 2023;15(1):106-12.
15. Raaj T, Balasubramaniam A, Sri Sakthi D. Prevalence of dental malocclusion and orthodontic treatment needs among patients visiting private dental college-a retrospective study. *International Journal of Dentistry and Oral Science* 2021;8(7):3129-34.
16. Manrique A, María R. Relación Entre Maloclusión Y Hábitos Bucales En Niños De 7 A 11 Años De Edad Del Centro Poblado De Sapchá, Ancash 2020.
17. Delgado Ingaruca IV, Caballero Medina M. Necesidad de tratamiento ortodóntico y prevalencia de maloclusiones en niños de una Institución Educativa de Huancayo. Universidad Peruana Los Andes (Internet) 2021

(citado 2024 abr 10);Available from:
<http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2991>

18. Espinoza Toribio DN. Hábitos orales y maloclusión dental en niños de 6 a 12 años de la escuela 32271 Andabamba Huánuco 2022. Universidad de Huánuco (Internet) 2023 (citado 2024 abr 10);Available from: <http://localhost:8080/xmlui/handle/20.500.14257/4781>
19. Awuapara S, Bendezu L, Vicente Ramos N, Juana B, Otazú C, Crisóstomo A, et al. Oral habits management in pediatric dentistry. Review of the literature. *Revista odontología pediátrica* 2022;20:74-84.
20. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, Juárez-López LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo AF, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 2011;68(1):26-33.
21. Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG, Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. *International journal of odontostomatology* 2018;12(2):188-93.
22. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. *MEDISAN* 2014;18(5):606-12.
23. Maguire JA. The Evaluation And Treatment Of Pediatric Oral Habits. *Dental Clinics of North America* 2000;44(3):659-69.
24. Majorana A, Bardellini E, Amadori F, Conti G, Polimeni A. Timetable for oral prevention in childhood—developing dentition and oral habits: a current opinion. *Prog Orthod* 2015;16:39.
25. Franco Varas V, Gorritxo Gil B, García Izquierdo F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. *Pediatría Atención Primaria* 2012;14(53):13-20.

26. Martins Kimberly. Childhood Oral Habits and their Effects (Internet). (citado 2024 abr 10);Available from: <https://www.voxlingue.com/post/childhood-oral-habits-and-their-effects>
27. García García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Avances en Odontoestomatología* 2011;27(2):75-84.
28. Dho MS. Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos. *Revista Estomatológica Herediana* 2018;28(4):259-66.
29. Martín Zaldivar L, García Peláez S, Expósito Martín I, Estrada Verdeja V, Pérez Llanes Y. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Revista Archivo Médico de Camagüey* 2010;14(6):1-10.
30. Cenzato N, Nobili A, Maspero C. Prevalence of Dental Malocclusions in Different Geographical Areas: Scoping Review. *Dentistry Journal* 2021;9(10):117.
31. Hennessy B. Oral Growths - Dental Disorders (Internet). MSD Manual Professional Edition 2024 (citado 2024 abr 10);Available from: <https://www.msdmanuals.com/professional/dental-disorders/symptoms-of-dental-and-oral-disorders/oral-growths>
32. Ghodasra R, Brizuela M. Orthodontics, Malocclusion (Internet). En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 (citado 2024 abr 10). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592395/>
33. Leck R, Paul N, Rolland S, Birnie D. The consequences of living with a severe malocclusion: A review of the literature. *J Orthod* 2022;49(2):228-39.

34. Abreu LG. Orthodontics in Children and Impact of Malocclusion on Adolescents' Quality of Life. *Pediatric Clinics of North America* 2018;65(5):995-1006.
35. Glineur R, Balon-Perin A. (Orthodontic treatment in children and adults). *Rev Med Brux* 2001;22(4):A299-303.
36. Ceroni Galloso M. ¿Investigación básica, aplicada o sólo investigación? *Revista de la Sociedad Química del Perú* 2010;76(1):5-6.
37. Cienfuegos Velasco M de los A, Cienfuegos Velasco A, Cienfuegos Velasco M de los A, Cienfuegos Velasco A. Lo cuantitativo y cualitativo en la investigación. Un apoyo a su enseñanza. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* 2016;7(13):15-36.
38. Investigacion I, Luis Ángel Espinoza-Pajuelo, Ochoa-Pachas JM. El nivel de investigación relacional en las ciencias sociales. *ACTA JURÍDICA PERUANA* 2020;3(2):93-111.
39. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007;15:502-7.
40. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology* 2017;35(1):227-32.
41. Agurto V. P, Díaz M. R, Cádiz D. O, Bobenrieth K. F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista chilena de pediatría* 1999;70(6):470-82.
42. Pérez MA, Neira Á, Alfaro J, Aguilera J, Alvear P, Fierro Monti C. Necesidad De Tratamiento Ortodóncico Según El Índice De Estética Dental En Adolescentes De 12 Años, Chile. *Revista Facultad De Odontología Universidad De Antioquia* 2014;26(1):33-43.

43. Acevedo Pérez I. Aspectos Eticos En La Investigacion Cientifica. Ciencia y enfermería 2002;8(1):15-8.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Moran A. Hábitos bucales y necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el índice de estética dental en niños de la clínica odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Metodología	Población y muestra	Fuente (instrumento recolección de datos)
Problema general ¿Cuál es la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?	Objetivo general Establecer la relación de los hábitos bucales con la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024. Objetivos específicos Oe.01. Determinar la prevalencia de los hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.	Hipótesis investigación (Hi) Hi: Existe relación significativa entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la	Variable 1 : Hábitos Bucales. Variable 2: Necesidad de Tratamiento Ortodóntico.	Tipo de investigación Básica Enfoque Este estudio se encuentra en un enfoque cuantitativo. Nivel Relacional Diseño de investigación No experimental, correlacional y transversal.	Población La población para este estudio estará compuesta por los niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en los meses mayo – julio del año 2024. Muestra	Técnica de recolección de datos Observación directa. Encuesta Instrumento de recolección de datos Ficha observación y Cuestionario.

Universidad de Huánuco, 2024?	Oe.02. Identificar los tipos de hábitos bucales presentes en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.	Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.	Se seleccionarán 130 niños, mediante un método no probabilístico, por conveniencia y por sujetos voluntarios.
Pe.02. ¿Cuáles son los tipos de hábitos bucales en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?	Oe.03. Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.	Hipótesis nula (Ho) Ho: No existe relación significativa entre los hábitos bucales y la necesidad de tratamiento ortodóntico	
Pe.03. ¿Cuál es la necesidad de tratamiento ortodóntico, evaluada mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?	Oe.04. Evaluar la severidad de la maloclusión, utilizando el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco en 2024.	mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica	
Pe.04. ¿Cuál es la severidad de la maloclusión, evaluada mediante el Índice de Estética Dental, en niños que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco, 2024?			

de la
Universidad de
Huánuco en
2024.



ANEXO 2



FICHA DE OBSERVACIÓN

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD P.A. DE ODONTOLOGÍA

Ficha de Observación

1. INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del estudio: "Hábitos Bucales Y Necesidad De Tratamiento Ortodóntico Mediante El Índice De Estética Dental En Niños De La Clínica Odontológica De La Universidad De Huánuco, 2024."

Investigador: Bach. Moran Aranda, Alejandra Brigitte

2. VARIABLES DE ESTUDIO:

Sexo:

Edad:

a. Hábitos Orales

HABITOS ORALES	SUCCION	No presenta	
		Labial	
		Digital	
	DEGLUSION	No presenta	
		Interposición de Lengua	
		Interposición de Labio	
	RESPIRACION BUCAL	No presenta	
		Presenta	

b. Necesidad de Tratamiento Ortodóntico.

- 1.- Número de dientes visiblemente perdidos (incisivos, caninos y premolares en las arcadas maxilar y mandibular.....() * 6 =
- 2.- Apiñamiento en los segmentos incisales (0: ningún segmento apiñado; 1: un segmento apiñado; 2: dos segmentos apiñados).....() * 1=
- 3.- Espaciamiento en los segmentos incisales (0: ningún segmento con espaciamiento; 1: en un segmento espaciamiento; 2: en dos segmentos espaciamiento).....() * 1=
- 4.- Medida en mm diastema interincisivo.....(2) * 3=
- 5.- Mayor irregularidad anterior del maxilar en mm.....() * 1=
- 6.- Mayor irregularidad anterior del mandibular en mm.....() * 1=
- 7.- Medida de resalte maxilar en mm.....() * 2=

- 8.- Medida de resalte mandibular en mm.....() * 4=
- 9.- Medida de la mordida abierta anterior en mm.....() * 4=
- 10.- Evaluación de la relación molar anteroposterior, mayor desviación de la norma derecha o izquierda (0: normal; 1: ½ cúspide tanto mesial como distal; 2: una cúspide completa , tanto mesial como distal.....() * 3=
- Constante.....13

Ecuación DAI

DAI = (Dientes visibles perdidos x 6) + apiñamiento + separación + (diastema x 3) + máxima irregularidad maxilar anterior + máxima irregularidad mandibular anterior + (superposición anterior del maxilar superior x 2) + (superposición anterior de la mandíbula x 4) + (mordida abierta anterior vertical x 4) + (relación molar anteroposterior x 3) + 13

RESULTADO = ____	< 25:	Oclusión normal O maloclusión leve	No Necesita Tratamiento
	26-30	Maloclusión definida	Tratamiento Electivo
	31-35	Maloclusión severa	Tratamiento Conveniente
	≥ 36	Maloclusión muy severa o discapacitante	Tratamiento Prioritario



ANEXO 3



ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD P.A. DE ODONTOLOGÍA

Asentimiento Informado

Hola

Queremos invitarte a participar en una actividad en la que vamos a mirar cómo están tus dientes y cómo usas tu boca, por ejemplo: si respiras por la boca o te chupas el dedo. Esto nos ayudará a si tienes hábitos y saber cómo están tus dientecitos.

Yo, te mirare los dientes como en una revisión normal. No duele, solo te voy a observar con cuidado, y tú puedes decirnos si quieres participar o no.

- Puedes decir que no quieres participar, y no pasa nada.
- Si dices que sí, pero después cambias de idea, también está bien.
- Tu nombre y lo que veamos se guardará en secreto.

Si entendiste y quieres ayudarnos, puedes firmar aquí con tu nombre o poner tu huellita.

Yo, _____, quiero participar en la revisión de mis dientes.

Firma o huella del niño(a): _____

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD P.A. DE ODONTOLOGÍA**



