

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



**HÁBITOS BUCALES Y MALOCCLUSIONES DENTALES EN
LOS ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO,
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 18006 PEDRO CASTRO
ALVA, CHACHAPOYAS – 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Autora : Bach. Merly Tongo Alarcón.

Asesora : Dra. Sonia Tejada Muñoz.

CHACHAPOYAS – PERÚ

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



**HÁBITOS BUCALES Y MALOCCLUSIONES DENTALES EN
LOS ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO,
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 18006 PEDRO CASTRO
ALVA, CHACHAPOYAS – 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Autora : Bach. Merly Tongo Alarcón.

Asesora : Dra. Sonia Tejada Muñoz.

CHACHAPOYAS – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi madre, por ser mi soporte, por la vida, por creer en mí, porque siempre estuvo a mi lado apoyándome en los malos y buenos momentos.

A mi padre que desde el cielo siempre me acompañó en este largo camino y por todos los valores que me enseñó cuando estuvo a mi lado.

A mis hermanos a quienes amo y respeto, por la paciencia y el apoyo incondicional para poder cumplir con mis metas.

AGRADECIMIENTO

A la Directora del Colegio Secundario 18006 Pedro Castro Alva, por permitirme ingresar a las aulas y llevar acabo el proceso de recolección de datos para el informe final de esta investigación.

A la Dra. Sonia Tejada Muñoz, por el tiempo brindado, apoyo incondicional, los consejos implantados y el asesoramiento durante todo el proceso para la elaboración del proyecto, ejecución y elaboración del informe de tesis.

A mi fiel e incondicional amiga Karin León Pérez con quien compartí los cinco años de mi vida universitaria y quien me apoyó en la recolección de datos.

A todas las personas que me acompañaron y apoyaron, para que esta investigación se hiciera realidad.

A todos los estudiantes que apoyaron de manera directa e indirecta para la realización de este proyecto.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE
MENDOZA- AMAZONAS**

Dr. Policarpio Chauca Valqui
Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón
Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán
Vicerrectora de Investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, Dra. Sonia Tejada Muñoz, identificado con DNI N° 33409092 con domicilio legal en la avenida. Universitaria primera cuadra S/N Chachapoyas, Docente Asociada a Tiempo Completo con código N° 0390 de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza – Amazonas.

DOY VISTO BUENO, a la tesis titulada **“HÁBITOS BUCALES Y MALOCLUSIONES DENTALES EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA N° 18006 PEDRO CASTRO ALVA, CHACHAPOYAS - 2017”**, que estuvo conducido por la Bachiller de Estomatología; Merly Tongo Alarcón, para optar el título profesional de Cirujano Dentista, en la Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza” de Amazonas.

Por lo indicado doy fe y visto bueno.

Chachapoyas, 01 de diciembre del 2017.

.....
Dra. Sonia Tejada Muñoz

DNI: 33409092

JURADO EVALUADOR
(RESOLUCIÓN DECANATURAL N° 493-2015-UNTRM-VRAC/F.C.S)

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Presidente

Mg. CD. Franz Tito Coronel Zubiato

Secretario

Mg. Nelly Del Carmen Villegas Ampuero

Vocal

INDICE

| | |
|--|------|
| Dedicatoria | i |
| Agradecimiento | ii |
| Autoridades de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza- Amazonas..... | iii |
| Visto bueno de la asesora..... | iv |
| Jurado evaluador..... | v |
| Indice | vi |
| Indice de tablas | vii |
| Indice de figuras | viii |
| Indice de anexos..... | ix |
| Indice de tablas de anexos | x |
| Resumen..... | xi |
| Abstract | xii |
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II. OBJETIVOS | 4 |
| III. MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| IV. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 31 |
| V. RESULTADOS | 34 |
| VI. DISCUSIÓN..... | 41 |
| VII. CONCLUSIONES | 49 |
| VIII. RECOMENDACIONES | 40 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 51 |
| ANEXOS | 56 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 34 |
| Tabla 2: Tipo de maloclusiones en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 36 |
| Tabla 3: Maloclusiones de acuerdo al sector dentario en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 37 |
| Tabla 4: Maloclusión vertical de los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 38 |
| Tabla 5: Maloclusión transversal de los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 39 |
| Tabla 6: Hábitos bucales de los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 40 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1: Hábitos bucales y maloclusiones dental en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 34 |
| Figura 2: Tipo de maloclusiones en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 36 |
| Figura 3: Maloclusiones de acuerdo al sector dentario en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 37 |
| Figura 4: Maloclusión vertical de los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 38 |
| Figura 5: Maloclusión transversal de los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 39 |
| Figura 6: Hábitos bucales de los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 40 |

INDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo 1: Matriz de consistencia..... | 57 |
| Anexo 2: Operacionalización de variables..... | 58 |
| Anexo 3: Ficha de recolección de datos..... | 59 |
| Anexo 4: Ficha clínica | 61 |
| Anexo 5: Consentimiento informado..... | 62 |

INDICE DE TABLAS DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo 6: Tabla Relación entre hábitos bucales y sexo en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 63 |
| Anexo 7: Tabla Hábitos bucales relacionados a la edad de los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017..... | 64 |
| Anexo 8: Tabla prueba ji cuadrada para determinar la relación entre las variables hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas- 2017..... | 66 |

RESUMEN

La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, de tipo: observacional, prospectivo, transversal. Cuyo objetivo fue: Determinar la relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017. La población muestral estuvo constituida por 85 estudiantes. Los resultados fueron: del 100% de estudiantes evaluados; el 48.2% no presenta ningún hábito bucal y tiene maloclusiones. Respecto a la tipología de maloclusiones; el 65.9 % presentaron clase I, el 14.1% clase II, el 7.1% clase III. De acuerdo al sector dentario; el 63.5% presentó maloclusión dentaria anteroposterior, el 20.0% vertical y el 16.5% transversal. Respecto a maloclusión vertical, se encontró que el 80.0% no presenta ninguna, el 11.8% presentó mordida abierta anterior y el 8.2% mordida profunda. Respecto a la maloclusión transversal el 83.5% no presentó ninguna mala oclusión transversal; el 10.6% presentó mordida cruzada y el 5.9% presentó mordida en tijera. Respecto a los hábitos bucales el 48.2% no presentó ningún hábito bucal; el 15.3% respiración bucal; el 10.6% succión digital; el 9.4% presentaron onicofagia y bruxismo y el 3.5% presentaron deglución atípica y succión de labio. Concluyéndose que sí existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

Palabras clave: Hábitos, maloclusiones, dentales.

ABSTRACT

The research was a quantitative, relational-level, observational, prospective, cross-sectional approach. Whose objective was: To determine the relationship between oral habits and dental malocclusions in secondary school students, Educational Institution N ° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017. The sample population was constituted by 85 students. The results were: 100% of students evaluated; 48.2% have no oral habits and have malocclusions. Regarding the typology of malocclusions; 65.9% presented class I, 14.1% class II, 7.1% class III. According to the dental sector; 63.5% presented anteroposterior dental malocclusion, 20.0% vertical and 16.5% transverse. Regarding vertical malocclusion, it was found that 80.0% did not present any, 11.8% presented anterior open bite and 8.2% deep bite. Regarding transverse malocclusion, 83.5% did not present any transverse malocclusion; 10.6% presented a crossbite and 5.9% presented a scissor bite. With regard to oral habits, 48.2% did not present any oral habit; 15.3% mouth breathing; 10.6% digital suction; 9.4% presented onychophagia and bruxism and 3.5% presented atypical swallowing and lip suction. Concluding that there is a relationship between oral habits and dental malocclusions in secondary school students of the 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017 educational institution.

Key words: Habits, malocclusions, dental.

I. INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones son consideradas por la OMS que ocupa el tercer lugar por su prevalencia; éstas representan un problema de salud pública a nivel mundial. Los factores genéticos y ambientales, como hábitos bucales nocivos son de vital importancia. (OMS, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la maloclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres. (OMS, 2016).

Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente. La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental. La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud. Según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 la prevalencia de de maloclusiones es del 80%. (MINSA, 2015).

Son numerosas las causas que pueden originar o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran los elementos totalmente externos, sobre los cuales se puede actuar y que han sido ampliamente estudiados y tratados por algunos autores, con énfasis en los hábitos bucales deformantes, pues al conocerlos se puede realizar una correcta prevención y atender al paciente de manera integral. (Pino Román, Iraida María, Véliz Concepción, Olga Lidia, y García Vega, Pablo Antonio. 2014.). Si un hábito como el de chuparse el pulgar, ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente

(seis horas diarias o más), podría llegar a desplazarlos. Asimismo, el efecto en la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre estos, sino del tiempo de actuación del hábito. La prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal, que contribuye a la función y el crecimiento, y no distorsiona la estructura esquelética en desarrollo. (Reyes et al. 2013).

La importancia de los hábitos bucales para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, un hábito bucal afecta produciendo una alteración en el desarrollo del sistema estomatognático lo que se traduce en una deformación, puede originar un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas (mejilla y labio en la zona anterior) y las fuerzas musculares internas (lengua); estas afectan cuando son practicadas con mayor frecuencia. Es así que estos causan maloclusión dentaria; la cual es una afección del desarrollo bucofacial que ocupa el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal. (Zapata, M. 2013).

Los factores de riesgo como el hábito de succión digital por periodos prolongados pueden provocar efectos anormales específicos en la oclusión y en el desarrollo óseo y aunque se ha mencionado el gran beneficio del amamantamiento materno, éste se ha asociado con maloclusiones como mordidas abiertas anteriores, cuando aquél se realiza por periodos prolongados. Estudios de prevalencia sobre maloclusiones en niños mencionan que los hábitos bucales nocivos pueden modificar la posición de los dientes y la relación de forma de las arcadas entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, el grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración e intensidad con que se practique. (Mendoza et al. 2014).

Es de gran importancia infundir a los estudiantes de estomatología sobre el conocimiento de los hábitos bucales y las maloclusiones, cómo identificarlas y el tratamiento de elección para cada una de ellas, para que como futuros profesionales de salud se concienticen y tomen mayor importancia a éste tipo de alteraciones que

aquejan en gran medida a la población, con la finalidad de prevenir las consecuencias.

Por tal motivo se escogió la evaluación de hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario, institución educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas-2017, debido a que se carecen de éste tipo de investigaciones para que de esta manera se tenga conocimiento de cuales hábitos afectan más en las maloclusiones y contar con las bases científicas y tecnológicas necesarias para combatirlas con éxito. El estudio servirá como un aporte sobre el diagnóstico de éstas alteraciones; para así plantear propuestas sobre identificación y medidas de prevención de los hábitos bucales y maloclusiones, tanto para las instituciones educativas y profesionales de estomatología de igual manera a los establecimientos de salud.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la relación entre los hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017”.

Objetivos Específicos:

- Identificar las maloclusiones de acuerdo al tipo.
- Identificar los hábitos bucales relacionados a la edad.
- Identificar las maloclusiones dentales de acuerdo al sector dentario.
- Identificar los hábitos bucales relacionados al sexo.

III. MARCO TEÓRICO

a. Antecedentes.

A nivel internacional

Álvarez et al. (2017). Cuba. En su investigación se plantearon como objetivo identificar los estudiantes afectados por prácticas de hábitos bucales y su relación con la presencia de maloclusiones dentarias, se encontró el 58,7 % de estudiantes fueron identificados con hábitos bucales deformantes, la mayor prevalencia detectada estuvo en la deglución atípica con 25,3 %, seguidos por la respiración bucal con 19,4 % y la succión digital con 14,0 %. Las maloclusiones de Clase II división 1 predominaron en los identificados con hábitos, cuyos valores fueron: 34,7 %, 39,4 % y 32 % en los que presentaron respiración bucal, succión digital y deglución atípica, en ese orden, hubo una disminución progresiva de los hábitos a medida que se incrementaron las edades. Concluyeron que la mayoría de los estudiantes identificados con hábitos bucales deformantes, estuvieron relacionados con la presencia de maloclusiones dentarias. En ellos, las anomalías se incrementaron conjuntamente con la edad. Prevalcieron las maloclusiones de Clase II división 1, por sobre las restantes entidades clínicas estudiadas, hecho que alerta sobre la necesidad de interceptar estas prácticas nocivas en edades tempranas y exigir el cumplimiento de los programas de prevención e intercepción de anomalías dentofaciales en el nivel primario de atención.

Mendoza, L. (2014). México. En su investigación se plantea como objetivo determinar la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población de 12 a 15 años que solicitaron atención dental en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM, los resultados fueron que el hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual con 66.2%; succión labial con 49.3%; onicofagia 41.9%; respiración bucal 31.8%; en cuanto a las maloclusiones la maloclusión vertical tuvo un 35.1%. se encontró relación con el hábito de interposición lingual y maloclusión vertical ($p < 0.000$); respiración bucal con maloclusión transversal.

Burgos, D. (2014). Chile. En su estudio se planteó como objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de Frutillar, entre 6 a 15 años durante el año 2012, de acuerdo a sus características oclusales, de los resultados encontrados el 46,7% presentó dentición permanente; el 96,2% de los estudiantes examinados presentó algún tipo de maloclusión, de estos el 44,6% está al límite o requería de tratamiento ortodóncico, de acuerdo al índice de necesidad de tratamiento ortodóncico, la Clase I de Angle fue la más frecuente en el 51,1% de los sujetos, similar en ambos sexos; 24,5% presentó una Clase II y 21,7% de los casos mostró. una Clase III de Angle.

Lugo, C. (2011). Venezuela. En su trabajo planteo como objetivo determinar los hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Se obtuvieron como resultados que 40.8% presentaron algún hábito oral, el hábito más frecuente fue el de succión con el 62.14%, interposición lingual 32.8% y la respiración oral 5%. La maloclusión más frecuente fue la clase I. Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento, por consiguiente, todo lo que hagamos para interceptar y erradicar oportunamente dichos hábitos redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático.

García, V. (2011). España. En su investigación se planteó como objetivo conocer las características de la maloclusión y su posible relación con las alteraciones funcionales y los hábitos orales. Los resultados fueron el 72,8% presenta según Angle Clase I; 19,0% y 5,2% Clase II/1 y II/2 respectivamente y 2,9% Clase III. El hábito onicofagia fue el más frecuente con un 46,4%, llego a la conclusión que el diagnóstico de alteraciones funcionales y de hábitos orales puede advertir la presencia de maloclusión.

Urrieta et al. (2008). Argentina. En su investigación se plantea como objetivo indagar cuál es la prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones en el sector anterior presente en los pacientes atendidos en el primer diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A, tuvo como resultados. La prevalencia de pacientes con hábitos bucales fue de 64,7% siendo el género femenino predominante con un

35,29% y el masculino con un 29,41% Las alteraciones de oclusión encontradas en el sector anterior son apiñamiento, mordida profunda, protrusión dentaria.

Estrada et al. (2008). Cuba. En su trabajo de investigación se plantearon como objetivo determinar la presencia de hábitos bucales en adolescentes de 14 a 18 años y su relación con las maloclusiones, se llegó a la conclusión, que el mayor por ciento de maloclusiones se concentró en la edad de 15 años con 75 alumnos para un 37,5% y el menor por ciento a los 14 años en solo 4 alumnos para un 2%. La mayoría correspondió al sexo masculino 159, un 53,40% presentaron hábitos bucales siendo eh hábito de respiración bucal el más frecuente.

Montiel, L (2004). México. En su investigación se planteó como objetivo evaluar la frecuencia de maloclusión y su posible asociación con hábitos bucales perniciosos, teniendo como resultados la clase I relación molar para el sexo femenino con un 71%, con respecto a otro tipo de maloclusión se encontró desviación de la línea media 10% y apiñamiento 10%, así mismo para hábitos bucales perniciosos encontramos onicofagia con un 41% para la clase I afectando a niños de 11 años con preferencia por el sexo femenino con $p = 0.021$, respiración bucal 20% y empuje lingual 14%.

A nivel nacional

Zapata, M. (2013). Perú. En su investigación se planteó como objetivo relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio los Educadores, los resultados fueron la maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p < 0.01$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ($p < 0.05$). Concluyendo que si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores.

Beltrán, A. (2011). Perú. En su estudio se plantea como objetivo identificar la respiración bucal y maloclusiones en la Clínica Integral del Adulto de la Clínica

Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el resultado encontrado tiene que hábitos va a tener relación causal con la maloclusión en un 45%. Como conclusión y después de conocer las características del respirador nasal se puede afirmar que la respiración nasal es determinante para el crecimiento correcto y armónico de la cara, el equilibrio muscular, la oclusión dental y las funciones orofaciales, las causas básicas de las maloclusiones son factores genéticos y factores ambientales.

3.1.Base teórica

A. Hábitos bucales

A.1. Definición

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente (Laboren, 2010, p. 18).

A.2. Clasificación

Se clasifican en dos tipos:

- **Hábitos fisiológicos.** Son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución (Lugo, 2011, p. 16).
- **Hábitos no fisiológicos.** Se consideran hábitos no fisiológicos o malos hábitos aquellas prácticas repetidas en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo. Son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Dentro de estos hábitos tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica (Laboren, 2010, p. 26).

A.3. Factores que modifican la acción de un hábito

- **Duración:** Por su duración pueden subclasificarse:

Infantil: (Hasta dos años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos. (Canut, 2008, p. 220).

Pre-escolar: (Dos a cinco años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios. Si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos. (Canut, 2008, p. 221).

Escolar: (Seis a doce años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueletales.

Frecuencia: Pueden ser intermitente (Que se interrumpe y prosigue cada cierto tiempo de manera reiterada) o continuos (Que no muestra interrupciones).

Intensidad: Se clasifican en:

Poca intensa: presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.

Intensa: Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable. (Canut, 2008, p. 225).

A.4. Etiología.

Los hábitos bucales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional. (Quirós, 2003, p. 98).

A.5. Tipos.

- **Deglución:**

Deglutir significa obtener un cierto volumen en la boca, cerrar los labios y presionar suavemente la lengua contra el paladar, llevando el

contenido hacia las vías digestivas. No hay participación de la musculatura facial, especialmente de los músculos de la mímica. La deglución, así como todas las funciones del aparato estomatognático, en el recién nacido normal y sano son perfectas. En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil). Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza a retroceder. La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central. (Yañez, 2007, p. 193).

La deglución es una función biológica y coordinada, constituida por una conexión neurológica y un mecanismo sinérgico y antagónico de acciones musculares, regidas por arcos reflejos. Es un acto continuo y de ejecución rápida, pero para fines descriptivos y didácticos, se divide generalmente en tres fases. (Yañez, 2007, p. 194).

1. Fase bucal – consciente y voluntaria
2. Fase faríngea – consciente o involuntaria
3. Fase esofágica – inconsciente o involuntaria. (Yañez, 2007, p. 194).

1. Fase bucal. La mandíbula, al inicio de la deglución, está en posición de descanso, ligeramente separada de la maxila y un poco hacia delante, la lengua descansa pasivamente en la cavidad bucal, con la punta apoyada sobre los incisivos inferiores o apoyada en la región de la papila palatina. Labios en contacto pasivo. El paladar blando está inclinado hacia abajo y apoyado sobre el dorso de la lengua. El pasaje nasal se encuentra abierto. Al deglutir, los dientes entran en contacto, los labios continúan en contacto pasivo cerrando solamente la entrada de la cavidad bucal. La mandíbula

está estabilizada por la contracción de los músculos elevadores, que son inervados por el quinto par craneano. (Wheeler, 2007, p. 483).

2. Fase faríngea. En este momento el paladar blando se eleva, cerrando el pasaje de la nasofaringe, el dorso de la lengua se inclina más y desplaza la saliva para la nasofaringe; la acción peristáltica de la musculatura de la faringe, más la actividad del dorso de la lengua, transportan la saliva para la laringofaringe. La actividad muscular cierra la laringe y las epiglotis quedan horizontales, obliterando la laringe en su parte superior. Por una fracción de segundo la respiración se interrumpe. Este mecanismo de deglución-respiración tiene que ser perfectamente coordinado para que no ocurra la penetración de una partícula alimenticia en la laringe, yendo a alojarse en el pulmón. Para abrir la luz de la faringe que es más estrecha que la laringe, esta última hace movimientos hacia adelante y hacia arriba (elevación del hioides por acción de los músculos suprahioides). Por diferencias de presión y por la acción de los movimientos peristálticos la saliva se dirige al esófago. La epiglotis vuelve pasivamente a su posición original, el paladar blando se deprime y, con eso, el aire puede pasar nuevamente. (Wheeler, 2007, p. 484).

3. Equilibrio muscular. En la deglución normal, es importante que haya un equilibrio perfecto o un equilibrio con fuerza que se anulan, entre los músculos de los labios, carrillo y lengua.

Cualquier interrupción de este equilibrio, causada por los labios, lengua o también por el músculo del carrillo, provocara degluciones atípicas y como consecuencia, las maloclusiones. (Wheeler, 2007, p. 484).

- **Deglución atípica**

La deglución atípica tiene su origen, básicamente, en un desequilibrio de la musculatura entre la cinta muscular perioral y la lengua.

1. Causas.

Las causas más probables de las degluciones atípicas son:

Desequilibrio del control nervioso. Son niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora; en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución. (Vellini, 2002, p. 220).

Amígdalas inflamadas. Amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.

Macroglosia. Son poco frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo. Son lenguas de aspecto voluminoso, onduladas, y parecen que no caben en la cavidad bucal. (Wheeler, 2007, p. 485).

2. Diagnostico

Para diagnosticar una deglución atípica, deben observarse algunos aspectos en el paciente durante el acto de la deglución, tales como:

Posición atípica de la lengua

Falta de contracción de los maseteros

Participación de la musculatura perioral

Soplo en lugar de succión

Tamaño y tonicidad de la lengua

Escupir o acumular saliva al hablar

Babeo nocturno

Dificultad al ingerir alimentos sólidos

Alteraciones en la fonación

La deglución atípica se caracteriza por una participación activa de la musculatura perioral. Se observa mímica con los músculos de los labios, presión de las comisuras y, muchas veces, participación de los músculos del mentón; se observan también movimientos hacia atrás con la cabeza, principalmente al ingerir alimentos sólidos. Como algunos niños no logran una selladura anterior correcta,

dejan escapar saliva por las comisuras de los labios. Si colocamos las manos sobre los maseteros no notamos su contracción y eso indica que la deglución se realiza sin oclusión de los dientes. El paciente puede relatar babeo nocturno, lo que indica también una respiración bucal. Todos estos aspectos provocan generalmente serias alteraciones de la fonación. (Wheeler, 2007, p. 486).

3. Tipos de deglución atípica

Deglución con presión atípica del labio

Ocurre en pacientes que normalmente en reposo, los labios no entran en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores, de esta manera, se inclinan en sentido lingual, apiñándose, mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa de la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre incisivos laterales y caninos, y favorece la migración de los segmentos posteriores. (Wheeler, 2007, p. 488).

4. Tratamiento de la deglución atípica con interposición labial.

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o Lip Bumper. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón. (Sano, 2004, p. 344).

- **Deglución con presión atípica de la lengua.**

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción. (Murrieta, 2001, p. 68).

La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:

Tipo I: No causa deformación.

Tipo II con presión lingual anterior: La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son. (Escobar, 2004, p. 220).

Mordida abierta anterior: La presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior. (Wheeler, 2007, p. 490).

Mordida abierta y vestibuloversión: La lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular. (Wheeler, 2007, p. 490).

Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo. (Wheeler, 2007, p. 491).

Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II. Placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucat que impedirá

que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impedidor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impedidora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores. (Aguilar, 2009, p. 10).

Además de impedir la interposición de la lengua, la aparatología removible puede servir también como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina. (Wheeler, 2004, p. 483).

Tratamiento de la deglución atípica tipo III.

El aparato utilizado es el mismo de antes, solo que la rejilla impedidora se colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución mediante el reeducador. (Aguilar, 2009, p. 11).

- **Respirador bucal**

La respiración bucal normalmente está vinculada a pacientes con interposición de lengua y de labio. Las causas de la respiración bucal pueden ser: obstrucciones de las vías aéreas superiores, desvíos del septo, inflamación de la membrana basal, cornetes inflamados, adenoides, etc. (Aguilar, 2009, p. 12).

Lo que ocurre es que durante la inspiración y expiración el aire pasa solamente por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza y, al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico. Se observa también una atresia transversal en la maxila con la consiguiente mordida cruzada posterior bilateral ósea. En una visión extrabucal, el paciente posee

facies adenoides, es decir, rostros alargados y estrechos, ojos caídos, ojeras profundas, surcos genianos marcados, labios entreabiertos, hipotónicos y resacos y surco nasolabial profundo. Esos pacientes tienen frecuentemente una deglución atípica y una postura de lengua y labios incorrectos. (Bellini, 2002, p. 276).

- **Succión**

La succión del pulgar provoca generalmente una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejercen la mano y el brazo. (Vellini, 2002, p. 276).

El hábito de la succión provoca estrechamiento de los arcos superior e inferior en la región de los caninos, molar deciduo o premolares y con menos intensidad en la región del molar superior. Este hábito además de producir deformación por la presión sobre los arcos perjudica también la estabilidad del hueso alveolar, porque impide el contacto funcional de los planos inclinados de los dientes. (Vellini, 2002, p. 277).

Hay, por tanto, una vestibularización de los dientes superiores anteriores y una mordida abierta originada por la interferencia del pulgar entre los arcos. Como no hay contacto entre los dientes, la mandíbula experimenta una rotación en sentido horario. El dedo ejerce presión sobre los dientes y también sobre el hueso alveolar y el paladar, provocando una presión negativa intrabucal y, en consecuencia, el paladar se estrecha y profundiza. La lengua en la deglución se coloca hacia delante para posibilitar la selladura anterior. El posicionamiento de la mano y el brazo sobre la mandíbula funciona ortopédicamente agravando más la rotación mandibular. (Vellini, 2002, p. 277).

No todos los que practican una succión anormal presentan necesariamente los arcos deformados y los dientes en maloclusión, esto dependerá de la posición que ocupan los dedos utilizados, de la

duración y de la frecuencia de repetición de este hábito y, finalmente del tipo de tejido óseo sobre el cual actúa. No debemos confundir hábito de succión anormal con una fase normal del desarrollo del niño o fase bucal, cuando su mejor percepción y tacto se encuentran en la boca. (Vellini, 2002, p. 277).

Si el niño tiene realmente el hábito de succión es porque tiene necesidad psicoemocional de practicarlo, por lo menos inicialmente. Los niños tienen hábitos bucales estrechamente vinculados a su estado emocional y los practican en los momentos de angustia o ansiedad. (Vellini, 2002, p. 277).

- **Onicofagia**

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o el chupón. No se debe reprender, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que solo produce presión en el eje longitudinal de los dientes sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. (Rodríguez, 2007, p. 285).

- **Bruxismo**

Se considera un hábito no funcional, voluntario o involuntario que se realiza diurno o nocturno con manifestaciones de rechinar o apretamiento ocasional o habitual de los dientes, ambas manifestaciones actúan en dos estados de conciencia diferentes. De doble etiología (la tensión emocional manifestada por una expresión inconsciente de agresividad y/o rabia generalmente de aparición nocturna, y las interferencias oclusales con tensión muscular excesiva)

pero también hay factores implicados como la herencia (padres con bruxismo), salud general (niños con rinitis y asma), y trastornos del sistema nervioso (autismo) que pueden manifestar dicho hábito. (Aguilar, 2009, p. 13).

El cual puede aparecer modificado bajo la forma de masticación excesiva de chicles, morder nueces o dulces, morder cadenas y mantenerse toda la vida, la mayoría de las investigaciones coinciden en que aumenta durante la dentición mixta (7 y 10 años) estando relacionado con interferencias oclusales y déficit de protección canina y luego disminuye con la edad, el mismo no progresa en niños con la misma gravedad que en los adultos gracias a su aumentada capacidad de reparación. Entre las manifestaciones orales reportadas están la atrición, lesión periodontal, alteración de la mordida, disminución de la dimensión vertical. (Apodaca, 2004, p. 60).

Facialmente el paciente presenta hipertrofia de músculos masticatorios, dolor a la palpación, limitación de la apertura oral, molestia de ATM, contracción espontánea de músculos faciales. (Apodaca, 2004, p. 60).

En adolescentes, puede venir acompañado de dolores musculares, de cabeza y alteraciones de la articulación mandibular en esta etapa el bruxismo puede permanecer durante la vida adulta. En la mayoría de los casos porque permanecen las causas, sobre todo el estrés y el modo de afrontar el mismo. (Díaz et al, 2011, p. 472).

B. Maloclusión dental

B.1. Definición

Se define maloclusión como la relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cuatro sistemas simultáneamente: dientes, huesos, músculos y nervios. Determinados casos muestran irregularidades solamente en la posición de los dientes.

Otros pueden presentar dientes alineados o bien posicionados existiendo, sin embargo, una relación basal anormal algunos autores utilizan el termino displasia para identificar estas anomalías. Así, las maloclusiones pueden ser displasias dentarias, esqueléticas y dentoesqueléticas. (Cambor, 2008, p. 5).

La enorme diversidad de aspectos de las maloclusiones incitó a los ortodoncistas a reunir casos semejantes. De esta manera surgieron las clasificaciones que agrupan casos clínicos de aspectos similares en casos de maloclusión. (Cambor, 2008, p. 6).

El acto de clasificar es frecuente en todas las ramas de la ciencia, es empleado en la botánica, en la zoología, en las ciencias exactas, etc. Podemos citar entre las principales ventajas de clasificar las maloclusiones: (Cambor, 2008, p. 6).

- Mayor rapidez en la identificación del aspecto clínico, sea para la comunicación entre profesionales, sea para que el propio ortodoncista raciocine sobre los posibles factores etiológicos del problema.
- Posibilita la comparación de casos clínicos con aspectos semejantes (agrupados en una misma clase) o distintos (clases diferentes). (Cambor, 2008, p. 7).

B.2. Clasificación de las maloclusiones

- **Clasificación de Angle.**

Angle en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones. El autor supuso que el primer molar permanente superior ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación a él. Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas, que se distinguen de la oclusión normal, las clases de maloclusión fueron divididas en I, II, III (en números romanos). (Proffit, 2008, p. 150).

1. Clase I

Están inclinadas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar.

El autor denominó llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

En los pacientes portadores de clase I de Angle es frecuente la presencia de un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua (Vellini, 2002, p. 99).

2. Clase II

Son clasificadas como clase II de Angle las maloclusiones en las cuales el primer molar permanente inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior, siendo, por eso, también denominada distoclusión.

Su característica determinante es que el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. En general los pacientes clasificados en este grupo presentan perfil facial convexo. (Vellini, 2002, p. 102).

Las maloclusiones clase II fueron separadas en dos divisiones: la división 1 y la división 2 (escritas en números arábigos). (Vellini, 2002, p. 103).

Clase II división 1

Angle situó en esta división las maloclusiones clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores, son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste anterosuperior es llamado resalte u “overjet”. El perfil facial de estos pacientes es general convexo. (Vellini, 2002, p. 103).

Podemos observar asociada a la clase II división 1 la presencia de: **Mordida profunda:** ya que el contacto oclusal de los incisivos está alterado por el resalte, estos suelen extruirse, profundizando la mordida.

Mordida abierta: presente en los pacientes que poseen hábitos inadecuados, ya sea debido a la interposición de la lengua, a la succión digital o al chupón.

Problemas de espacio: falta o exceso de espacio en el arco.

Cruzamiento de mordida: en los casos con resalte, la lengua tiende a proyectarse anteriormente durante las funciones de deglución y fonación, manteniéndose asentada en el piso bucal (al contrario de tocar el paladar duro) durante el reposo. Este desequilibrio favorece la palatinización de los premolares y molares superiores, pudiendo generar mordidas cruzadas. (Vellini, 2002, p. 105).

Malposiciones dentarias individuales: en algunos casos, la relación molar clase II ocurre solamente en uno de los lados, es estos casos decimos que estamos ante una clase II, división 1, subdivisión derecha (cuando la relación molar clase II estuviera solamente en el lado derecho), o clase II división 1, subdivisión izquierda (cuando la clase II estuviera en el lado izquierdo). (Vellini, 2002, p. 106).

Clase II división 2.

Esta clase engloba las maloclusiones que presentan relación molar clase II sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados o verticalizados.

Los perfiles faciales más comunes a esta maloclusión son el perfil recto y el levemente convexo, asociados, respectivamente, a la musculatura equilibrada o a esta con una leve alteración.

Es posible que encontremos asociada a la clase II, división 2, una mordida profunda anterior, principalmente en los casos en que no hay contacto interincisal.

Cuando la maloclusión clase II división 2 presenta relación molar clase II solamente en uno de los lados, usamos el termino subdivisión. (Vellini, 2002, p. 106).

3. Clase III

Angle clasifico como clase III las maloclusiones en las que el primer molar permanente inferior y, por tanto, su surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior.

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

Eventualmente encontramos problemas de espacio (falta o exceso), mordidas abiertas o profundadas y malposiciones dentarias individuales.

En el caso en que solamente uno de los dos lados este en clase III, empleamos en termino subdivisión. (Vellini, 2002, p. 108).

La clasificación de Angle es, aun hoy, la más utilizada por los ortodoncistas, y esto se debe a su simplicidad con solamente tres clases y fácil comprensión. Sus limitaciones están en el hecho de que el primer molar superior permanente no es estable en el esqueleto craneofacial, como probaron los estudios cefalométricos posteriores; se basa solamente en el posicionamiento de los dientes, dejando de elucidar los aspectos óseos y musculares, y considera solamente las alteraciones en el sentido anteroposterior, no citando los verticales o transversales.

Para compensar las eventuales fallas de la clasificación de Angle. (Vellini, 2002, p. 108).

Relación canina

Clase I. La cúspide del canino superior ocluye entre el canino inferior y el primer premolar inferior.

Clase II. El canino superior ocluye entre el canino inferior y el incicivo lateral inferior.

Clase III. El canino superior ocluye muy distal al canino inferior. (Vellini, 2002, p. 1012).

- **Clasificación de Lisher**

En 1911, Lisher sugiere una manera de clasificar el mal posicionamiento dentario de forma individualizada, es decir, el autor utiliza un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal. Añadió el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío. (Vellini, 2002, p. 110).

- 1. Mesioversión.** El diente está mesializado en relación a su posición normal.
- 2. Distoversión.** Distalización del diente en relación a su posición ideal.
- 3. Vestibuloversión o labioversión.** El diente presenta su corona vestibularizada en relación a su posición normal.
- 4. Linguoversión.** la corona dentaria esta lingualizada en relación a su posición ideal.
- 5. Infraversión.** El diente presenta su cara oclusal o incisal sin alcanzar el plano oclusal.
- 6. Suppraversión.** El diente esta con la cara oclusal, o borde incisal, sobrepasando el plano de oclusión.
- 7. Giroversión.** Indica una rotación del diente alrededor de su eje longitudinal.
- 8. Axioversión.** hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
- 9. Transversión.** El diente sufrió una transposición, es decir, cambio su posicionamiento en el arco dentario.
- 10. Perversión.** Indica la impactación del diente, en general, por falta de espacio en el arco.

Los términos creados por Lisher pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, axigiroversión o, incluso, mesiolinguosuppraversión. (Vellini, 2002, p. 111).

- **Clasificación de Simon.**

La clasificación de Simon data de 1922 y prevé la división de las maloclusiones relacionando los arcos dentarios, o parte de ellos, con tres planos anatómicos. Los planos elegidos fueron el de Frankfurt, el sagital medio y el orbitario. (Vellini, 2002, p. 112).

- 1. Anomalías anteroposteriores.**

Empleando como referencia el plano orbitario, Simon denomino protracción al desplazamiento hacia delante de todo el arco dentario, o parte del mismo; y retracción al desplazamiento de uno o más dientes hacia atrás. (Vellini, 2002, p. 112).

- 2. Anomalías transversales.**

Son relacionadas al plano sagital medio, y se dice contracción cuando hay acercamiento de un diente o segmento de arco y distracción para el alejamiento con relación al plano. (Vellini, 2002, p. 114).

- 3. Anomalías verticales.**

Fueron relacionadas al plano de Frankfurt, y denominadas atracción cuando se acercan al plano (intrusión de los dientes maxilares o extrusión de los dientes mandibulares) y abstracción cuando se alejan.

El sistema descrito tiene una gran importancia clínica, pues orienta los dientes o arcos dentarios con relación al esqueleto craneofacial, dando una visión tridimensional de la maloclusión. Sin embargo, a pesar de su uso diagnóstico y conceptual, no tiene la debida divulgación entre los ortodoncistas. En la práctica clínica se utilizan solamente los términos protracción y retracción, y más raramente contracción. (Vellini, 2002, p. 115).

B.3. Clasificación etiológica de las maloclusiones

De la autoría de Robert Myers, esta clasificación sugiere distinguir las maloclusiones de acuerdo con su origen etiológica. El autor reconoce que la gran mayoría de las deformidades son consecuencias de

alteraciones tanto en los dientes como en el hueso y en la musculatura, pero busca por este sistema destacar el principal factor causal.

1. Maloclusión de origen dentario

Caben en este grupo las maloclusiones cuya principal alteración está en los dientes y en el hueso alveolar. Moyers incluye aquí las malposiciones dentarias individuales y las anomalías de forma, tamaño y número de dientes.

2. Maloclusión de origen muscular

Son las anomalías cuya causa principal es un desvío de la función normal de la musculatura.

3. Maloclusión de origen ósea

En esta categoría están las displasias óseas, involucrando los problemas de tamaño, forma, posición, proporción o crecimiento anormales de cualquier hueso del cráneo o de la cara. (Moyers, 1984, p. 89).

B.4. Etiología de la maloclusión.

De acuerdo a Graber, los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en:

Factores generales:

Herencia

Defectos congénitos

Medio ambiente

Problemas nutricionales

Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales

Postura

Trauma y accidentes

Factores locales:

Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas.

Anomalías en el tamaño de dientes

Anomalías en la forma de los dientes

Frenillo labial anormal, barreras mucosas
Pérdida prematura de dientes
Retención prolongada de dientes
Brote tardío de los dientes
Vía de brote anormal
Anquilosis
Caries dental
Restauraciones dentales inadecuadas

B.5. Clasificaciones generales

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional. (Moyers, 1984, p. 98).

- **Maloclusiones Verticales:**

Las maloclusiones como la mordida abierta y profunda son producidas por una alteración en la dimensión vertical. (Canut, 1988, p. 427).

Mordida abierta. Es la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. Se clasifica en mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta las bases óseas, la mordida abierta es dental. (Canut, 1988, p. 427).

Mordida Profunda: Hace referencia a la forma exagerada en que los incisivos superiores cubren verticalmente a los incisivos inferiores. (Canut, 1988, p. 429).

Mordida cubierta: Registrada por primera vez en 1912 en la literatura alemana como "Deckbiss". Se caracteriza por la cobertura completa de las coronas de los incisivos mandibulares resultando en una sobremordida vertical excesiva y retroinclinación de los incisivos superiores. El espacio libre es excesivo, el trayecto de cierre mandibular es irregular, y la condición va acompañada frecuentemente por dolor o disfunción de la ATM. (Moyers, 1984, p.584).

Tratamiento de la mordida cubierta:

Alineamiento de dientes que ayuden en la retención de la prótesis planeada.

Determinar la posición oclusal ideal. De igual forma, un plano de mordida anterior recto libera las interferencias cuspídeas, permitiendo a los músculos que controlan la posición mandibular mantener el hueso en su posición oclusal ideal. (Moyers, 1985, p. 585).

- **Maloclusiones transversales.**

Son aquellas alteraciones de la oclusión que se presentan en el plano horizontal o transversal, en las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares superiores e inferiores.

- 1. Mordida cruzada posterior:**

Se habla de mordida cruzada posterior cuando son las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores. Este tipo de mordida cruzada la podemos encontrar en: ambas hemiarquadas,

una sola hemiarcada y en un solo diente en mordida cruzada (molar, premolar o canino).

2. Mordida en Tijera:

Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Son mucho menos frecuente que las mordidas cruzadas. Pueden ser de ambas hemiarcadas o una sola hemiarcada. (Vellini, 2002, p. 125).

Definición de términos básicos.

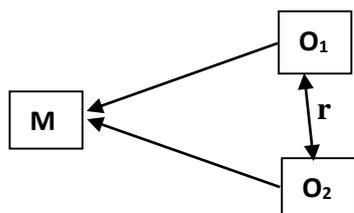
- a. Hábitos:** Se define como una costumbre que al principio es consciente y con la práctica se hace inconsciente.
- b. Maloclusión:** Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares.
- c. Dientes:** Diente, del latín *dentis*, es el cuerpo duro que se halla en las mandíbulas del ser humano y de muchos animales y que sirve para masticar los alimentos o, en el caso de ciertos animales, como defensa. La parte descubierta de los dientes, que resulta visible, se conoce como corona y está protegida por esmalte dental. La raíz del diente, por su parte, no está a la vista en una boca sana. La unión de la corona con la raíz recibe el nombre de cuello. Los dientes se encuentran enclavados en los huesos maxilares mediante una articulación conocida como gónfosis. En esta articulación es posible distinguir el cemento dentario y el hueso alveolar, que están unidos por el ligamento periodontal, compuestos por calcio y fósforo, los dientes son estructuras de tejido mineralizado cuyo desarrollo se inicia a temprana edad. Primero surge una dentición temporal o de leche, que cae de manera natural y es reemplazada por la dentición permanente. Gracias a los dientes, personas y animales pueden masticar los alimentos para una adecuada digestión.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

a. Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá las variables de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis bivariado (Supo, 2012, p. 57).

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel relacional porque estuvo orientada al descubrimiento de la influencia de un hecho o situación problemática en otro hecho o situación problemática. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal porque las variables se midieron en una sola ocasión. Es analítico porque el análisis estadístico por lo menos es bivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación entre factores.



Dónde:

M = Estudiantes de la Institución educativa N° 18006 Pedro Castro Alva - Chachapoyas

O₁ = hábitos bucales.

O₂ = maloclusiones dentales.

2.5.1. Población, muestra y muestreo

Población muestral: La población muestral estuvo constituida por el 100% del universo que fueron 85 estudiantes matriculados de nivel secundario de la institución educativa N°18006 Pedro Castro Alva, 2017 - Chachapoyas.

2.5.2. Método, técnica e instrumento de recolección de datos:

a. Método: Para la variable hábitos bucales se utilizó la entrevista. (Pineda, E. 2008, p. 148).

Para la variable maoclusiones dentales se utilizó la observación. (Canales, F. 1994, p 163).

b. Técnica: Para la variable hábitos bucales fue la encuesta. (Pineda, E. 2008, p. 148).

Para la variable maloclusiones dentales se empleó la observación. (Pineda, E. 2008, p. 145).

c. Instrumento. Formulación del cuestionario para la variable hábitos bucales (anexo n° 4) y para medir la variable maloclusiones dentales se usó una ficha de recolección de datos (anexo n° 3); considerándose a estos medios efectivos para recolectar datos reales.

La ficha comprende 16 ítems, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de ésta investigación, donde se consideró las maloclusiones:

- Antero posterior
- Vertical
- Transversal

Para realizar el presente estudio se revisaron de manera prospectiva la ficha de recolección de datos obtenidos de los estudiantes del nivel secundario de la institución educativa 18006 Pedro Castro Alba. Posteriormente con los datos recogidos se realizaron tablas de simple y doble entrada para mostrar los resultados de hábitos bucales que generan maloclusiones dentales.

a) Procedimiento:

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tendrá en cuenta las siguientes etapas:

1. Se presentó documento de autorización.
2. Se seleccionó y elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de variables.
3. El instrumento se utilizó para recopilar información de los estudiantes del nivel secundario de la institución educativa 18006 Pedro Castro Alba – Chachapoyas, 2017.
4. Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

2.8.4. Análisis de datos

La información recolectada se procesó en el software estadístico SPSS versión 21, y la hoja de cálculo Microsoft Excel 2010 y el paquete Microsoft Word 2010; se elaboraron tablas simples y de contingencia. Se utilizó la prueba estadística descriptiva simple, ji cuadrada para determinar relación entre las variables (Anexo n° 8) finalmente para la articulación del informe, se tuvo en consideración los métodos analítico sintético e inductivo – deductivo.

V. RESULTADOS

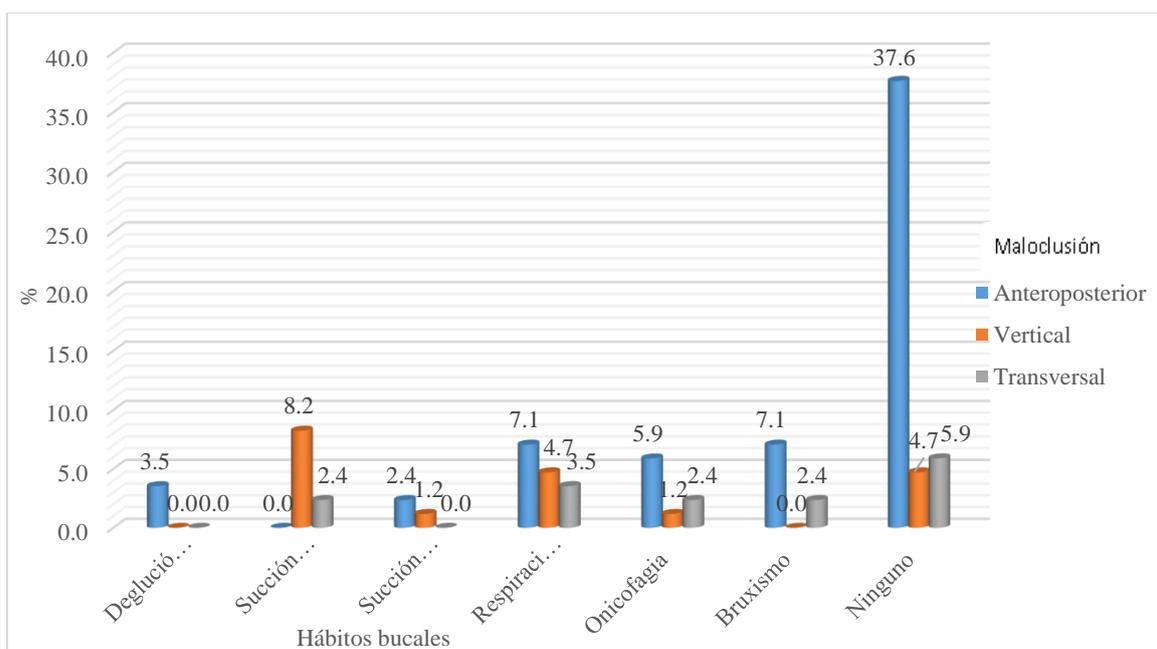
Tabla n° 1. Hábitos bucales y maloclusiones dentales de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| Hábitos bucales | Maloclusión dental | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------|
| | Anteroposterior | | Vertical | | Transversal | | Total | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| Deglución atípica | 3 | 3.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 3.5 |
| Succión digital | 0 | 0.0 | 7 | 8.2 | 2 | 2.4 | 9 | 10.6 |
| Succión de labio | 2 | 2.4 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 3 | 3.5 |
| Respiración bucal | 6 | 7.1 | 4 | 4.7 | 3 | 3.5 | 13 | 15.3 |
| Onicofagia | 5 | 5.9 | 1 | 1.2 | 2 | 2.4 | 8 | 9.4 |
| Bruxismo | 6 | 7.1 | 0 | 0.0 | 2 | 2.4 | 8 | 9.4 |
| Ninguno | 32 | 37.6 | 4 | 4.7 | 5 | 5.9 | 41 | 48.2 |
| Total | 54 | 63.5 | 17 | 20 | 14 | 16.5 | 85 | 100 |

Fuente. Cuestionario y ficha de recolección de datos para determinar hábitos bucales y maloclusión dental elaborado por Zapata, M, 2013.

$$X^2_c = 31.790 > X^2_t = 21.03 \wedge gl = 12 \wedge p = 0.001 < 0.05$$

Figura n° 1. Hábitos bucales y maloclusiones dentales de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017.



Fuente. Tabla n° 1.

Descripción. Del 100% (85) de estudiantes evaluados; 48.2% no presenta ningún hábito bucal, pero sí maloclusión anteroposterior; el 7.1% presenta bruxismo y maloclusión anteroposterior, el otro 7.1% presenta respiración bucal y maloclusión anteroposterior, el 5.9% onicofagia y maloclusión anteroposterior, el 3.5% deglución atípica con maloclusión anteroposterior y el 2.4 % succión del labio y maloclusión anteroposterior.

El 8.2% presenta succión digital y maloclusión vertical, el 4.7% presenta hábito de respiración bucal y maloclusión vertical, el otro 4.7% no presenta ningún hábito bucal pero sí presentan maloclusión vertical, el 1.2% hábito de onicofagia y maloclusión vertical, el otro 1.2% hábito bucal de succión de labio y maloclusión vertical.

El 5.9% no presenta ningún hábito, pero sí presenta maloclusión transversal, el 3.5% respiración bucal y maloclusión transversal, y 2.4 presenta succión digital, onicofagia y bruxismo, alcanzando una similitud de 2.4% entre hábito bruxismo, onicofagia y succión digital con maloclusión transversal.

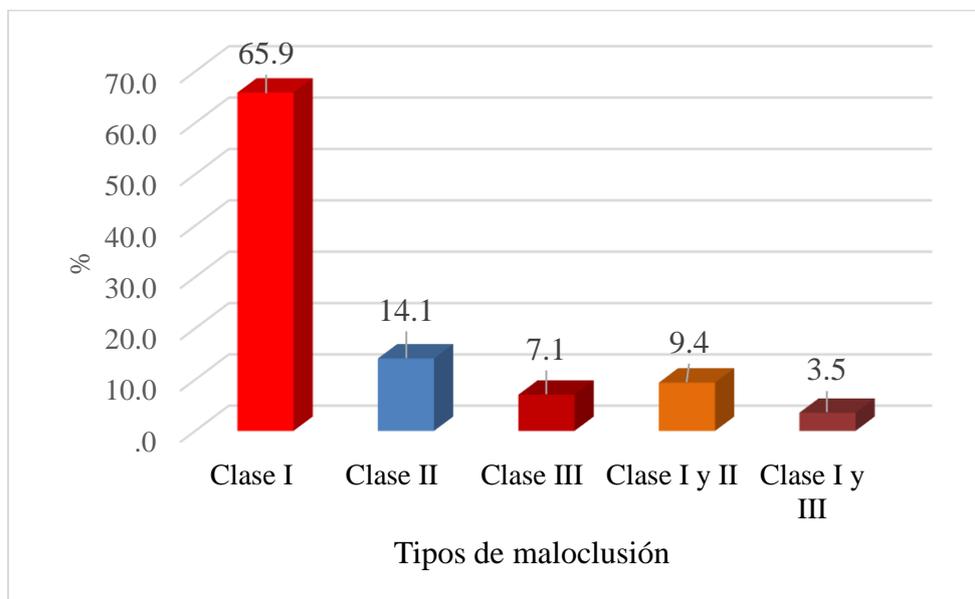
Después de haber sometido a prueba estadística ji cuadrada se concluye que los hábitos bucales se relacionan significativamente con la maloclusión dental. ($X^2_c = 31.790 > X^2_t = 21.03$ \wedge $gl = 12$ \wedge $p = 0.001 < 0.05$).

Tabla n° 2. Tipo de maloclusiones de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| Tipos de maloclusión | fi | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Clase I | 56 | 65.9 |
| Clase II | 12 | 14.1 |
| Clase III | 6 | 7.1 |
| Clase I y II | 8 | 9.4 |
| Clase I y III | 3 | 3.5 |
| Total | 85 | 100.0 |

Fuente. Ficha de recolección de datos para determinar maloclusiones dentales elaborado Zapata, M, 2013.

Figura: n° 2. Tipo de maloclusiones de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.



Fuente. Tabla n° 2.

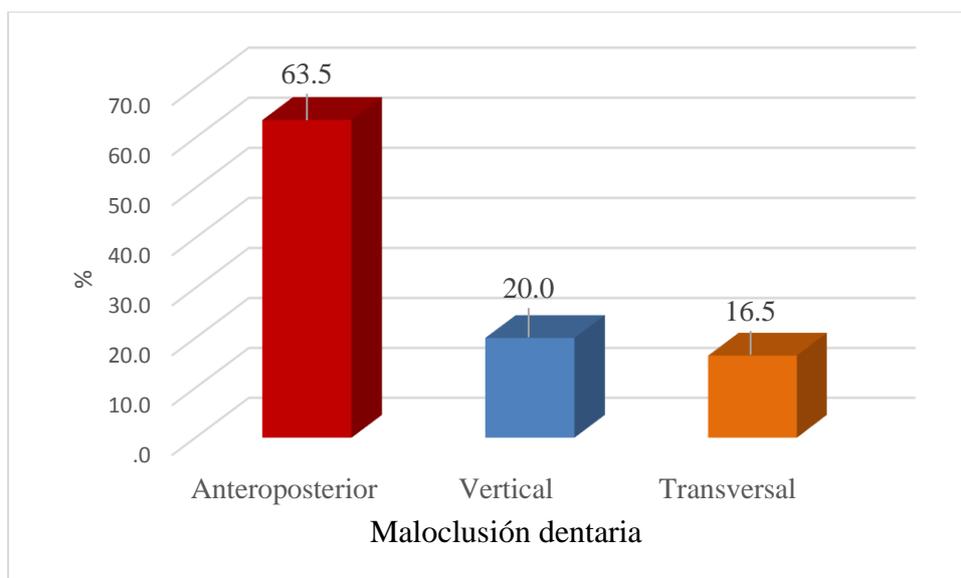
Descripción. En la tabla y figura n°2, se puede observar que del 100% (85) de los estudiantes evaluados el 65.9% presentaron maloclusiones clase I, el 14.1% clase II, el 9.4% clase I/II, el 7.1% presentaron clase III y finalmente el 3.5% presentó clase I/III.

Tabla: n° 3. Maloclusiones de acuerdo al sector dentario de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| Maloclusión dentaria | fi | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Anteroposterior | 54 | 63.5 |
| Vertical | 17 | 20.0 |
| Transversal | 14 | 16.5 |
| Total | 85 | 100.0 |

Fuente. Ficha de recolección de datos para determinar maloclusiones dentales elaborado Zapata, M, 2013.

Figura: n° 3. Maloclusiones de acuerdo al sector dentario de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.



Fuente. Tabla n° 3.

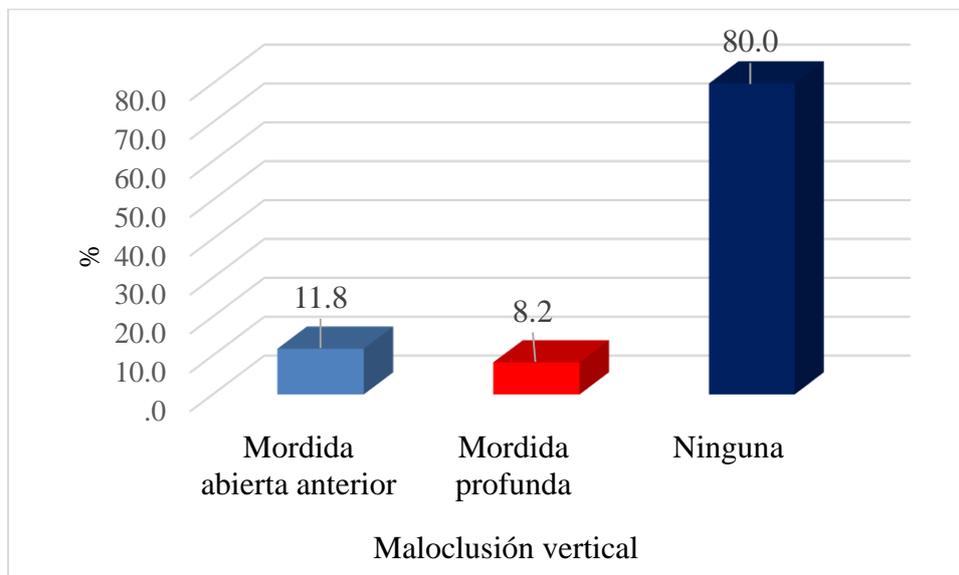
Descripción. En la tabla y figura n° 3, se observa que del 100% (85) de los estudiantes evaluados en las maloclusiones de acuerdo al sector dentario; el 63.5% presentó mal oclusión dentaria anteroposterior; seguido del 20.0% para la maloclusión dentaria vertical; y el 16.5% para la maloclusión dentaria transversal.

Tabla: n° 4. Maloclusión vertical de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| Maloclusión vertical | fi | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Mordida abierta anterior | 10 | 11.8 |
| Mordida profunda | 7 | 8.2 |
| Ninguna | 68 | 80.0 |
| Total | 85 | 100.0 |

Fuente. Ficha de recolección de datos para determinar maloclusiones dentales elaborado Zapata, M, 2013.

Figura: n° 4. Maloclusión vertical de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.



Fuente. Tabla n° 4.

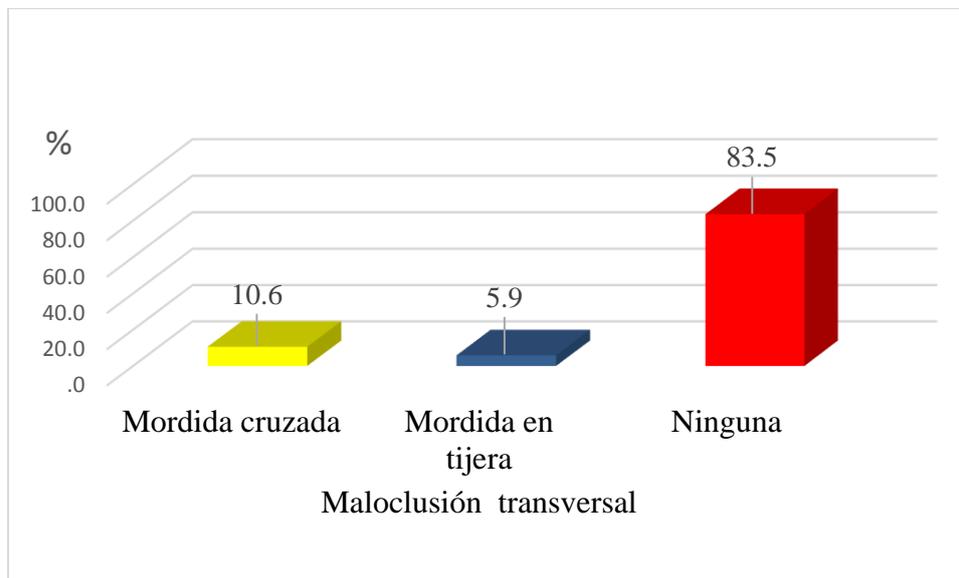
Descripción. En la tabla y figura n° 4, se observa que del 100% de la población de estudio en maloclusión vertical, se encontró que el 80.0% no presenta ninguna maloclusión vertical; el 11.8% presentó mordida abierta anterior; finalmente el 8.2% presentó mordida profunda.

Tabla: n° 5. Maloclusión transversal de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| Maloclusión transversal | fi | % |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Mordida cruzada | 9 | 10.6 |
| Mordida en tijera | 5 | 5.9 |
| Ninguna | 71 | 83.5 |
| Total | 85 | 100.0 |

Fuente. Ficha de recolección de datos para determinar maloclusiones dentales elaborado Zapata, M, 2013.

Figura: n° 5. Maloclusión transversal de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.



Fuente. Tabla n° 5.

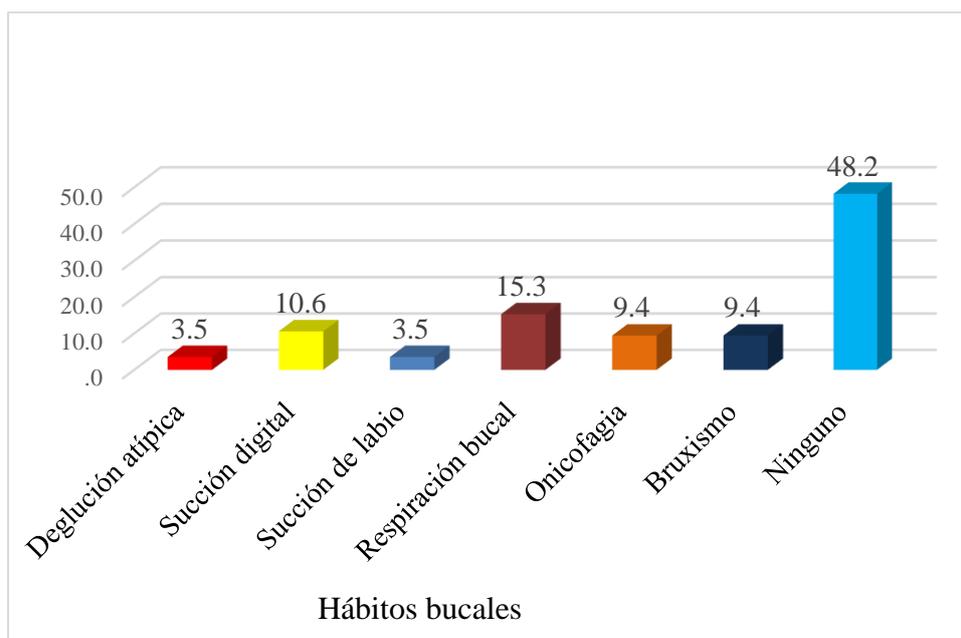
Descripción. En la tabla y figura n°5, se observa que del 100% de los estudiantes evaluados el 83.5% no presentó ninguna maloclusión transversal; el 10.6% presentó mordida cruzada y el 5.9% presentó mordida en tijera.

Tabla: n° 6. Hábitos bucales de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| Hábitos bucales | fi | % |
|-------------------|-----------|--------------|
| Deglución atípica | 3 | 3.5 |
| Succión digital | 9 | 10.6 |
| Succión de labio | 3 | 3.5 |
| Respiración bucal | 13 | 15.3 |
| Onicofagia | 8 | 9.4 |
| Bruxismo | 8 | 9.4 |
| Ninguno | 41 | 48.2 |
| Total | 85 | 100.0 |

Fuente. Cuestionario para determinar hábitos bucales elaborado Zapata, M. 2013.

Figura: n° 6. Hábitos bucales de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017.



Fuente. Tabla n° 6.

Descripción. En la tabla y figura n° 6, se observa que del 100% de los estudiantes evaluados se encontró que el 48.2% no presentó ningún hábito bucal; seguido con el 15.3% para respiración bucal; el 10.6% presentó succión digital; el 9.4% presentaron onicofagia y bruxismo y el 3.5% presentaron deglución atípica y succión de labio.

VI. DISCUSIÓN

Del 100% (85) de estudiantes evaluados; el 48.2% no presenta hábitos bucales, pero si maloclusión anteroposterior; el 7.1% presenta bruxismo y maloclusión anteroposterior, el otro 7.1% presenta respiración bucal y maloclusión anteroposterior, el 5.9% onicofagia y maloclusión anteroposterior, el 3.5% deglución atípica con maloclusión anteroposterior y el 2.4 % succión del labio y maloclusión anteroposterior.

El 8.2% presenta succión digital y maloclusión vertical, el 4.7% presenta hábito de respiración bucal y maloclusión vertical, el otro 4.7% no presenta ningún hábito bucal, pero si presentan maloclusión vertical, el 1.2% hábito de onicofagia y maloclusión vertical, el otro 1.2% hábito bucal de succión de labio y maloclusión vertical.

El 5.9% no presenta ningún hábito, pero si presenta maloclusión transversal, el 3.5% respiración bucal y maloclusión transversal, y 2.4% presenta succión digital, onicofagia y bruxismo, alcanzando una similitud de 2.4% entre el hábito de bruxismo, onicofagia y succión digital con maloclusión transversal.

Los resultados encontrados en el presente estudio revelan que existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva como se pudo determinar después de someter las variables a la prueba estadística ji cuadrada ($X^2_c = 31.790 > X^2_t = 21.03 \wedge gl = 12 \wedge p = 0.001 < 0.05$).

Álvarez et al. (2017), obtuvo en sus resultados que el 58,7 % de estudiantes fueron identificados con hábitos bucales, la mayor prevalencia detectada estuvo en la respiración bucal con 25,3 %, seguidos por succión digital 19,4 % y la onicofagia con 14,0 %. Las maloclusiones anteroposteriores predominaron en los identificados con hábitos, cuyos valores fueron: 34,7 %, 39,4 % y 32 % en los que presentaron respiración bucal, succión digital y deglución atípica, en ese orden, hubo una disminución progresiva de los hábitos a medida que se incrementaron las edades.

Mendoza et al. (2014) encontró que el hábito de mayor prevalencia fue el de respiración bucal 66.2%; seguido de succión labial con 49.3%; luego estuvo la onicofagia con 41.9% y por último la deglución atípica con un 31.8%. Respecto

a la maloclusión vertical tuvo mayor porcentaje con un 35.1%. También encontrando relación entre los hábitos bucales y la maloclusiones ($p < 0.000$).

Existe similitud con los hallazgos mencionados ya que las maloclusiones producidas por los hábitos pueden ser autocorregidas si se elimina tempranamente la dañina costumbre, y además existe una estructura ósea favorable. Al respecto la educación en salud bucal sería una excelente intervención para elevar los conocimientos de todos los que conforman el entorno del adolescente.

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

En la tabla y figura n° 2, se puede observar que del 100% (85) de los estudiantes evaluados el 65.9% presentaron maloclusiones clase I, el 14.1% clase II, el 9.4% clase I/II, el 7.1% presentaron clase III y finalmente el 3.5% presentó clase I/III.

Existe coincidencias con Peralta, M & Leiva, O. (2016), cuando revela que la maloclusión clase I representó un 40%, seguido del 37.1% para la maloclusión clase II, 22.9% maloclusión clase III. Asimismo, Houran, A. (2008) encontró que la maloclusión clase I fue la más predominante con el 51.7% seguido por la maloclusión clase II con 37.9%.

Rodríguez, M. (2007), encontró un alto porcentaje para la clase I con un 70.5% seguido de la clase II con un 18.2%, clase III 11.4%; concluyó que existe una evidente falta de información sobre maloclusiones en estudiantes de 12 a 15 años, debido a que las investigaciones se han preocupado principalmente de la situación de salud de áreas metropolitanas.

Los padres de familia necesitan incrementar sus conocimientos sobre la prevención de las maloclusiones a través de los tratamientos ortodónticos

preventivos e interceptivos a temprana edad, y cuando sean adolescentes no se vean perjudicados en su salud física y mental por cuestiones de problemas en la masticación de los alimentos y cuestiones de estética.

Por consiguiente, la llave molar juega un rol importante en la determinación de maloclusiones porque el primer molar superior ocupa una posición estable en el esqueleto craneofacial y las desarmonías son consecuencias de la arcada inferior en relación a él, por este motivo se encontró un mayor hallazgo en la maloclusión anteroposterior ya que casi en su 100% la población presentó las primeras molares.

En la tabla y figura n° 3, se observa que del 100% (85) de los estudiantes evaluados en las maloclusiones de acuerdo al sector dentario; el 63.5% presentó maloclusión dentaria anteroposterior; seguido del 20.0% para la maloclusión dentaria vertical; y el 16.5% para la maloclusión dentaria transversal.

Zapata, M. (2013), encontró que el 71.4% presentó maloclusión anteroposterior y 28.6 ausente; el 29% presento maloclusión vertical y 70.1% ausente; el 0.6% maloclusión transversal y 99.4% ausente.

Herrero, C. (200), en su estudio obtuvo como resultados 80.1% para la maloclusión anteroposterior; 12.1% maloclusión vertical; finalmente 7.1% para la maloclusión transversal.

Se encontró un mayor porcentaje para la maloclusión anteroposterior debido a que casi toda la población de estudio presentó relación molar. Los estudiantes y profesionales de estomatología se deben enfocar más en las maloclusiones, para encontrar tratamientos ortodóncicos alternativos y con el menor tiempo de duración y explicar a sus pacientes la importancia de realizarse uno de estos tratamientos porque la mayoría de la población desconoce sobre este tema y como afectan las diferentes maloclusiones, así como la maloclusión vertical.

En la tabla y figura n° 4, se observa que del 100% (85) de la población de estudio respecto a la maloclusión vertical, el 80.0% no presenta maloclusión vertical; el 11.8% presentó mordida abierta anterior y el 8.2% presentó mordida profunda.

Hernández, E. (2004), encontró para mordida abierta 25.8%; mordida profunda 23%. Huamán, R. (2009), concluyó que el 5.32% presentaron mordida abierta y 15.42% mordida profunda. Alva, S. (2010), encontró que 97.5% no presentó maloclusión vertical y el 2.5% presentaron entre mordida abierta y mordida profunda.

Fonseca, Y. (2014), la mordida abierta es difícil de tratar y la recidiva puede alcanzar el 25% de los casos tratados, causa malestar dada su ineffectividad funcional. Concluye diciendo que la mordida abierta tiene mayor prevalencia en la infancia, debido a la mayor práctica de hábitos deformantes en estas edades.

Por lo tanto, es necesario que los padres lleven a sus hijos a consultas odontológicas para realizar diagnósticos precoces y estas maloclusiones sean corregidas a temprana edad cuando los dientes y maxilares aun no hayan llegado a su completo desarrollo, de esta forma no tener problemas masticatorios, fonéticos, estéticos; tampoco una desviación mandibular por la maloclusión transversal.

En la tabla y figura n° 5, se observa que del 100% (85) de los estudiantes evaluados el 83.5% no presentó ninguna maloclusión transversal; el 10.6% presentó mordida cruzada y el 5.9% presentó mordida en tijera.

Sin embargo Herrero, C. (2003), encontró para mordida cruzada 30% y mordida en tijera 16.7%. Al respecto Gutiérrez encontró el 18.65% de la muestra total (52 sujetos) presentaron una mordida cruzada; el 0.50% mordida en tijera.

En la población de estudio no se encontraron un alto porcentaje para la maloclusión transversal debido a que estas se dan generalmente en clase III de Angle; y esta clase es la que se presenta en menor porcentaje podría ser porque suele existir un patrón hereditario de crecimiento mandibular. Pero estas maloclusiones también se presentan debido al déficit de crecimiento del maxilar superior o por las modificaciones que los maxilares y los dientes sufren debido a la presencia de los hábitos bucales; su plan de tratamiento está condicionado a un correcto diagnóstico que deberá hacerse mediante la anamnesis y la exploración clínica del paciente y si la anomalía está confinada solamente a la

mandíbula, al maxilar superior o ambos.

En la tabla y figura n° 6, se observa que del 100% (85) de los estudiantes evaluados se encontró que el 48.2% no presentó ningún hábito bucal; seguido con el 15.3% para respiración bucal; el 10.6% presentó succión digital; el 9.4% presentaron onicofagia y bruxismo y el 3.5% presentaron deglución atípica y succión de labio.

Espinoza, S. (2016), encontró una predisposición al hábito de deglución atípica con 19.48%; seguido de succión digital con 2.19%; y respiración bucal 0.20%.

Plúa, J. (2014), encontró en sus resultados el 24% respirador bucal; 20% onicofagia; 7% deglución atípica y bruxismo.

La presencia de un hábito bucal puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición. El periodo en que la dentición temporal es reemplazada por la definitiva, es también cuando la función de los músculos periorales se establece y es frecuente que los hábitos bucales durante este periodo sean factores de maloclusión; de aquí la importancia de incrementar los conocimientos sobre hábitos bucales a los padres de familia para disminuir estas anomalías, los encargados de brindar y hacer llegar dichos conocimientos son los profesionales y estudiantes en el área, porque los hábitos bucales y maloclusiones se da en ambos sexos.

En la tabla y figura n° 7, se observa que del 100% (85) de los estudiantes evaluados se encontró para el sexo femenino (28.2% no presentaron ningún hábito bucal; 8.2% presentaron hábitos bucales de bruxismo y respirador bucal; seguido del 7.1% que presentaron onicofagia; teniendo que el 3.5% presentaron igual similitud para deglución atípica y succión digital; y el 2.4% succión de labio); en los adolescentes del sexo masculino (20% no presentaron ningún hábito bucal; 7.1% succión digital y respirador bucal; seguido del 2.4% que presentaron onicofagia; finalmente el 1.2% para succión de labio y bruxismo).

Los resultados encontrados en el presente estudio revelan que no existe relación entre hábitos bucales y sexo en estudiantes del nivel secundario de la Institución

educativa 18006 Pedro Castro Alva como se pudo determinar después de someter las variables a la prueba estadística ji cuadrada. $X^2_c = 8.27 > X^2_t = 12.6$
 $\wedge gl = 6 \wedge p = 0.219 > 0.05$.

Al respecto Reyes et al. (2013), reveló que los hábitos bucales predominaron en el sexo femenino con 60.5%; sexo masculino 39.5%; el tipo de hábito que resultó más frecuente en ambos sexos con el 37.2% fue la succión digital. Pajuelo, P. (2009), encontró en el sexo femenino 57.9% no presentaron ningún hábito bucal; seguido de porcentajes menores para succión de labio y succión digital; en el sexo masculino el 42.1% no presentaron ningún hábito bucal seguido de porcentajes menores para succión labial y succión digital; por lo tanto en su estudio concluyeron que no existe relación entre hábitos bucales y sexo. $P=0.81 > 0.05$

Los resultados muestran semejanzas con los autores mencionados anteriormente ya que también se encontraron mayores porcentajes para el sexo femenino que para el sexo masculino.

Es pertinente afirmar que en la medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo del arraigo de tales costumbres, ya sea por el tiempo de exposición, que significa maloclusiones más graves, o porque el hábito se presenta como expresión de un trastorno emocional y requieren de tratamientos más largos y por consiguiente más caros que en muchos casos son difíciles de costear.

Chacón, E. (2005) y Morales, M. (2009), en su estudio la mayoría de sus pacientes eran mayores de 11 años, resultado que fue alarmante para sus autores quienes además consideran que ello pudo deberse al origen multifactorial de los hábitos bucales, y al hecho de que las mujeres realizan juegos más tranquilos que los varones y se dejan influenciar más fácilmente por el medio exterior.

Los hábitos bucales más frecuentes en este estudio fueron respirador bucal y bruxismo. Al respecto Reyes et al. (2013) revelaron predominio en succión digital.

En la tabla y figura n° 8, se observa que del 100% (85) de los estudiantes evaluados; (12 años= 9.4% de adolescentes no presentaron ningún hábito bucal; 4.7% presentaron succión digital; 3.5% respiración bucal; 2.4% onicofagia; se encontró igual similitud para deglución atípica y bruxismo con 1.2%); (13 años= 4.7% no presentaron ningún hábito bucal; se encontraron igual similitud para los hábitos bucales de onicofagia y respiración bucal con 2.4%; igualmente para el hábito bucal de deglución atípica, succión digital, succión de labio y bruxismo con 1.2%); (14 años= 10.6% de los adolescentes no presentaron ningún hábito bucal; el 3.5% presentaron respiración bucal; el 2.4% presentaron succión digital, onicofagia y bruxismo); (15 años= el 10.6% de los adolescentes no presentaron ningún hábito bucal; 4.7% presentaron respiración bucal; 3.7% bruxismo; iguales resultados para succión digital, succión de labio y onicofagia con 1.2%); (16 años= el 8.2% no presentaron ningún hábito bucal; encontrándose igual similitud para los hábitos de deglución atípica, succión digital, onicofagia y bruxismo con el 1.2%); (17 años= el 4.7% no presentaron ningún hábito bucal; seguido igual para succión de labio y respiración bucal con 1.2%.

Después de haber sometido a la prueba estadística ji cuadrado se concluye que los hábitos no se relacionan significativamente con la edad. $X^2_c = 19.487 > X^2_t = 12.6$ \wedge $gl = 30$ \wedge $p = 0.219 > 0.05$

Al respecto Mendoza, L. (2014), encontró que es mayor el número de casos de hábitos en las edades de 6 a 12 años, donde es evidente la presencia de dentición mixta, concluyó que los hábitos bucales y sus repercusiones son más notorios y agresivos en esta etapa de dentición.

Barragán, P. (2013), encontró que los hábitos bucales afectó más al grupo de edad de los 11 años con 23.4%; seguido de porcentajes menores para los demás grupos de edad de su población de estudio. Ortiz, T. (2013), en su estudio observo que el mayor porcentaje de hábitos se presentó a la edad de 12 años con un 71.43%.

La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud

bucal así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz interceptivo que limite o corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos y de ésta manera sean corregidos a temprana edad.

VII. CONCLUSIONES

1. Existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017.
2. Las maloclusiones dentales de clase I predominan en su mayoría en la población en estudio.
3. Las maloclusiones dentales vertical y transversal en su mayoría no predominan en este estudio.
4. El hábito bucal que se encontró en mayor porcentaje fue el hábito de respiración bucal.
5. No existe relación entre hábitos bucales y sexo en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas-2017.
6. No existe relación entre hábitos bucales y edad en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas-2017.

VIII. RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud Amazonas

Creación de programas preventivos promocionales de salud oral que sensibilicen a los padres de familia para que contribuyan a disminuir los hábitos bucales y maloclusiones.

A la Escuela profesional de Estomatología

Realizar campañas educativas por parte de los estudiantes de Estomatología sobre hábitos bucales y maloclusiones, causas, tratamientos, prevención y promoción en los anexos de la ciudad de Chachapoyas para disminuir estas alteraciones.

Realizar convenios con las instituciones educativas primarias y secundarias de la ciudad de Chachapoyas para que los futuros profesionales de estomatología puedan ingresar a examinar y dar charlas educativas sobre hábitos bucales y maloclusiones y así los niños y adolescentes tengan un conocimiento más amplio de las mismas y segundo para que los niños y adolescentes acudan a la clínica estomatológica de la UNTRM-A para que se les realice los tratamientos ya sea preventivos o terapéuticos según sea el caso.

Capacitar a los estudiantes sobre hábitos bucales y sus repercusiones en la oclusión, para que se concienticen sobre los daños que los hábitos pueden ocasionar y realicen futuras investigaciones sobre este tema generando programas educativos o tratamientos alternativos de manera precoz.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros

- Laboren, S. (2010). *Hábitos bucales más frecuentes*. Cali, Colombia: Editorial latinoamericana.
- Lugo, C. (2011). *Hábitos orales y su influencia en las maloclusiones*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana. Argentina.
- Canut, J. (2008). *Ortodoncia clínica y terapéutica*. 2da edición. Barcelona, España: Editorial Elsevier.
- Quirós, O. (2003). *Ortodoncia nueva generación*. 3ra ed. Estados Unidos: Editorial Amolca.
- Yáñez, Casasa & Natera. (2007). *Tips en ortodoncia y sus secretos*. Venezuela: Editorial Amolca.
- Ash, S. (1994). *Dientes deciduos o primarios*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Wheeler, N. (2006). *Anatomía, fisiología y oclusión*. España: Editorial Elsevier.
- Sano, S. (2004). *Ortodoncia de la dentición decidua*. Brasil: Editorial latinoamericana.
- Apodaca, A. (1970). *Fundamentos de la oclusión*. México: Editorial Printed.
- Escobar, F. (2004). *Actualidades médico odontológicas*. 2° edición. Caracas: Editorial latinoamericana.
- Vellini, F. (2002). *Diagnóstico y planificación*. Brasil: Editorial latinoamericana.
- De la Torre, C. (2013). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. Lima, Perú: Editorial Elsevier.
- Pineda, E. (2008). *Metodología de la investigación*. 3° edición. Washington, Estados Unidos: Editorial Moshera.
- Supo, J. (2014). *Metodología de la Investigación científica*. 5ta. edic. Arequipa, Perú: Edit. Universitaria.
- Moyers, R. (1981). *Ortodoncia principios y técnicas actuales*. 4° edición. México, México: Editorial Panamericana.
- Canut, J. *Ortodoncia clínica*. Madrid, España: Editorial Salvatierra.
- Graber, E. (2008). *Metodología de la investigación*. 3° edición. Estados Unidos: Editorial Moshera.

Proffit, W. (2008). *Etiología de los problemas ortodónticos*. 4° edición. España: Editorial Elsevier.

Canales. (2008). *Metodología de la investigación manual para el desarrollo de personal de salud*. México: Editorial Limusa.

Tesis

Montiel, L. (2004). *Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población mexicana*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. México.

Peralta, M & Leiva, O. (2016). *Factores asociados a maloclusión en estudiantes de odontología de la universidad peruana los andes - Huancayo 2015*. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista. Perú.

Rodriguez, M. (2003). *Epidemiología de maloclusiones en estudiantes de 12 a 15 años aplicando el índice estético dental*. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista. España.

Urrieta et al. (2008). *Hábitos bucales y Maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva Año 2006-2007*. Tesis para obter el grado de doctor. Guatemala.

Beltrán, A. (2011). *Respirador bucal y maloclusiones*. 2011. Tesis para grado de bachiller. Perú.

Zapata, M. (2013). *Prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años colegio los Educadores*. Tesis para máster. Perú.

Murrieta et al. (2011). *Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. México

Cruz, E. (2007). *Prevalencia de maloclusión en niños de 06 a 15 años, Estado de México*. Tesis para obtener el grado de maestría en ciencias odontológicas con especialidad en ortodoncia. México

Mendoza et al. (2014). *Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos*. Tesis para optar el título de cirujano dentista. México.

Plúa, J. (2014). *Prevalencia de hábitos en salud bucal en escolares anexos al distrito las Gilces del S.S.C, Parroquia Crucita, Cantón Portoviejo*. Tesis para

obtener el grado de maestría en gerencias y auditoría de servicios de salud bucal. Ecuador.

Gutiérrez, C. (2008). *Maloclusiones en niños de 06 a 15 años de la comunidad de Madrid de acuerdo con el índice estético dental*. Tesis para obtener el grado de doctor. España.

Herrero, C. (2003). *Anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en la población Endogámica del Archipiélago de Juan Fernández*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista.

Pérez, A. (2001). *Estudio neuromuscular de la mordida cruzada posterior unilateral*. Tesis para obtener el grado de doctor. Madrid.

Hernández, E. (2004). *Maloclusiones y su relación con la disfunción cráneo mandibular en pacientes de la clínica de odontología de la U. N. S. L. G. Ica-Perú*. Tesis para obtener el grado académico de Magister en Odontología. Perú.

Huamán, R. (2009). *Prevalencia de anomalías ortodóncicas, necesidad y prioridad de tratamiento ortodóncico según el índice de maloclusiones de la asociación Iberoamericana de Ortodoncistas*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Perú.

Reyes et al. (2013). *Hábitos bucales hábitos bucales deformantes en niños de 05 a 11 años*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Cuba.

Pajuelo, P. (2009). *Efectos de los hábitos de succión digital y labial sobre el over bite y over jet en niños de 08 años a 14 de edad*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Perú.

Alva, S. (2010). *Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones según índice estético dental en escolares de 12 a 16 años de edad en las Instituciones Educativas Públicas del distrito de Ambo*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Perú.

Barragán, P. (2013). *Frecuencia de hábitos bucales perniciosos y tipo de maloclusión de Angle y Dewey Anderson, e una población de Izlapa*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Guatemala.

Ortiz, T. (2013). *Prevalencia de ansiedad como factor causal de hábitos bucales en niños y niñas de 06 a 12 años*. Tesis para obtener el grado de maestro en odontopediatría. México.

- Fonseca, Y. (2014). *Mordida abierta anterior*. Tesis para obtener el grado de especialista en ortodoncia. Perú.
- García, V. (2011). *Evaluación de la maloclusión alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. España.
- Burgos, D. (2014). *Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 6 a 15 años en frutillar*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Chile.
- Álvarez et al. (2007). *Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en estudiantes de 13 a 15 años*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Cuba.

Artículos y revistas

- Gutiérrez, M. (2008). *Estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad*. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Caracas, Vol. VIII No. 2, abril -junio.
- Aliaga et al. (2011). *Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonia de Ucayali, Perú*. Revista Perú medic salud pública.
- Urrieta et al. (2006). *Hábitos bucales y maloclusiones presentes en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia*. Revista latinoamericana de ortodoncia. Habana No. 4, agosto-octubre.
- Mendoza et al. (2014). *Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos*. Revista mexicana de ortodoncia. Vol. 02 N° 04, octubre-diciembre.
- Castillo, C. (2016). *Frecuencia de maloclusiones en pacientes que acuden a la atención ortodoncia en la zona centro de Tepic, Nayarit*. Revista Tamé. Caracas. No. 5, julio -agosto.
- Espinoza, S. (2016). *Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 06 a 12 años*. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Artículo Original. 12 de julio del 2016.
- Chacón, E. (2005). *Relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad*. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Artículo Original. 12 de junio del 2013.

Morales, M. (2009). *Mioterapia funcional, una alternativa en el tratamiento de desbalances musculares y hábitos nocivos*. Revista latinoamericana Venez. 12 de julio del 2013.

Sitios en red

MINSA. (2014). “*Salud bucal-índices de caries en el Perú*”, [fecha de consulta: 22 de diciembre 2016]. Disponible en: <<http://www.minsa.gob.pe>.

OMS. (2011). “*Salud bucodental*”, [fecha de consulta 13 de enero del 2017]. Disponible en: <<http://www.oms.gob.pe>.

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017.”

| PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | MARCO METODOLOGICO | ESCALAS |
|--|--|--|--|--|
| ¿Cuál es la relación que existe entre los hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017?. | <p>Objetivo General: Determinar la relación entre los hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N°18006 Pedro Castro Alba, Chachapoyas – 2017”.</p> <p>Objetivo Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las maloclusiones de acuerdo al tipo. - Identificar los hábitos bucales relacionados a la edad. - Identificar las maloclusiones dentales de acuerdo al sector dentario. - Identificar los hábitos bucales según el sexo. | <p>V₁= hábitos bucales</p> <p>V₂= maloclusiones dentales</p> | <p>Diseño de investigación Enfoque: Cuantitativo. Nivel: Relacional Universo = 85 adolescentes. Método de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la variable hábitos bucales se utilizó la entrevista. (Pineda, E. 2008, p. 148). • Para la variable maoclusiones dentales se utilizó la observación. (Canales, F. 1994, p 163). <p>Instrumento: Formulario del cuestionario para la variable hábitos bucales.</p> <p>Ficha de recolección de datos para la variable maloclusiones dentales.</p> <p>Análisis de los resultados. Se utilizó la prueba estadística descriptiva simple, ji cuadrada para determinar relación entre las variables finalmente para la Presentación de resultado: Tablas simples y gráficos de barra.</p> | <p>Variable 1: Escala Dicotómica Si (1) No (2)</p> <p>Variable 2: Escala nominal</p> |

ANEXO N° 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Título: “Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017.”

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | ITEM | CATEGORIAS | ESCALA |
|----------------------------|---|---|---|-------------|---------------------------------|--|
| hábitos bucales | Los hábitos bucales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. (Quirós, 2003, p. 98). | Hábitos bucales que presenta una determinada población y que se medirá con un cuestionario. | Deglución atípica Succión digital Succión de labio Respiración bucal Onicofagia Bruxismo | 21 | Deglución atípica SI () NO () | Escala Dicotómica Si (1) No (2) |
| | | | | | Succión digital SI () NO () | |
| | | | | | Succión de labio SI () NO () | |
| | | | | | Respiración bucal SI () NO () | |
| | | | | | Onicofagia SI () NO () | |
| | | | | | Bruxismo SI () NO () | |

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | ITEM | CATEGORIAS | ESCALA |
|-------------------------------|--|--|-------------------------|------|---|----------------|
| Maloclusiones dentales | Es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. | Son las maloclusiones dentales que presenta una determinada población y que se medirá con una ficha de recolección de datos. | Antero posterior | 16 | <ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II División 1 División 2 Clase III | Escala nominal |
| | | | Vertical | | Mordida abierta anterior. Mordida profunda. | |
| | | | Transversal | | <ul style="list-style-type: none"> • Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral. Mordida en tijera unilateral o bilateral. | |

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO PARA EVALUAR HÁBITOS

(Zapata, M, 2013)

- I. PRESENTACION:** El presente cuestionario tiene por finalidad recolectar información sobre prevalencia de hábitos bucales que generan maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel primario, Institución Educativa Isabel Lynch de Rubio, Chachapoyas – 2017.
- II. INSTRUCCIONES:** responder con SI o NO en cada ítem de acuerdo a la respuesta que usted crea sea la correcta.

III. DATOS GENERALES

Grado: ----- Aula: ----- Fecha: -----

Nombre del alumno: ----- Edad: ----- Sexo: -----

1. ¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé? SI () NO ()
2. ¿Actualmente se sigue chupando el dedo? SI () NO ()
3. ¿Qué dedo se chupa?
Pulgar () Índice () Medio () Anular () Meñique () Varios dedos ()
4. ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día o durante la noche? SI () NO ()
5. ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo? SI () NO ()
6. ¿Su hijo respira por la boca? SI () NO ()
7. ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo? SI () NO ()
8. ¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches? SI () NO ()
9. ¿Se resfría constantemente? SI () NO ()
10. ¿Tiene rinitis alérgica? SI () NO ()
11. ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado? SI () NO ()
12. ¿Tiene asma? SI () NO ()
13. ¿Le han diagnosticado amígdalas grandes? SI () NO ()
14. ¿Su hijo aprieta o frota los dientes? SI () NO ()
15. ¿Lo hace durante el día o la noche? SI () NO ()

16. ¿Se queja de dolor al despertar? SI () NO ()
17. ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior? _____
18. ¿Lo hace de día o de noche? _____
19. ¿En qué momento lo hace? _____
20. ¿Su hijo se muerde las uñas? SI () NO ()
21. ¿Lo hace siempre o a veces? _____

ANEXO N° 4

FICHA CLINICA

(Zapata, M, 2013)

Grado: -----Aula: -----Fecha: -----

Nombre del alumno: -----Fecha de Nacimiento: -----

Edad: -----Sexo: -----

1.

| | MOLAR DERECHO | MOLAR IZQUIERDO | CANINO DERECHO | CANINO IZQUIERDO |
|------------|------------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| CLASE I | | | | |
| CLASE II | | | | |
| DIVISION 1 | | | | |
| DIVISION 2 | | | | |
| CLASE III | | | | |

2. Sobremordida horizontal: Normal () Borde a borde () Cruzada () Excesiva ()
3. Sobremordida vertical: Normal () Abierta () cerrada () mm ()
4. Mordida Abierta: Anterior () mm Posterior () mm Derecha () Izquierda
5. Mordida Cruzada: Anterior () Posterior () Unilateral () Bilateral ()
6. Mordida en Tijera: Posterior () Unilateral () Bilateral ()
7. Apiñamiento: Ligero () Moderado () Severo ()
8. Desviación Línea Media: Superior: Der. () mm Izq. () mm Inferior: Der. () mm Izq.
9. Biotipo Facial: Mesofacial () Braquifacial () Dolicofacial ()
10. Labios: Competencia () Incompetencia
11. Superior: Normal () Corto () Humectados () Secos () Inferior: Normal () Corto ()
humectados () Secos ()
12. Forma del arco: Paladar: Oval () Cuadrado () Triangular () Paladar () Normal ()
Profundo () Muy profundo () simétrico () asimétrico ()
13. Lengua: Normal () Microglosia () Macroglosia () Interposición anterior () Interposición
lateral () No presenta ()
14. Dedo: Normal () Arrugado () Enrojecido () Callo () Deformado ()
15. Uñas: Normales () Cortas () Muy cortas ()
16. Facetas de desgaste: SI () NO ()

ANEXO N° 5



UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ
MENDOZA AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología



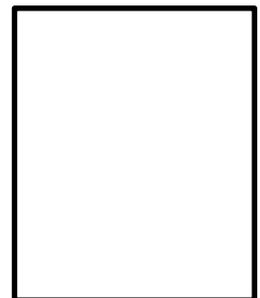
DE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento Yo.....
Con DNI N°.....Autorizo que mi menor hija participe en el trabajo de investigación titulado: **“hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N°18006, Pedro Castro Alva-Chachapoyas – 2017”**. Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado que ningún procedimiento a utilizarse pondrá el riesgo la salud y bienestar de mi persona ni la de mi menor hija. Además de haberseme aclarado que no hare ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica por mi participación.

Responsable del trabajo: Merly Tongo Alarcón Bachiller en estomatología.

Firma del padre de familia.



ANEXO N° 6

Tabla 07: Relación entre hábitos bucales y sexo de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| Hábitos bucales | Sexo del estudiante | | | | Total | |
|-------------------|---------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| Deglución atípica | 3 | 3.5 | 0 | 0 | 3 | 3.5 |
| Succión digital | 3 | 3.5 | 6 | 7.1 | 9 | 10.6 |
| Succión de labio | 2 | 2.4 | 1 | 1.2 | 3 | 3.5 |
| Respirador bucal | 7 | 8.2 | 6 | 7.1 | 13 | 15.3 |
| Onicofagia | 6 | 7.1 | 2 | 2.4 | 8 | 9.4 |
| Bruxismo | 7 | 8.2 | 1 | 1.2 | 8 | 9.4 |
| Ninguno | 24 | 28.2 | 17 | 20 | 41 | 48.2 |
| Total | 52 | 61.2 | 33 | 38.8 | 85 | 100 |

Fuente. Cuestionario para determinar hábitos bucales y sexo elaborado por Zapata, M, 2013.
 $X^2_c = 8.27 > X^2_t = 12.6 \wedge gl = 6 \wedge p = 0.219 > 0.05$

Descripción. En la tabla 07, se observa que del 100% (85) de los estudiantes evaluados; adolescentes del sexo femenino (28.2% no presentaron ningún hábito bucal; 8.2% presentaron hábitos bucales de bruxismo y respirador bucal; seguido del 7.1% que presentaron onicofagia; teniendo que el 3.5% presentaron igual similitud para deglución atípica y succión digital; y el 2.4% succión de labio); en los adolescentes del sexo masculino (20% no presentaron ningún hábito bucal; 7.1% succión digital y respirador bucal; seguido del 2.4% que presentaron onicofagia; finalmente el 1.2% para succión de labio y bruxismo).

Después de haber sometido a la prueba estadística ji cuadrado se concluye que los hábitos bucales no se relacionan significativamente con el sexo. $X^2_c = 8.27 > X^2_t = 12.6 \wedge gl = 6 \wedge p = 0.219 > 0.05$.

ANEXO N° 7

Tabla n°08. Hábitos bucales relacionados a la edad de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| | Edad del estudiante (años) | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|
| | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| Deglución atípica | 1 | 1.2 | 1 | 1.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.2 | 0 | 0 |
| Succión digital | 4 | 4.7 | 1 | 1.2 | 2 | 2.4 | 1 | 1.2 | 1 | 1.2 | 0 | 0 |
| Succión de labio | 0 | 0 | 1 | 1.2 | 0 | 0 | 1 | 1.2 | 0 | 0 | 1 | 1.2 |
| Respiración bucal | 3 | 3.5 | 2 | 2.4 | 3 | 3.5 | 4 | 4.7 | 0 | 0 | 1 | 1.2 |
| Onicofagia | 2 | 2.4 | 2 | 2.4 | 2 | 2.4 | 1 | 1.2 | 1 | 1.2 | 0 | 0 |
| Bruxismo | 1 | 1.2 | 1 | 1.2 | 2 | 2.4 | 3 | 3.5 | 1 | 1.2 | 0 | 0 |
| Ninguno | 8 | 9.4 | 4 | 4.7 | 9 | 10.6 | 9 | 10.6 | 7 | 8.2 | 4 | 4.7 |
| Total | 19 | 24.4 | 12 | 14.1 | 18 | 21.2 | 19 | 24.4 | 11 | 12.9 | 6 | 7.1 |

Fuente. Cuestionario para determinar hábitos bucales y edad elaborado por Zapata, M, 2013.
 $X^2_c = 19.487 > X^2_t = 12.6 \wedge gl = 30 \wedge p = 0.219 > 0.05$

Descripción. En la tabla 08, se observa que del 100% (85) de los estudiantes evaluados; (12 años= 9.4% de adolescentes no presentaron ningún hábito bucal; 4.7% presentaron succión digital; 3.5% respiración bucal; 2.4% onicofagia; se encontró igual similitud para deglución atípica y bruxismo con 1.2%); (13 años= 4.7% no presentaron ningún hábito bucal; se encontraron igual similitud para los hábitos bucales de onicofagia y respiración bucal con 2.4%; igualmente para el hábito bucal de deglución atípica, succión digital, succión de labio y bruxismo con 1.2%); (14 años= 10.6% de los adolescentes no presentaron ningún hábito bucal; el 3.5% presentaron respiración bucal; el 2.4% presentaron succión digital, onicofagia y bruxismo); (15 años= el 10.6% de los adolescentes no presentaron ningún hábito bucal; 4.7% presentaron respiración bucal; 3.7% bruxismo; iguales resultados para succión digital, succión de labio y onicofagia con 1.2%); (16 años= el 8.2% no presentaron ningún hábito bucal; encontrándose igual similitud para los hábitos de deglución atípica, succión digital, onicofagia y bruxismo con el 1.2%); (17 años= el 4.7% no presentaron ningún hábito bucal; seguido igual para succión de labio y respiración bucal con 1.2%.

Después de haber sometido a la prueba estadística ji cuadrado se concluye que los hábitos no se relacionan significativamente con la edad. $X^2_c = 19.487 > X^2_t = 12.6 \wedge gl = 30 \wedge p = 0.219 > 0.05$.

ANEXO N° 8

Tabla n° 9. Prueba ji cuadrada para determinar la relación entre las variables hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa n°18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017.

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|-----------|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 31,790 ^a | 12 | .001 |
| Razón de verosimilitudes | 34.436 | 12 | .001 |
| Asociación lineal por lineal | 4.877 | 1 | .027 |
| N de casos válidos | 85 | | |

Fuente. Cuestionario para determinar hábitos bucales y edad elaborado por Zapata, M, 2013.
 $X^2_c = 31.790 > X^2_t = 21.03 \wedge gl = 12 \wedge p = 0.001 < 0.05$

Descripción. La prueba estadística ji cuadrado nos muestra que si existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales porque los resultados arrojaron que $p = 0.001$.