

Universidad Católica De Santa María

Facultad De Odontología

Escuela Profesional De Odontología



**“INFLUENCIA DEL HÁBITO INADECUADO DE BIBERÓN Y CHUPÓN,
HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL Y LABIAL EN EL DESARROLLO DE
MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 8 y 9 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE, AREQUIPA. 2017.”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Carazas Juárez, Allison Marisela

Para optar el Título Profesional de:

Cirujano Dentista

Asesor: Dr. Aguilar Salas, Marcel

AREQUIPA-PERÚ

2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

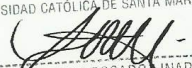
BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 120

Vista la solicitud que presenta don (ña ALLISON MARISELA CARAZAS JUÁREZ sobre el dictamen de la Tesis titulada "INFLUENCIA DEL HÁBITO DE SUCCIÓN EN EL DESARROLLO DE MALOCCLUSIONES EN NIÑOS DE 8 y 9 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE, AREQUIPA. 2017." y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA ZAIDA MOYA DE CALDERON
DR HAIR SALAS BELTRAN
MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

Arequipa, 21 de DICIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA


Dr. MARTÍN LARRY ROSADO INARES
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Señor Decano:

Dado que la srta Allison Marisela Carazas Juárez ha realizado su proyecto de investigación "Influencia del hábito inadecuado de sorbete y chupón, hábito de succión digital y labial en el desarrollo de maloclusiones en niños de 8 y 9 años de la I.E. San Juan Bautista de la Salle y se han realizado las siguientes correcciones: título del enunciado, Marco teórico, antecedentes investigativos, tablas y gráficos de Resultados, conclusiones es que se otorga el dictamen favorable para la sustentación

AHe 

Arequipa, 2018 Marzo 09

(5154) 382038

(5154) 252542

ucsm@ucsm.edu.pe

http://www.ucsm.edu.pe

0021146

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

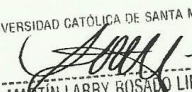
DR HAIR SALAS BELTRAN

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 120

Vista la solicitud que presenta don (ña ALLISON MARISELA CARAZAS JUÁREZ sobre el dictamen de la Tesis titulada "INFLUENCIA DEL HÁBITO DE SUCCIÓN EN EL DESARROLLO DE MALOCCLUSIONES EN NIÑOS DE 8 y 9 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE, AREQUIPA. 2017." y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR AGUSTIN CARPIO PONCE
DR HAIR SALAS BELTRAN
MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

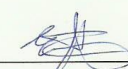
Arequipa, 21 de DICIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTIN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

*Junco de Heber Parvales por favor, después de
Heber Heber las Correcciones requeridas por presento
Tesis este parte para ser sustituido*

Arequipa, 2017


07/03/2018.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

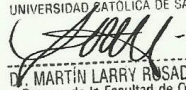
MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 120

Vista la solicitud que presenta don(ña ALLISON MARISELA CARAZAS JUÁREZ sobre el dictamen de la Tesis titulada "INFLUENCIA DEL HÁBITO DE SUCCIÓN EN EL DESARROLLO DE MALOCCLUSIONES EN NIÑOS DE 8 y 9 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE, AREQUIPA. 2017." y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR AGUSTIN CARPIO PONCE
DR HAIR SALAS BELTRAN
MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

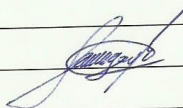
Arequipa, 21 de DICIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DR. MARTÍN LARRY ROSADO LINÁRES
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Señor Decano:

*Habiendose Realizado las Correcciones Pertinentes
en el presente Borrador de Tesis, se da Pese
Favorable para la sustentación del mismo.*

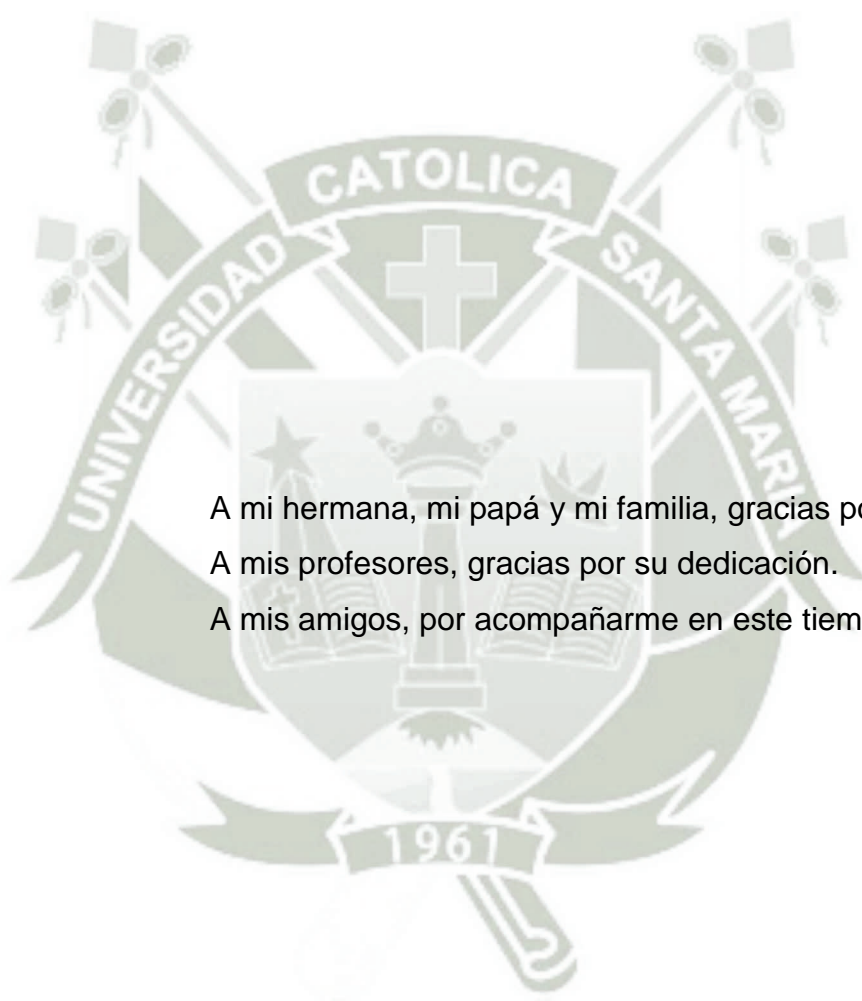


Arequipa, 2010 *Marzo 09*

Dedicado a Dios con todo mi cariño y amor.

A mi madre por ser mi guía, mi compañera y mi fortaleza.

Porque sin ella nada sería posible.



A mi hermana, mi papá y mi familia, gracias por su apoyo.

A mis profesores, gracias por su dedicación.

A mis amigos, por acompañarme en este tiempo.

Índice de contenido

Contenido

Introducción.....	1
Resumen.....	1
Abstract.....	1
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Determinación del problema.....	2
1.2. Enunciado del problema.....	2
1.3. Descripción del problema.....	3
1.3.1. Área del conocimiento.....	3
1.3.2. Análisis u Operacionalización de variables	3
1.3.3. Interrogantes Básicas.....	4
1.3.4. Taxonomía de la Investigación.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN	5
1.4.1. Relevancia científica	5
1.4.2. Originalidad	5
1.4.3. Relevancia Contemporánea.....	5
1.4.4. Relevancia Social.....	5
1.4.5. Viabilidad.....	6
1.4.6. Interes Personal	6
2. OBJETIVOS	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Conceptos Básicos.....	7
3.1.1. Oclusión	7
3.1.2. Maloclusión	8
3.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	19
3.2.1. DIAGNÓSTICO	19
3.2.2. CLASIFICACIÓN.....	20

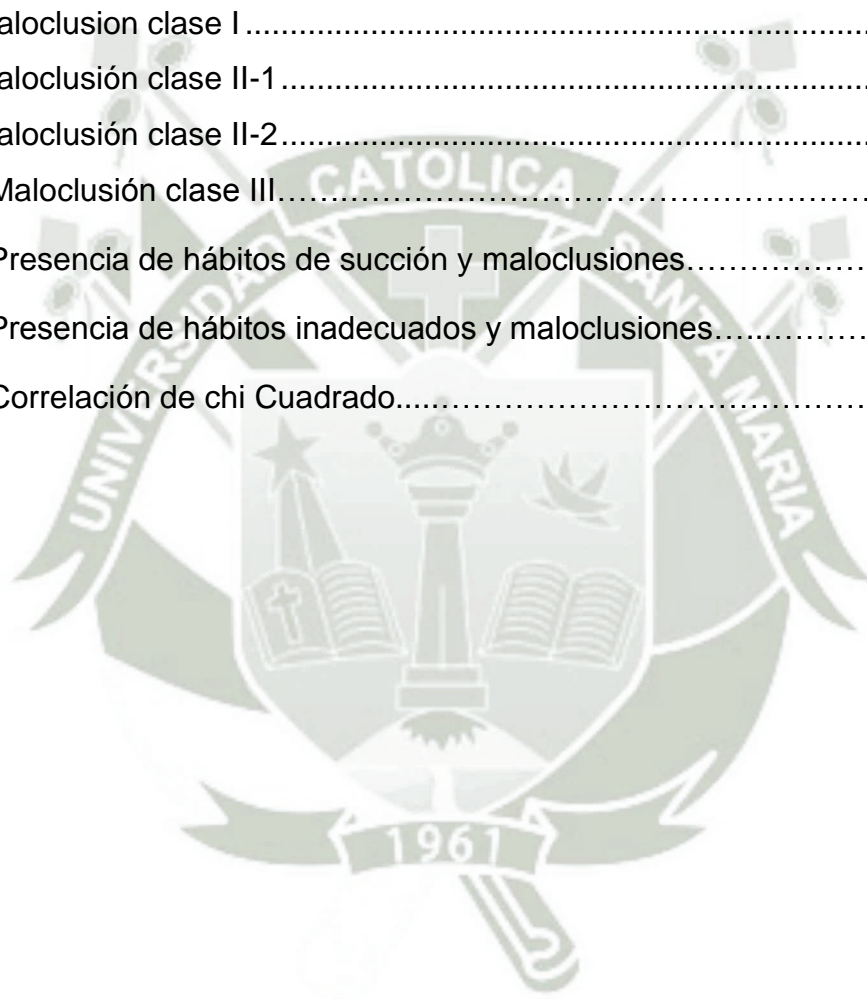
3.3. Hábitos inadecuados	25
3.3.1. Hábitos de succión	29
3.4. Análisis de antecedentes investigativos	33
3.4.1. Antecedentes Locales	33
3.4.2. Antecedentes nacionales	34
3.4.3. Antecedentes internacionales	36
3.5. HIPÓTESIS	37
CAPÍTULO II	38
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	38
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	39
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	39
1.1. Técnicas.....	39
1.1.2. Precisión de la técnica:	39
1.1.3. Esquematación: Cuadro de coherencias	39
1.1.4. Descripción de la técnica	39
1.2. Instrumentos	40
1.2.1. Instrumentos Documentales:.....	40
1.2.2. Instrumentos Mecánicos	40
1.2.3. Materiales de verificación	40
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	41
2.1. Ubicación espacial	41
2.1.1. Ámbito general	41
2.2. Ubicación temporal.....	41
2.3. Unidades de estudio.....	41
2.3.1. Unidades de análisis	41
2.3.2. Caracterización de los casos	41
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
3.1. Organización.	42
Recursos	42
Prueba piloto	43
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.	43
3.4.1 Plan de procesamiento.....	43
CAPÍTULO III	45

RESULTADOS.....	46
III. RESULTADOS.....	46
4.1 Hábito de succión predominante en los niños.....	46
4.2 Tipo de maloclusión predominante en los niños.....	58
4.3 Análisis de la influencia de los hábitos de succión en el desarrollo de las maloclusiones.....	66
4.4 Discusión.....	71
CONCLUSIONES.....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	76
ANEXOS.....	80



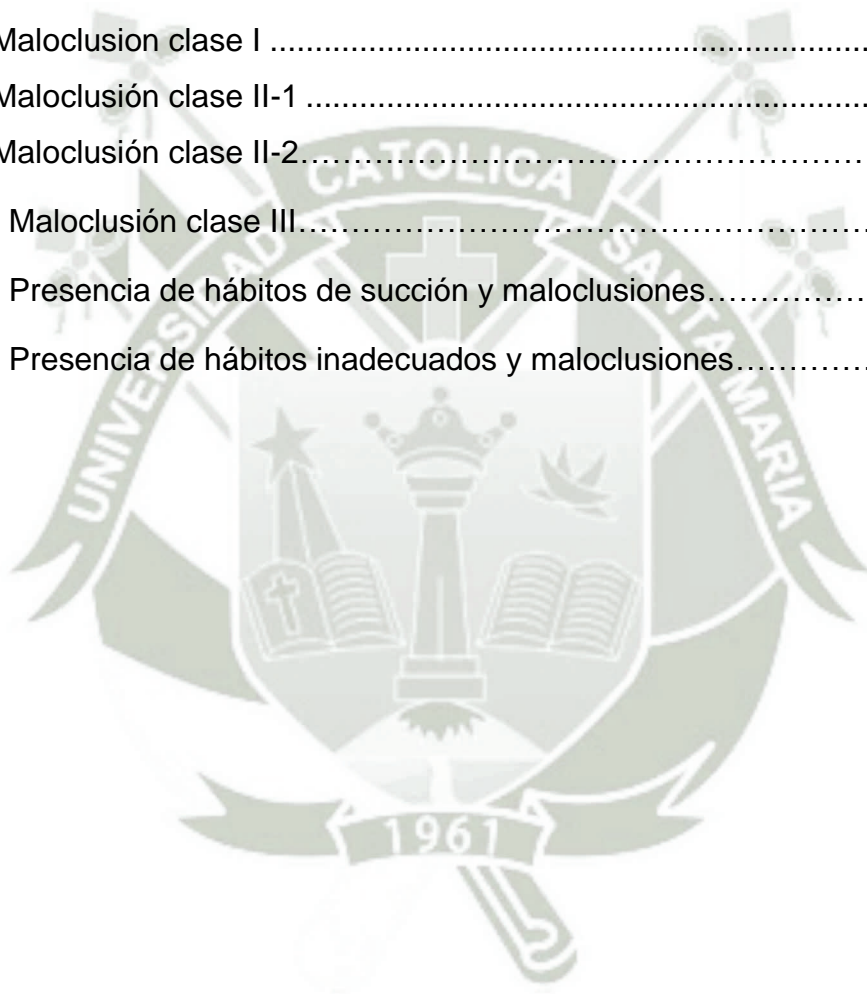
Índice de tablas

Tabla 1: Succión digital.	47
Tabla 2: Succión labial.	49
Tabla 3: Hábitos de succión.	51
Tabla 4: Uso de biberón.	53
Tabla 5: Uso de chupón	55
Tabla 6: Hábitos inadecuados.....	57
Tabla 7: Maloclusion clase I.....	59
Tabla 8: Maloclusión clase II-1.....	61
Tabla 9: Maloclusión clase II-2.....	63
Tabla 10: Maloclusión clase III.....	65
Tabla 11: Presencia de hábitos de succión y maloclusiones.....	67
Tabla 12: Presencia de hábitos inadecuados y maloclusiones.....	69
Tabla 13: Correlación de chi Cuadrado.....	71



Índice de gráficos

Gráfico 1: Succión digital.....	48
Gráfico 2: Succión labial.....	50
Gráfico 3: Hábitos de succión.	52
Gráfico 4: Uso de biberón.	54
Gráfico 5: Uso de chupón.....	56
Gráfico 6: Hábitos inadecuados	58
Gráfico 7: Maloclusion clase I	60
Gráfico 8: Maloclusión clase II-1	62
Gráfico 9: Maloclusión clase II-2.....	64
Gráfico 10: Maloclusión clase III.....	66
Gráfico 11: Presencia de hábitos de succión y maloclusiones.....	68
Gráfico 12: Presencia de hábitos inadecuados y maloclusiones.....	70



Introducción

Hablamos de hábito cuando hacemos referencia a un acto que tomamos por costumbre, una acción repetitiva, generalmente son movimientos sencillos que se presentan en la vida diaria de la mayoría de las personas.

Los hábitos bucales en los primeros años de vida del niño son considerados fisiológicos como por ejemplo la succión digital, que es practicado por el feto desde el quinto mes de vida. Pero la prolongación de este hábito hasta los tres o cuatro años puede significar riesgo. Si hablamos de succión labial, esta deviene como consecuencia de la succión digital. Los niños también desarrollan hábitos inadecuados al momento de usar el chupón y biberón de forma repetitiva, sin el control de padres. Estos hábitos pueden resultar nocivos en el proceso de dentición de los niños.

Para la odontología, la importancia radica en que los hábitos bucales inadecuados van a ejercer fuerzas nocivas contra los arcos dentarios, dientes y tejidos blandos y esta va a depender de la duración, la intensidad y la frecuencia del hábito. Al ejercer estas fuerzas se van a generar movimientos que modifican la posición de los dientes y que por consiguiente va a influenciar en el desarrollo de determinada mal oclusión.

La maloclusión es una de las afecciones del desarrollo bucal más importantes después de las caries y la enfermedad periodontal. Es por eso que el presente trabajo de investigación tiene como propósito relacionar el hábito inadecuado de biberón y chupón, hábito de succión digital y labial en el desarrollo de las maloclusiones en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa “San Juan Bautista de la Salle”.

El primer capítulo de la investigación pone en evidencia la problemática, donde veremos que la maloclusión es actualmente un motivo de consulta muy frecuente y que ciertamente, basándonos en estudios realizados y en la literatura clásica muchas veces está influenciado por los hábitos bucales inadecuados.

El segundo capítulo de la investigación nos muestra el Planteamiento Operacional, que comprende las técnicas, instrumentos y materiales usados en la presente

investigación, así como también la estrategia de recolección de datos y el manejo de resultados.

En el tercer capítulo se presentan los Resultados de la Investigación que consta del procesamiento y análisis estadístico de los datos, mediante tablas, interpretaciones y gráficas, así como la Discusión, las Conclusiones y las Recomendaciones.

Finalmente se incluye la Bibliografía, la Hemerografía, la Informatografía, y los Anexos correspondientes.



RESUMEN

Esta investigación tiene por objetivo determinar el hábito inadecuado y de succión que predomina, el tipo de maloclusión que predomina y finalmente analizar la influencia de los hábitos inadecuados de biberón y chupón, hábitos de succión digital y labial que tuvieron los niños en el pasado, en el desarrollo de las maloclusiones. Se trata de una investigación que sigue el paradigma positivista, enfoque cuantitativo, alcance correlacional, diseño no-experimental y transversal. La muestra estuvo compuesta por 50 unidades de análisis. La recogida de la información se realizó con la técnica de la observación, y la técnica de la encuesta con instrumentos documentales y mecánicos. Se llegó a las siguientes conclusiones: en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle predominó el uso de chupón (82%) en cuanto a hábitos inadecuados y la succión digital con un (72%) en relación a los hábitos de succión, y la maloclusión clase I (30%). Se halló las siguientes relaciones significativas: entre hábitos inadecuados de biberón y chupón en relación al desarrollo de maloclusiones (3.1), entre hábitos de succión digital y labial en relación a maloclusiones (0.6).

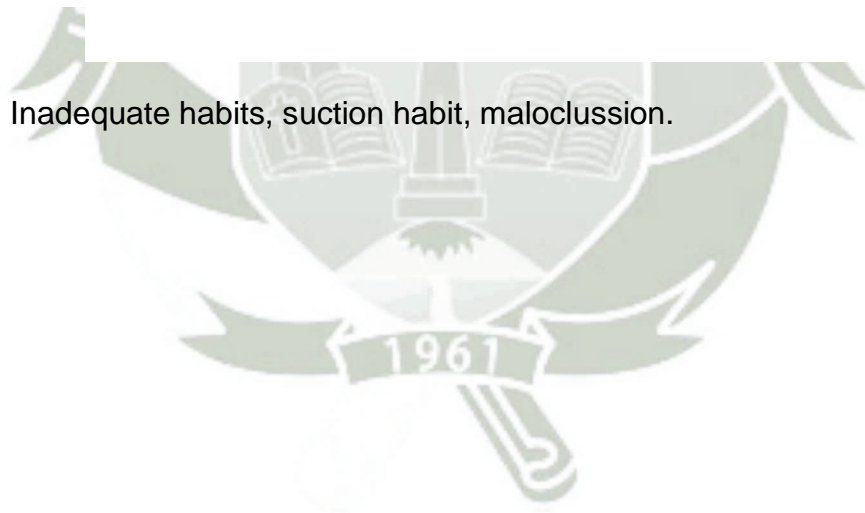
Palabras clave: Hábitos inadecuados, hábitos de succión, maloclusión.



ABSTRACT

This investigation was done with the objective of determine the inappropriate habit and suction that prevails, the type of malocclusion that predominates and finally analyzes the influence of inappropriate bottle and pacifier habits, digital and labial suction habits in the development of malocclusions. This is an investigation that follows the positivist paradigm, quantitative approach, correlational scope, non-experimental and transversal design. The sample consisted of 50 analysis units. The information was collected with the technique of observation, and the technique of inspection with documentary and mechanical instruments. It was concluded that the children of 8 and 9 years of the Educational Institution San Juan Bautista de la Salle preferred the use of pacifier (82%) in terms of inappropriate habits and digital suction with a (72%) relation of suction habits, and class I malocclusion (30%). The following significant relationships were found: between inadequate bottle and pacifier habits in relation to the development of malocclusions (3.1), between digital and labial suction habits in relation to malocclusions (0.6).

Key words: Inadequate habits, suction habit, malocclusion.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Actualmente la maloclusión es uno de los motivos de consulta más frecuente, tanto por estética como por función, en nuestro medio se observa la alta prevalencia de mal oclusión en adolescentes, jóvenes y adultos, siendo un problema ya que la mayoría de personas con recursos busca darle una solución ortodoncica o quirúrgica, pero la gente con bajos recursos no está al alcance de esas soluciones y ambos sectores en su mayoría desconoce las causas o consecuencias que llevan a esta maloclusión.

Por otro lado los hábitos inadecuados de biberón y chupón, hábitos de succión ya sea digital o labial, practicados en niños desde temprana edad, según investigaciones ha demostrado tener cierta influencia sobre la mal posición de dientes y por consiguiente de una maloclusión.

La Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle tiene alumnos de clases sociales media – baja que nos ayudarán a realizar la siguiente investigación con el fin de saber con certeza la influencia que existe específicamente entre los hábitos de succión con el desarrollo posterior de un algún tipo de maloclusión.

1.2. Enunciado del problema

Influencia del hábito inadecuado de biberón y chupón, hábito de succión digital y labial en el desarrollo de maloclusiones en niños de 8 Y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle, Arequipa. 2017.

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Odontología
- Especialidad: Ortodoncia
- Línea o tópico: Hábitos nocivos, maloclusión.

1.3.2. Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLES		DEFINICIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
VI	HÁBITOS DE SUCCIÓN	Patrones de contracción muscular que se aprenden y se repiten de manera sistemática.	- Succión digital. -Succión labial -Succión de chupón. -Succión de biberón	- Presencia - Ausencia
VD	MALOCLUSIÓN	Alteración del crecimiento óseo de los maxilares y de posiciones dentarias que impiden la función del aparato masticatorio.	- Síndrome Clase I - Síndrome Clase II - Síndrome Clase III	- División I - División II

1.3.2. Interrogantes Básicas

- a) ¿Qué tipo de hábito inadecuado es el que predomina en los niños de 8 y 9 años de la I.E San Juan Bautista de la Salle?
- b) ¿Qué tipo de hábito de succión es el que predomina en los niños de 8 y 9 años de la I.E San Juan Bautista de la Salle?
- c) ¿Qué tipo de maloclusión es el que predomina en los niños de 8 y 9 años de la I.E San Juan Bautista de la Salle?
- d) ¿Cómo influyen los hábitos inadecuados de biberón y chupón en el desarrollo de las maloclusiones en niños de 8 y 9 años de la I.E San Juan Bautista de la Salle?
- e) ¿Cómo influyen los hábitos de succión digital y labial en el desarrollo de las maloclusiones en niños de 8 y 9 años de la I.E San Juan Bautista de la Salle?

1.3.4. Taxonomía de la Investigación

Abordaje	TIPO DE ESTUDIO					Diseño	Nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el N° de medición de variable	Por el N° de población	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	Mixta	Retrospectivo Descriptivo	Relacional

1.4. JUSTIFICACIÓN

La investigación está justificada por las siguientes razones:

1.4.1. Relevancia científica

La presente investigación es científica porque aporta conocimientos sobre la succión digital, succión labial, uso de chupón y biberón que es un tema no tratado específicamente antes, que según estudios genera cierta tendencia a que el niño desarrolle un tipo de maloclusión.

1.4.2. Originalidad

En nuestro medio, se han realizado estudios sobre el tema de hábitos bucales que abarcan otros parámetros pero no se han realizado estudios acerca del uso de chupón y biberón, por lo que considero de originalidad específica, no existen antecedentes significativos, que determinen la influencia de estos hábitos inadecuados en el desarrollo de maloclusiones en niños de 8 y 9 años en la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

1.4.3. Relevancia Contemporánea

Actualmente la maloclusión es uno de los motivos de consulta más frecuente, por lo que a mi parecer, es necesario realizar una investigación que demuestre la influencia de los hábitos inadecuados de biberón y chupón, hábitos de succión digital y labial en la maloclusión.

1.4.4. Relevancia Social

El estudio a realizarse pretende darnos a conocer la influencia que existe de los hábitos de succión en la maloclusión, lo que nos permitirá poder desarrollar un programa un programa de prevención y así poder disminuir el número de casos de personas que desarrollan algún tipo de maloclusion.

1.4.5. Viabilidad

La investigación se considera viable, por contar con los recursos económicos, materiales y humanos que determinen los alcances del estudio, y también porque se cuenta con el apoyo del personal y los padres de familia de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

1.4.6. Interés Personal

La presente investigación surge del interés personal y académico por demostrar el tipo de influencia que existe de los hábitos inadecuados de biberón, chupón y de los hábitos de succión digital y labial en el desarrollo de las maloclusiones en niños.

2. OBJETIVOS

- a) Determinar cuál es el tipo de hábito inadecuado que predomina en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.
- b) Determinar cuál es el tipo de hábito de succión que predomina en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.
- c) Determinar cuál es el tipo de maloclusión que predomina en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.
- d) Analizar la influencia que existe de los hábitos inadecuados de biberón y chupón en el desarrollo de las maloclusiones en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.
- e) Analizar la influencia que existe de los hábitos de succión digital y labial en el desarrollo de las maloclusiones en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos Básicos

3.1.1. Oclusión

Se da el concepto de oclusión a las relaciones que se establecen cuando el arco superior y el arco inferior están en contacto en función y para generar función.

Etimológicamente oclusión es: “cerrar hacia arriba (oc = arriba: cludere = cerrar), que se refiere a una acción ejecutada, a un acercamiento anatómico, una descripción de cómo se encuentran los dientes cuando están en contacto”.¹

Se define como “oclusión normal” las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando ambas arcadas dentarias están en íntimo contacto. Se postulaba que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior debía ocluir en el surco vestibular entre la cúspide mesio y distovestibular del primer molar inferior. Son fundamentales los primeros molares como puntos de referencia debido a que se encuentran dentro de la estructura facial a diferencia de los primeros molares inferiores que dependen del hueso y de la articulación que puede modificarse. Basándose en estudios, establece principios de oclusión donde considera fundamental la oclusión dentaria y que los huesos, músculos y la articulación temporomandibular se adaptan a la posición y relación oclusiva.

Canut² nos dice que para poder diferenciar la oclusión de la maloclusión se debe realizar un análisis de las relaciones oclusales en la posición que se conoce como: Oclusión en relación céntrica. Esta posición se va a establecer cuando ambas arcadas se encuentren en contacto en posición terminal, donde los cóndilos están en una posición no forzada más superior, posterior y media dentro de las fosas glenoideas.

¹ Vellini Flavio, Ortodoncia: Diagnóstico y Práctica Clínica. 68

² Canut Jose Antonio, Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 85

Strang³ en sus estudios logra describir características que debe tener para él una oclusión normal:

- La oclusión normal es un complejo formado por dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, hueso basal y músculos.
- Los planos inclinados que forman las caras oclusales de las cúspides y bordes incisales de cada uno de los dientes deben tener relaciones recíprocas definidas.
- Los dientes deben ser considerados individualmente y a la vez como un solo bloque, exhibiendo una posición correcta en equilibrio con las bases óseas sobre las que están implantados y con el resto de estructuras craneofaciales
- Nos referimos a la oclusión normal cuando las relaciones proximales de los dientes con sus dientes vecinos y sus inclinaciones axiales son correctas.
- El crecimiento y desarrollo favorable del macizo óseo facial debe encontrarse en armonía con el resto de las estructuras craneales para que el aparato masticatorio pueda dar una oclusión normal.

3.1.2. Maloclusión

Puede ser definida como la alteración del desarrollo y crecimiento óseo de los maxilares o como la alteración de la posición de los dientes que tiene como consecuencia el incorrecto funcionamiento del sistema estomatognático. La maloclusión tiene como efecto principal la disfunción de la dentadura, el periodonto, la articulación temporomandibular y por último la estética facial.

Después de varios estudios dado por diversos autores no se puede establecer un patrón exacto de morfología oclusal, y actualmente se conoce una amplia gama de posibilidades dentro de lo normal que no responde al concepto de “oclusión normal” dada por Angle.

Por consiguiente no podemos interpretar que la maloclusión es la antítesis de la normoclusión, si no como una situación que requiere de tratamiento ortodóntico.⁴

³ Strang Robert. Tratado de Ortodoncia. 56-57

⁴ Andrews Lawrence. The six keys to normal occlusion. 62

3.1.2.1. Etiología de las maloclusiones

Según Graber⁵, los factores etiológicos se van a clasificar en:

3.1.2.1.1. Factores generales o extrínsecos:

a) Herencia: Muchas veces el patrón racial es heredado.

b) Defectos congénitos:

b.1) Labio leporino: Cuando se permite la comunicación de la boca con las fosas nasales, se dan trastornos funcionales más graves.

b.2) Parálisis cerebral: La falta de coordinación de los músculos causa problemas en la función muscular al deglutir, masticar, respirar y hablar.

b.3) Torticolis: En la que se da una atrofia del músculo esternocleidomastoideo, posteriormente se desarrollan alteraciones en la mandíbula.

b.4) Disostosis cleidocraneana: Defecto congénito que provoca retrusión maxilar y protrusión de la mandíbula. También se presenta erupción tardía y dientes supernumerarios.

b.5) Sífilis congénita: Pacientes que pueden presentar dientes de Hutchinson.

b.6) Fiebres exantematosas: Se presenta varicela, sarampión, rubéola que afectan el desarrollo de los dientes.

c) Medio ambiente:

c.1) Influencia prenatal:

c.1.1) Posición intrauterina del feto.

c.1.2) Los fibromas uterinos pueden causar asimetría del cráneo y cara.

c.1.3) Uso de drogas: pueden provocar maloclusión congénita.

⁵ Graber Tom. Ortodoncia: Teoría y Práctica. 234-263

c.2) Influencia postnatal:

c.2.1) Consumo de antibióticos: pueden causar pigmentación (Tetraciclinas)

c.2.2) Lesiones traumáticas al nacer: fractura del cóndilo.

d) Problemas nutricionales: la deficiencia de nutrientes pueden generar alteraciones morfológicas en los dientes.

e) Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales: se incluyen hábitos como el dormir apoyado en el brazo o mano, o leer apoyando el dedo pulgar sobre los premolares y molares superiores generando una presión anormal y un posible desplazamiento de dientes.

e.1) Postura: la postura influye en el desarrollo de maloclusiones.

e.2) Traumas y accidentes: dilaceración coronaria o radicular, etc.

3.1.2.1.2 Factores locales o intrínsecos:

a) Anomalías de número de dientes: dientes supernumerarios, ausencias congénitas.

b) Anomalías del tamaño de dientes: macrodoncia o microdoncia generalizada verdadera, relativa o localizada.

c) Anomalías en la forma de los dientes:

c.1) Genéticas: forma conoide, incisivos con hipertrofia, dientes de Hutchinson, fusión o sinodoncia, geminación, cúspides extras, etc.

d) Frenillo labial anormal, barreras mucosas: generalmente los frenillos de inserción baja generan diastemas.

e) Pérdida prematura de dientes: cuando se pierden los dientes el tamaño del arco dentario se reduce y por consiguiente hay una falta de espacio para la erupción de los dientes permanentes. Además de producir la mesio o distalización de los dientes.

- f) Retención prolongada de dientes: la retención de los dientes deciduos no permite la erupción normal de los permanentes y puede alterar el tamaño del arco.
- g) Brote tardío de los dientes: Esta erupción tardía generalmente se da por la presencia de un diente supernumerario.
- h) Vía de brote anormal: esto se da por la falta de espacio para la erupción normal, frecuentemente los dientes que erupcionan por otra vía son los caninos superiores (vestibular) y los segundos molares inferiores (lingual).
- i) Anquilosis: es provocada generalmente por algún golpe y genera la erupción tardía de dientes permanentes.
- j) Caries dentales: las caries que no son atendidas a tiempo provocan la pérdida de piezas y por consiguiente la disminución del tamaño del arco y el desplazamiento de los dientes que quedan.
- k) Restauraciones dentales inadecuadas: va a generar una diferencia entre el maxilar superior y el maxilar inferior. Puede hacer variar el tamaño de los dientes en relación al tamaño del hueso.

3.1.2.2. Clasificación de las maloclusiones

Uno de los primeros autores que clasificó las relaciones oclusales fue Carabelli en 1842:

- a) MORDEX NORMALIS: oclusión normal con los incisivos superiores.
- b) MORDEX RECTUS: relación incisal de borde a borde.
- c) MORDEX APERTUS: mordida apertura.
- d) MORDEX RETRUSUS: oclusión cruzada o invertida anterior.
- e) MORDEX TORTUOSUS: mordida cruzada anterior y posterior.

La oclusión en la dentición temporal usa como referencia a los planos terminales donde veremos: la relación mesiodistal entre las caras distales de los segundos molares primarios superiores e inferiores cuando la oclusión está en relación céntrica.

Se pueden ver tres planos:

- a) PLANO VERTICAL: Llamado también recto, en este plano las caras distales de los dientes está situada en el mismo plano vertical.
- b) ESCALÓN MESIAL: Las caras distales de los dientes inferiores está situada en dirección a mesial y no coincide con los superiores.
- c) ESCALÓN DISTAL: Las caras distales de los dientes inferiores está situada en dirección a distal y no coincide con los superiores.

La oclusión en la dentición permanente va a depender de los planos terminales y de los planos distales que presenten los primero molares que generalmente no presentan un plano recto sino más bien un escalón mesial largo o corto, distal que llevan directamente a una relación de tipo Clase I, II o III.

De acuerdo al escalón que presenten los molares se definirá una clase:

- a) ESCALÓN DISTAL: El molar erupcionará en una Clase II.
- b) PLANO TERMINAL RECTO: El molar va a erupcionar en Clase I o Clase II.
- c) ESCALÓN MESIAL CORTO: Erupciona en Clase I o Clase II.
- d) ESCALÓN MESIAL LARGO: Erupciona en Clase III.

En el 2008, Proffit⁶ nos dice que en relación a la posición de los incisivos se pueden dar ciertos tipos de mordida que son clasificados en:

a) SOBREMORDIDA HORIZONTAL:

Superposición horizontal de los incisivos, la relación normal se da cuando los incisivos superiores están por encima de los inferiores en 2 a 3mm.

b) SOBREMORDIDA VERTICAL:

Superposición vertical de los incisivos, la relación normal se da cuando los bordes incisales de los inferiores están en contacto con las superficie lingual de los incisivos superiores, 1 o 2mm encima del cingulo.

De la clasificación anterior podemos concluir que:

⁶ Proffit William. Ortodoncia Teoría y Práctica. 189

- a) En la sobremordida horizontal si la relación es opuesta, es decir que los incisivos inferiores se encuentren por delante de los superiores tenemos una MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.
- b) En la sobremordida vertical si no existe esta relación tenemos una MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

Finalmente Andrews⁷ en un estudio de 120 modelos de pacientes que no tuvieron ningún tratamiento ortodóntico, observó que todos presentaban seis factores comunes que daban una oclusión perfecta y normal desde el punto funcional y anatómico, a las que denominó “Las seis llaves de la oclusión óptima”.

Estas seis llaves son:

a) LLAVE 1: Relación interarcos

Toma como referencia la relación molar de Angle pero le agrega dos características:

Relación molar

a.1) SUBGRUPO 1:

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

a.2) SUBGRUPO 2:

La cresta marginal distal del primer molar superior ocluye en la cresta marginal mesial del segundo molar inferior.

a.3) SUBGRUPO 3:

La cúspide mesiolingual del primer molar superior ocluye en la fosa del primer molar inferior.

Relación premolar

⁷ Andrews Lawrence. The six keys to normal occlusion. 296-309

a.4) SUBGRUPO 4:

Las cúspides vestibulares de los premolares superiores ocluyen entre los premolares inferiores.

a.5) SUBGRUPO 5:

Las cúspides linguales de premolares superiores ocluyen en las fosas distales de los premolares inferiores.

Relación canina

a.6) SUBGRUPO 6:

El canino superior ocluye entre el canino y el primer premolar inferior, pero deslizado hacia mesial. Esta relación favorece la guía canina.

Relación incisiva

a.7) SUBGRUPO 7:

Los incisivos superiores se superponen sobre los incisivos inferiores haciendo coincidir las líneas medias.

b) LLAVE 2: Angulación de la corona

Hace referencia a la angulación del eje mayor de la corona, que en los dientes es considerado el lóbulo central en desarrollo, es decir la porción más prominente y vertical de la superficie vestibular de la corona.

El grado de angulación va a variar en función al diente.

Arco superior: máxima en caninos y mínima en premolares.

Arco inferior: máxima en caninos y mínima en los demás dientes.

c) LLAVE 3: Inclínación de la corona

Inclinación positiva: Se da cuando la porción gingival es lingual a la porción incisal, en dientes anterosuperiores.

Inclinación negativa: Se da cuando la porción gingival es vestibular a la incisal, en dientes inferiores.

Arco superior: Las raíces de los incisivos centrales se inclinan hacia palatino, disminuyendo esta inclinación en laterales y caninos y alcanzando un valor casi de cero en premolares y molares.

Arco inferior: Las raíces de los incisivos centrales y laterales se inclinan hacia lingual y disminuye en los caninos, el primer premolar se encuentra vertical y a partir del segundo premolar la inclinación es hacia vestibular.

d) LLAVE 4: Ausencia de rotaciones

Se consideran a las rotaciones como alteraciones de posición de los dientes como una consecuencia de la giroversión sobre su eje longitudinal. La rotación hace que un diente ocupe más espacio del que debería ocupar.

e) LLAVE 5: Puntos de contacto

Según la disposición de los dientes en el arco, los dientes contactarán por mesial y distal con los dientes vecinos, que garantizan el buen estado del periodonto, si alguna de estas zonas fuera dañada el equilibrio de los dientes vecinos y del mismo diente se verá afectado.

f) LLAVE 6: Curva de Spee

Cuando los dientes se observan por vestibular podemos ver que no están dispuestos en un plano recto, si no que se adaptan a una superficie curva ligeramente acentuada. Se observa cóncava en los dientes inferiores y convexos en los dientes superiores.

Según Andrews, la intercuspidación dentaria mejora cuando la curva no es muy acentuada.

Después de varios estudios se demuestra que la clasificación de Angle es la más certera y la que usaremos en la presente investigación.

3.1.2.2.1. Síndrome Clase I

1. DEFINICIÓN:

Es la oclusión neutra, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. Frecuentemente el problema es dentario.

2. ETIOLOGÍA:

Para este tipo de maloclusión existe una etiología multifactorial, compleja y variada. Uno de los factores que influye es la discrepancia óseo dentaria que podría asociarse al apiñamiento, presencia de diastemas, el overjet y la curva de Spee.

3. CARACTERÍSTICAS.

Los arcos dentales en el paciente clase I están levemente colapsados, esto corresponde al apiñamiento en la zona anterior.

Vemos dientes grandes.

Mordida abierta o profunda.

Los labios y lengua funcionan normalmente.

El sistema óseo y neuromuscular está balanceado.

El perfil es generalmente recto.

4. EPIDEMIOLOGÍA

Basándonos en un estudio realizado en Ucayali-Perú se ha demostrado que las maloclusiones están presentes en el 85.6% de niños. Estadísticamente la Clase I representa el 59.6% del total, es decir cinco veces más frecuente que una maloclusión Clase II o Clase III.⁸

A pesar de ser la de menor severidad, las cinco variedades de Clase I tienen un abordaje distinto y complejo en cada caso.

⁸ https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100014

En relación al género, no se han evidenciado estudios que confirmen o demuestren algún tipo de relación o influencia en el desarrollo de la maloclusión Clase I, sin embargo se observa que se presenta con mayor frecuencia en mujeres.

En cuanto a la edad, no existe relación alguna que haya sido demostrada, pero se sabe que mientras más avanzada sea la edad, la maloclusión irá aumentando en cuanto a complejidad.

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza mediante radiografías panorámicas, periapicales, modelos de estudio y el análisis cefalométrico.

6. TRATAMIENTO

El tratamiento siempre va a depender del diagnóstico, el cual debe basarse en todos los parámetros que nos ayudan al correcto diagnóstico como la historia clínica, el examen físico, las radiografías, modelos, etc.

Para la maloclusión de Clase I se va a dar un tratamiento ortodóntico, que según el objetivo se va a dividir en tres:

- TRATAMIENTO PREVENTIVO:

Este tipo de tratamiento tiene como objetivo evitar la maloclusión. La migración dental se da a veces por caries proximales en dientes temporales dando como consecuencia la reducción del tamaño de los arcos dentales.

Esto se manifiesta con la erupción tardía, una erupción anómala o simplemente no erupciona el canino superior y el segundo premolar inferior, por lo tanto como medida preventiva se deben curar todas las caries proximales que se encuentren.

Algunas restauraciones mal hechas pueden provocar el mismo efecto de las caries. Por ejemplo si una restauración es muy grande y sobrepasa los puntos de contacto, la dimensión mesio distal del diente puede aumentar pero reduce el espacio disponible para la erupción de otro diente.

El control de malos hábitos también podría prevenir el desarrollo de una maloclusión Clase I.

- TRATAMIENTO INTERCEPTIVO:

Este tratamiento actúa sobre la maloclusión que se está desarrollando para evitar que empeore. La corrección de esta, va a realizarse en un corto tiempo, se corrige una condición esquelética, funcional o dentaria.

- TRATAMIENTO CON EXTRACCIONES SERIADAS:

Se realizan solo en ciertos tipos de maloclusiones y después de haber realizado una extensa historia clínica, tener los modelos de estudio, toma de fotografías, radiografías y el respectivo análisis cefalométrico.

- TRATAMIENTO CORRECTIVO:

Se aplica a pacientes que tienen ya una maloclusión establecida, el tratamiento ortodóncico se aplica para devolver la funcionalidad. La malposición dentaria y el apiñamiento se pueden corregir mediante expansión y extracción.

3.1.2.2.2. Síndrome Clase II

1. DEFINICIÓN:

Es la distoclusión u oclusión posnormal, es el síndrome de maloclusión que se encuentra con más frecuencia. En la división 1, el resalte es excesivo y la mordida es profunda. En la división 2, se observa distoclusión y profundidad anormal de la mordida.

2. ETIOLOGÍA:

La etiología en Clase II está dada en su mayoría por el factor genético. Según Proffit⁹, de 25000 genes humanos, dos tercios están ligados al crecimiento craneofacial a través de interacciones de tejidos y migraciones celulares. Por lo que la maloclusión Clase II puede ser heredada, específicamente la Subdivisión 2, que presenta características más definidas que la Subdivisión 1.

⁹ Proffit William. The etiology of the ortodontic problems. Ortodoncia Contemporánea. 113-144.

3. CARACTERÍSTICAS:

En la mayoría de casos se presenta un maxilar superior prognático, una mandíbula retrognática o una mezcla de ambas.

El biotipo suele ser meso o braquifacial.

La dentadura inferior se encuentra distal respecto a la superior.

Los pacientes de Clase II presentan una convexidad facial normal.

El sellado labial puede estar alterado.

4. EPIDEMIOLOGÍA

En 1978, en Venezuela se realizó un estudio con una muestra de 3.630 escolares, donde del 100%, el 77% de la población estudiada presentaba algún tipo de maloclusión, y sólo el 3.6% pertenecía a la Clase II, Subdivisión 2.¹⁰

Otro estudio realizado en Colombia demuestra que de la muestra evaluada el 20.8% tiene una maloclusión Clase II. De ese porcentaje el 14.9% representa la Clase II, Subdivisión 1 y el 5.9% Subdivisión 2.¹¹

De los estudios podemos concluir que la incidencia de Clase II es baja en relación a la Clase I y III.

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico para la maloclusión Clase II se realiza mediante radiografías panorámicas y laterales, donde se debe observar un ángulo ANB aumentado. También se observa al maxilar aumentado.

Para poder diferenciar la Subdivisión 1 de la Subdivisión 2 se ve que para la 1, el ángulo SNB debe estar disminuido por el retrognatismo, el ángulo ANB debe estar aumentado y los incisivos superiores o inferiores se encuentran proinclinados.

¹⁰ D'Escivan Saturno. Características de la oclusión de 3.630 escolares del área metropolitana de Caracas. 56

¹¹ <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-4/>

A diferencia de la Subdivisión 2, donde se puede ver una relación esquelética similar a los pacientes con Clase I. El ángulo SNB es de un valor promedio, el punto Pogonión más prominente, los incisivos superiores retroinclinados, los incisivos inferiores con inclinación normal y una mordida profunda.

6. CLASIFICACIÓN

Angle clasifica dentro de la Clase II, dos tipos de maloclusiones:

a) DIVISIÓN 1

Relación distal de los molares con aumento de overjet e incisivos vestibularizados.

a.1) ETIOLOGÍA:

La Subdivisión 1 puede deberse a una displasia ósea básica o a diversos factores dentarios y esqueléticos. Este tipo de maloclusión puede darse también por factores externos como los hábitos de succión digital y labial, esta, actúa como un freno patológico que impide el desarrollo de la arcada mandibular, puede tener como consecuencia un retrognatismo mandibular. Otros hábitos como la deglución atípica y la respiración bucal son también factores de importancia.

a.2) CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS:

-Tipo de perfil.- Generalmente si son de origen dentario no alteran el perfil, a diferencia de las maloclusiones de origen esquelético. La convexidad facial se da por el prognatismo maxilar dominante junto con el retrognatismo mandibular.

En la Subdivisión 1 el patrón braquicefálico es favorable por la tendencia de la mandíbula a crecer hacia delante generando la corrección de la Clase II. El patrón dolicocefálico es desfavorable porque se da una post-rotación de la sínfisis y se genera una tendencia a desarrollar una mordida abierta.

-Forma del arco.- El arco superior puede ser angosto, alargado y generalmente no guarda relación con la forma del arco mandibular. El arco maxilar suele ser cilíndrico.

-Patrón neuromuscular.- La posición del labio por el esqueleto facial, puede causar labioversión de los incisivos superiores o inclinación lingual de los inferiores.

a.3) TRATAMIENTO

Se pueden usar gran variedad de dispositivos. Aparatos fijos y ortopédicos pueden resultar efectivos.

Se usa un protocolo para el tratamiento que se realiza en dos fases.

Este tratamiento se debe realizar mientras el paciente tenga una dentición mixta en una primera fase con aparatología ortopédica funcional y una segunda fase después de la erupción de los permanentes donde se usara una aparatología fija.

El tratamiento en una sola fase se da con la colocación de una aparatología fija cuando se tenga solo dentición permanente.

La elección del tratamiento depende de factores como la eficacia, el aspecto psicológico, económico, evaluación de riesgos de daños en el tejido dental y periodontal, complejidad, tiempo, estabilidad y aceptación.

Se pueden usar también dispositivos extraorales, estos aplican fuerzas que actúan corrigiendo inicialmente las desarmonías de relación maxilo-mandibular.

b) DIVISIÓN 2

Relación distal de molares con retrusión de los incisivos superiores, sobre mordida aumentada.

La Subdivisión 2 en la mayoría de casos presenta un maxilar superior prognático, una mandíbula retrognática o una mezcla de ambas.

Se observa retroinclinación de los incisivos superiores y de los laterales.

Tienen un buen potencial de crecimiento mandibular, se debe saber diferenciar de pacientes con Clase I.

Los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia palatino, generalmente los laterales también se encuentran en la misma posición dando un overjet levemente aumentado.

b.1) ETIOLOGÍA:

Generalmente se da por factores hereditarios. Otros factores como la altura labial inferior, las fuerzas masticatorias, presión del labio inferior, la hiperactividad labial puede estar asociada a una retroinclinación de los incisivos superiores y muchas veces la recidiva después del tratamiento de ortodoncia.

b.2) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

El biotipo suele ser meso o braquifacial.

Los pacientes presentan una convexidad facial normal.

Perfiles agradables, rectos o ligeramente convexos.

El sellado labial puede estar alterado.

El paladar suele ser normal y las arcadas cuadrangulares.

El overjet está disminuido y el overbite profundo.

b.3) TRATAMIENTO:

Es un tratamiento difícil ya que este tipo de maloclusión tiene una gran tendencia a la recidiva.

-Tratamiento temprano:

Cuando se tiene dentición mixta se usan aparatos que logren una función muscular equilibrada, la corrección de la distoclusión de molares, mejorar el overjet y overbite y el alineamiento de los incisivos.

-Tratamiento definitivo:

Se da en una edad más avanzada ya que se encuentran en desarrollo los tejidos del complejo craneofacial.

-Tratamiento ortodóntico

Este tratamiento está destinado a la corrección de la mordida profunda y la inclinación de los incisivos. Se deben considerar factores como la estética, el plano oclusal, la competencia labial, la dimensión vertical esquelética, la estabilidad de la oclusión final y el crecimiento del paciente.

3.1.2.2.3. Síndrome Clase III

1. DEFINICIÓN

Es la mesioclusión u oclusión prenatal, en la que encontramos generalmente un prognatismo mandibular o un maxilar pequeño, los incisivos inferiores van a estar ubicados vestibularmente respecto a los superiores. Frecuentemente se debe a una displasia esquelética, aunque en ocasiones se observa una Clase III funcional.

2. ETIOLOGÍA

La clase III tiene como principal factor etiológico a la herencia, Litton¹² estudió a un grupo de familias donde el 13% de los parientes presentaban el mismo patrón de maloclusión. Otros factores que influyen en este tipo de maloclusión son los epigenéticos como la lengua, según Von Limbourn¹³ la lengua aplanada y deprimida constituye un factor de la maloclusión Clase III, como una relación causa-efecto.

3. CARACTERÍSTICAS

Se observa una mordida a tope o cruzada anterior.

Los pacientes presentan un perfil cóncavo.

El tercio inferior del rostro está aumentado.

Se presenta una mandíbula prominente y un maxilar pequeño.

Puede haber una clase III molar o canina.

¹² Litton S. Ackerman L. Shapiro B. A genetic study of Class III malocclusion. 256-261

¹³ http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/Tam148-7.pdf

4. EPIDEMIOLOGÍA

Según un estudio de Venezuela en 1978 se muestra que de 3630 niños evaluados entre 7 y 13 años, hay un prevalencia del 4.2% de maloclusiones clase III. ¹⁴

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza de igual manera mediante estudios radiográficos, modelos de estudio, análisis cefalométrico e historia clínica.

6. CLASIFICACIÓN

6.1 Formas clínicas:

- a) CLASE III DENTARIA: El origen de la anomalía se encuentra en los dientes. Hay una mordida cruzada anterior, los incisivos superiores pueden estar linguoversionados y los inferiores en vestibuloversión.
- b) CLASE III FUNCIONAL: Es lo que se conoce como pseudo clase III. En esta maloclusión encontramos un adelantamiento funcional de la mandíbula en el cierre oclusal. Una retroinclinación de los incisivos superiores o la proinclinación de los inferiores que interfieren en el contacto oclusal.
- c) CLASE III ESQUELÉTICA: Es la maloclusión Clase III verdadera, presenta una displasia maxilar o mandibular, no existe una mesialización funcional de la mandíbula, pero la relación céntrica coincide con la oclusión habitual. Se puede observar clínicamente una desviación oclusal con overjet muy aumentado, incluso una relación borde a borde.

7. TRATAMIENTO

Las distintas formas de tratamiento de la maloclusión clase III se resumen en tres:

Modificación del crecimiento u ortopedia, que siempre que sea posible y eficaz proporcionará los resultados ideales.

¹⁴ D'Escrivan Saturno. Características de la oclusión de 3.630 escolares del área metropolitana de Caracas. 11-21.

Camuflaje de la discrepancia esquelética mediante la movilización ortodóncica de los dientes, de forma que se corrija la oclusión dental aunque se mantenga la discrepancia esquelética.

Corrección quirúrgica de los maxilares mediante cirugía ortognática.

3.1.2. Hábitos inadecuados

Un hábito es toda acción repetitiva que se realiza con el fin de satisfacer alguna necesidad, los hábitos van a ser adquiridos por las personas a lo largo de nuestras vidas. Como define William James un hábito es un camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes, “Toda nuestra vida en cuanto a su forma definida no es más que un conjunto de hábitos”.¹⁵

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento.

3.1.2.1. Hábito inadecuado de biberón

Todos los niños cuando nacen tienen un mecanismo bien desarrollado para chupar, es para el bebé una forma de intercambio con el exterior. El acto de chupar el biberón le da al niño una sensación de euforia, y evidentemente la nutrición que necesita, que es muy necesaria en los primeros años de vida.

Es por eso que se considera este hábito de vital importancia para su desarrollo, pero el problema radica en el uso excesivo del biberón, el sistema estomatognático está desarrollado para ejercer la acción de chupar en la lactancia materna de la siguiente manera: las encías van a estar separadas, la lengua va a ser llevada hacia adelante, de tal forma que el labio inferior y la lengua estén en un contacto constante, el maxilar inferior se va a desplazar hacia abajo, arriba, adelante y atrás en movimientos cortos y constantes.

¹⁵ James William. Psicología. 140-142

A diferencia de una tetilla de biberón que solo hará contacto con los labios, dejando atrás todo el mecanismo para el que están preparados los maxilares y la lengua, por consiguiente este hábito inadecuado de biberón si es prolongado durante muchos años va a traer importantes consecuencias para el desarrollo de los maxilares.

Además de la falta de movimiento de maxilares que se produce al usar el biberón, el niño no realizará ya el acto de mamar propiamente dicho, si no que se reduce al acto de colocarse en la boca la tetilla del biberón sin realizar el menor esfuerzo, y el mal diseño de los biberones, donde las empresas fabricantes no buscan en lo más mínimo hacer las tetillas semejantes al pezón de la madre, por lo menos para simular una lactancia materna que incluya todo el mecanismo para el que está diseñada la cavidad oral.

1. VENTAJAS

- Permite la nutrición del niño en ausencia de la madre.
- Reduce el tiempo de lactancia.

2. DESVENTAJAS

- Reduce el movimiento de los maxilares, impidiendo su desarrollo normal.
- Crean el hábito en el bebé de succionar sin esfuerzo.
- Reducen el sueño del niño.
- La lactancia artificial es considerada causante del desarrollo del hábito inadecuado de biberón que puede desarrollar una maloclusión. Según un artículo denominado Influencia de la Lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 y 6 años se sabe que la lactancia materna sola en un bajo porcentaje influye en el desarrollo de maloclusiones, a diferencia de la lactancia mixta, es decir, lactancia materna y artificial si influye en la aparición de maloclusiones en los niños.¹⁶
- El hecho de que el hábito inadecuado de biberón haga que los niños mantengan los labios en una sola posición y los maxilares en reposo, supone la reducción de tamaño de estos y por consiguiente el desarrollo de una mordida cruzada.

¹⁶ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800005

- Otro estudio realizado en España, denominado Importancia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones tempranas nos revela que los niños que reciben puramente lactancia materna tienen menos probabilidades de desarrollar algún tipo de maloclusión. Los niños que reciben lactancia artificial, además de la maloclusión, tienden a desarrollar otros hábitos orales como la deglución atípica y la propulsión lingual.¹⁷

3.1.2.2. Hábito inadecuado del chupón

Al igual que el uso de biberón, el chupón es usado por el niño con el fin de satisfacer el deseo de mamar. El biberón fue perfeccionado y llamado en algunos países como “ejercitador”, fue creado para reducir la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario y no quiera solo usar biberón, pudiendo reemplazarlo por acciones como succionar objetos o la succión digital que es netamente fisiológica en los primeros años. Se recomienda el uso del chupón en la etapa de erupción de los primeros dientes.

La acción de succionar es importante para el desarrollo de los maxilares del niño por lo que el uso de chupón muchas veces ayuda y su uso se considera normal en los primeros años de vida, después de los seis meses de vida, se usa el chupón porque crea una sensación de seguridad. Pero después del primer año, el chupón puede contribuir a ciertas deformaciones en la cavidad oral que conllevan al desarrollo de una maloclusión.

Cuando el niño usa el chupón la lengua va a ser llevada a una posición forzada, va estar en posición inferior en la parte anterior de la boca, esto va a ejercer una presión lateral sobre los caninos y los primeros molares inferiores. Esto provoca una falta de soporte palatino de la lengua, y da como resultado un arco superior estrecho y un arco inferior ancho, con la erupción de los dientes en estos arcos alterados, probablemente el niño desarrolle una mordida cruzada posterior.¹⁸

¹⁷

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/61252/TrabajoFinGradoAnalsabelArroyoBuenestado.pdf?sequence=1>

¹⁸ Larsson E. Sucking, chewing and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of grils from birth to 3 years of age. 71, 116-9

El uso de chupón es de gran ayuda para la madre en situaciones de estrés y dolor del niño, porque calma el llanto del bebé, lo ayuda a dormir, lo mantiene distraído, entre otras cosas. Por lo que su uso es recomendado en los primeros años de vida, siempre y cuando se use un chupón anatómico, y durante el tiempo recomendado.

1. VENTAJAS

- El uso de chupón reduce significativamente el riesgo de muerte súbita del lactante.
- Se puede usar después de la lactancia artificial, para inducir el sueño del niño.
- Se debe usar un chupón ortodóncico con una forma adaptada exclusivamente a la mandíbula, para contribuir a su desarrollo como medida profiláctica.
- Puede usarse como una alternativa analgésica cuando el niño no pueda recibir lactancia materna ni artificial.

2. DESVENTAJAS

- El uso de chupón aumenta seis veces la probabilidad de desarrollar maloclusiones, según un artículo llamado Succión, masticación y alimentación en el desarrollo de la mordida cruzada: un estudio longitudinal de niñas desde el nacimiento hasta los tres años de edad, se comprobó que la maloclusión incrementa cuando dejan de usarlo después de los dos años de edad.¹⁹
- Según una investigación denominada Análisis de las características de dientes y arcadas primarias en población normoclusiva demuestra que si el chupón es usado hasta los dos años de edad va a tener efectos en el maxilar, como la reducción intercanina. Y si es usado hasta los tres años aumenta el ancho intercanino.²⁰

¹⁹ Gois EG. Vale MP. Paiva SM. Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. 647-54

²⁰ http://www.nukargentina.com.ar/userdata/Soothers_ES.pdf

- Además de dar la probabilidad de desarrollar maloclusiones, puede incrementar la incidencia de candidiasis oral, problemas de caries dental, otitis y aparición de úlceras orales.
- El uso prolongado y sin control por parte de los padres va a crear un hábito inadecuado del uso del chupón.

3.1.3. Hábitos de succión

La succión es un reflejo adquirido por el feto en los últimos meses de vida intrauterina, cuando nace este reflejo va a ser utilizado en los seis meses de vida para poder alimentarse. Es considerado un proceso que se da en tres fases:

- a) Expresión-succión
- b) Deglución.
- c) Respiración.

Cuando el niño nace tiene la cabeza muy pequeña en relación al cuerpo, lo que le impide alimentarse en posición vertical, tiene la mandíbula pequeña y el espacio entre la nariz-boca es también pequeño y esto favorece el proceso de succión, ya que la anatomía evita que los alimentos puedan desviarse a las vías de respiración. La cavidad bucal pequeña permite que el alimento entre en pocas cantidades pero suficientes. La lengua grande permite el movimiento de los líquidos hacia el interior.

El hábito de succión va a estar dado por tres factores importantes: la duración, intensidad y la frecuencia. La duración puede variar en cada individuo y depende mucho del control de los padres. La frecuencia del hábito va a ser distinta, no se verá el mismo daño en un niño que se practica la succión solo antes de dormirse que en el niño que este continuamente con el dedo en la boca. La intensidad del hábito muchas veces va a ser notada por el sonido que provoque, es decir si un niño succiona objetos o sus dedos se provocaran distintos sonidos y mientras más fuerte sea este, estará siendo realizado con mayor intensidad que el que succiona algo de manera suave sin producir ningún ruido.

Estos son los tres factores que determinan el daño que pueden causar los hábitos de succión, recordar que fuera de producir alteraciones en los tejidos, los dientes, la función y los huesos también puede causar un daño psicológico.

3.1.3.1. Succión digital

Es un hábito común considerado fisiológico en los primeros años de vida y patológico cuando se prolonga.

La succión digital y sus consecuencias van a depender de diversos factores como la intensidad, la frecuencia y la duración del mismo. Esta puede ser de un solo dedo que generalmente es el pulgar pero puede ser también de varios dedos o de otros dedos. Este hábito supone satisfacción para el niño, pero en realidad se da en estados de ansiedad e inestabilidad emocional. Según Subtenly²¹ van a existir cuatro categorías:

- a) El pulgar va a entrar en la boca hasta la primera articulación, ocupando gran parte de la bóveda palatina y teniendo contacto con el incisivo inferior.
- b) El pulgar entra en la boca solo una parte, no ocupa la bóveda palatina pero si tiene contacto con el incisivo inferior.
- c) El pulgar ingresa completamente a la cavidad bucal, ocupa la bóveda pero en ningún momento hace contacto con el incisivo inferior.
- d) El pulgar entra en la boca pero no avanza ni trata de empujarse, el incisivo inferior tiene contacto solo con la uña del dedo.

La succión digital va a causar una maloclusión donde observamos incisivos superiores espaciados y proinclinados, los incisivos inferiores retroinclinados, el arco maxilar angosto, mordida abierta anterior y algunas veces los superiores se van a vestibularizar.²²

- Duración del hábito:

Puede ser infantil hasta los tres años. Pre-escolar hasta los siete, puede significar ansiedad y puede empezar a ser corregido. Y por último escolar que persiste hasta los doce, supone una maloclusión para ser corregida y atención psicológica.

²¹ Subtenly JD. Oral habits. Studies in form, function and therapy. 349-83.

²² Shing SP. Utreja A. Chawla HS. Distribution of malocclusion types among thumb suckers seeking orthodontic treatment. 114.

- Frecuencia del hábito:

Puede ser intermitente que es de día y los continuos que son nocturnos.

- Intensidad del hábito:

Puede ser poco intensa o intensa.

1. VENTAJAS

- No producen efectos adversos durante el desarrollo de la dentición temporal.
- La succión digital puede reemplazar el uso de chupón.
- Si el hábito es suprimido antes de los tres años es probable que no existan efectos adversos en relación a maloclusiones.

2. DESVENTAJAS

- Da como resultado una mordida abierta, dado que el mantener el dedo durante mucho tiempo en la boca hace que se cree un espacio innecesario entre ambas arcadas.
- Reduce el tamaño del arco superior y después el apiñamiento de los dientes permanentes.
- Las presiones que se ejercen en la succión digital pueden tener como consecuencia desviaciones en el crecimiento de las estructuras óseas.
- Los niños que presentan hábitos de succión digital tienen 4 veces más la probabilidad de desarrollar una maloclusión, y disminuyen la dimensión vertical, según datos de una investigación denominada Relación entre tipos de lactancia, hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en niños de tres a seis años de edad.²³
- La succión digital va a alterar el cierre labial del individuo.

²³ Mesquita Gabriela. Relación entre tipos de lactancia, hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en niños de tres a seis años de edad. 52-58

3.1.3.2. Succión labial

Es un hábito que se va a formar como consecuencia del hábito de succión, también conocido como queilofagia, en la que el niño va a tratar de succionar el labio generalmente el inferior, provocándose a la vez heridas, sequedad y erosión.

Este hábito va ser perjudicial porque se succiona el labio pero también empuja la lengua contra los dientes inferiores o contra el mismo labio, y eso provoca una vestibularización de los incisivos inferiores.

1. VENTAJAS

- No presenta ventajas por ser un hábito nocivo.

2. DESVENTAJAS

- Puede desarrollarse un desequilibrio de los músculos bucales con alteraciones en el crecimiento óseo, malformaciones faciales y defectos en la posición de los dientes.
- La succión labial puede provocar retracción de las encías de los incisivos inferiores.²⁴
- El niño tendrá una tendencia a desarrollar una hipertrofia del músculo mentoniano y un labio inferior hipertónico.
- En cuanto a maloclusión puede darse una mordida profunda, protrusión labial de los incisivos superiores, desplazamiento lingual de los incisivos inferiores.

²⁵

²⁴ Germec D, Taner TU, Lower lip sucking habit treated whit a lip bumper appliance. 1071-76.

²⁵ Germec D, Taner TU, Lower lip sucking habit treated whit a lip bumper appliance. 1071-75.

3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes Locales

A) TÍTULO: Influencia del tiempo de lactancia en el desarrollo de los hábitos de succión no nutritiva en niños de 3, 4 y 5 años de edad de la I.E.I. Bellapampa. Arequipa. 2016.

AUTOR: Amparito Lucía Escobedo Diaz

FUENTE:

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5446/64.2635.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

RESUMEN:

Determinar la influencia del tiempo de la lactancia en el desarrollo de los hábitos de succión no nutritiva en niños de 3,4 y 5 años de edad. Se utilizó una ficha de encuesta, bajo aprobación y firma del consentimiento a 60 madres de los niños de I.E.I. Bellapampa para el recojo de los datos, se preguntó el tipo de parto, tiempo de gestación, tiempo de la lactancia, si presenta o no hábitos de succión no nutritiva. Se llevó a cabo un registro documentario y fotográfico. Los resultados obtenidos muestran que los niños que recibieron lactancia mixta (lactancia materna y lactancia artificial) representan 65% (39) de la población estudiada; de estos 39 niños, el 35.90% (14) presentan hábitos de succión no nutritiva; los niños que recibieron lactancia materna exclusiva representan el 30%(18) de la población estudiada, los cuales no presentaron hábitos de succión no nutritiva y los niños que recibieron lactancia artificial que representan 5% (3) de la población estudiada; de estos 3 niños, el 33.3% (1) presentaron hábitos de succión no nutritiva. Se concluye que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva no presentan hábitos de succión o nutritiva.

3.2.2. Antecedentes nacionales

A) TÍTULO: Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores.

AUTOR: Mónica Josefina Zapata Dávalos.

FUENTE:

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/732/1/zapata_mj.pdf

RESÚMEN:

Relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Educadores. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 06 a 12 años con criterios de inclusión y exclusión. En coordinación con la autoridad del colegio, se informó a los padres de familia el fin de la investigación y se les pidió su consentimiento para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 15. 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 ($p < 0.05$). Si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores.

B) TÍTULO: Relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarios según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la Clínica Odontológica ULADECH Católica – Provincia de Trujillo, Región La Libertad , año 2016.

AUTOR: Betsy Santitos Paiva Tume

FUENTE:

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2024/HABITOS_PERNICIOSOS_MALOCLUSIONES_PAIVA_TUME_BETSY_SANTITOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

RESUMEN:

Determinar la relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La libertad, año 2016. Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo de diseño transversal y observacional. Recojo de información mediante toma de impresiones y obtención de modelos de yeso de 66 niños con dentición mixta. No se encontró relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones, ya que la clase I, II y III no se alteran significativamente en relación a alguno de los hábitos perniciosos. El hábito bucal pernicioso más frecuente fue la respiración bucal con 47.0%, seguido de la onicofagia con 24.2% y la succión digital con 19.7%. Las maloclusiones más frecuentes son la clase I con 65.1% seguido de la clase II con 25% y finalmente con 9.1% la clase III. Finalmente, las maloclusiones clase I, II y III no se alteran significativamente en relación con alguno de los hábitos bucales perniciosos ni en hombres ni en mujeres. Concluyendo que no existe relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones según sexo, en niños con dentición mixta de 7 a 12 años de edad, en el área de odontopediatría de la clínica odontológica docente asistencial Uladech Católica - provincia de Trujillo, región La Libertad.

3.2.3. Antecedentes internacionales

A) TÍTULO: Asociación de hábitos orales en maloclusiones dentomaxilares en niños de edad pre escolar.

AUTOR: Alexandra Estrella Sáenz

FUENTE:

<http://eprints.uanl.mx/2392/1/1080211199.pdf>

RESUMEN:

Asociar los malos hábitos orales y maloclusiones en la población infantil, el porcentaje de las maloclusiones asociadas a la maloclusión y su alteración en anomalías de la oclusión anterior y posterior. Se seleccionó una muestra de 282 niños de 2 a 6 años que asisten a consulta en el Posgrado de Odontopediatria de la UANL, se le realizó anamnesis a los padres para la historia clínica y examen clínico a cada niño. Se obtuvieron como resultados que de los 282 niños 115 (40.8%) presentaron algún hábito oral. El hábito más frecuente fue el de succión con el 62.14% en su mayoría a los 3 años, interposición lingual 32.8% a los 6 años y la respiración oral 5% a los 4 años. La maloclusión más frecuente asociado al hábito de succión e interposición lingual fue el plano terminal recto con 57.9% y 50% respectivamente y el escalón mesial en un 42.9% en la respiración oral, no fue un resultado significativo. La sobremordida horizontal aumentada se asoció a los hábitos mencionados, la mordida 13 abierta anterior se asoció al hábito de succión e interposición lingual y la sobremordida vertical profunda a la respiración oral. Las maloclusiones anteriores si se asociaron a los hábitos orales, la sobremordida horizontal aumentada se asoció con el hábito de succión, interposición lingual y respiración oral. La sobremordida vertical disminuida o mordida abierta anterior se asoció al hábito de succión e interposición lingual.

4. HIPÓTESIS

Dado que, los hábitos inadecuados de biberón, chupón y los hábitos de succión digital y labial pueden influir en el desarrollo de maloclusiones:

Es probable que, en niños de 8 y 9 años los hábitos inadecuados y de succión se relacionen con el desarrollo de maloclusiones.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

1.1.2. Precisión de la técnica:

Se empleó la técnica de **encuesta** a los padres de familia para verificar el tipo de hábito de succión que presenta cada niño. Y posteriormente se aplicó la técnica de **observación** para verificar el tipo de maloclusión que desarrollan los niños evaluados.

1.1.3. Esquematización: Cuadro de coherencias

Variables	Indicadores	Técnicas	Instrumentos
Independiente: Hábitos de succión	Succión digital Succión labial Succión de chupón Succión de biberón	Encuesta	Cuestionario.
Dependiente: Maloclusiones	Clase I Clase II Clase III	Observación	Ficha de observación clínica.

1.1.4. Descripción de la técnica

La encuesta se aplicó para obtener datos sobre los hábitos de succión que los niños tuvieron.

La observación se aplicó a los niños para poder saber qué tipo de maloclusión desarrollaron.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumentos Documentales:

a) Precisión del instrumento

Para la encuesta se utilizó un instrumento de tipo **cuestionario** que fue aplicado a los padres de familia para obtener el tipo de hábito de succión que los niños tuvieron durante su infancia.

Para la observación se utilizó un instrumento de tipo **ficha clínica** que fue aplicada a los niños para evaluar las características que nos dieron a conocer el tipo de maloclusión que desarrollaron.

b) Modelo del instrumento

Anexos 1 y 2.

1.2.2. Instrumentos Mecánicos

- Cámara fotográfica.
- Computadora.
- Mandil.
- Barbijo.
- Guantes estériles.
- Gorro.
- Espejos.
- Exploradores.
- Abrebocas.
- Algodón.
- Antiséptico.

1.2.3. Materiales de verificación

Útiles de escritorio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Ámbito general

La investigación se realizó en la Institución Educativa “San Juan Bautista de la Salle”, en el departamento de Arequipa.

2.1.2. Ámbito específico

Aulas de Tercero y Cuarto Grado de Primaria.

Enfermería de la Institución Educativa.

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó en los meses noviembre y diciembre del 2017.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Unidades de análisis

Consentimientos informados y asentimientos.

Cuestionarios.

Fichas clínicas de observación.

Fotografías intraorales y extraorales.

2.3.2. Caracterización de los casos

2.3.2.1. Criterios de Inclusión

- Escolares con dentición mixta.
- Escolares de 8 y 9 años.

2.3.2.2. Criterios de Exclusión

- Escolares con tratamiento de ortodoncia.
- Escolares con tratamientos previos a ortodoncia.
- Escolares que presenten alguna enfermedad que impida la evaluación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización.

Antes de recoger la información, serán necesarias las siguientes actividades:

- Autorización del director de la Institución Educativa “San Juan Bautista de la Salle”.
- Autorización del sub director de primaria de la Institución Educativa “San Juan Bautista de la Salle”.
- Consentimiento de los padres de familia para autorizar que sus hijos sean evaluados para la presente investigación y comprometidos a responder las encuestas.

Recursos

a. Recursos humanos

Investigador: Allison Marisela Carazas Juárez

Asesor : Dr. Marcel Aguilar Salas

b. Recursos físicos

Institución Educativa “San Juan Bautista de la Salle”.

Universidad Católica de Santa María.

c. Recursos económicos

El presupuesto para la recolección y otras tareas investigativas fueron ofertados por el investigador.

d. Recursos institucionales

Universidad Católica Santa María

Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.

Prueba piloto

- a. **Tipo de prueba:** Incluyente
- b. **Muestra Piloto:** 10% del total de casos
- c. **Recolección Piloto:** Administración preliminar del instrumento a la muestra piloto.

5. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.

3.4.1 Plan de procesamiento

a. Tipo de procesamiento

Matriz de registro y control computarizado; para la evaluación del cuestionario se hizo la correspondencia con el sumario de respuestas.

Se utilizaron los siguientes programas:

Microsoft Word 2010.

Microsoft Excel 2010.

Programa Estadístico SPSS.

b. Operaciones del procesamiento

b.1. Clasificación:

La información obtenida a través de los instrumentos, fue ordenada en la Matriz de Sistematización, que figurará en anexos de la tesis.

b.2. Codificación:

Se utilizó la codificación digital.

b.3. Conteo

Se utilizó matrices de recuento.

b.4. Tabulación

Se empleó tablas de doble entrada.

b.4. Graficación

Se utilizó gráficas de barras.

3.4.2. Plan de Análisis de Datos

a. **Tipo:** Cualitativo.

b. **Tratamiento:** Estadístico.

CUADRO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Variables	Indicadores	Subindicadores	Escalas de medición	Análisis
Hábitos de succión	Succión	S. digital	Nominal	Estadístico mediante la prueba de chi cuadrado.
		S. labial	Nominal	
		S. de chupón	Nominal	
		S. de biberón	Nominal	
Maloclusión	S. Clase I		Nominal	Estadístico mediante la prueba de chi cuadrado.
	S. Clase II	División I 1961 División II	Nominal	
	S. Clase III		Nominal	



CAPÍTULO III RESULTADOS

III. RESULTADOS

4.1 Hábito de succión predominante en los niños.

Tabla 1: Hábito de Succión Labial en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

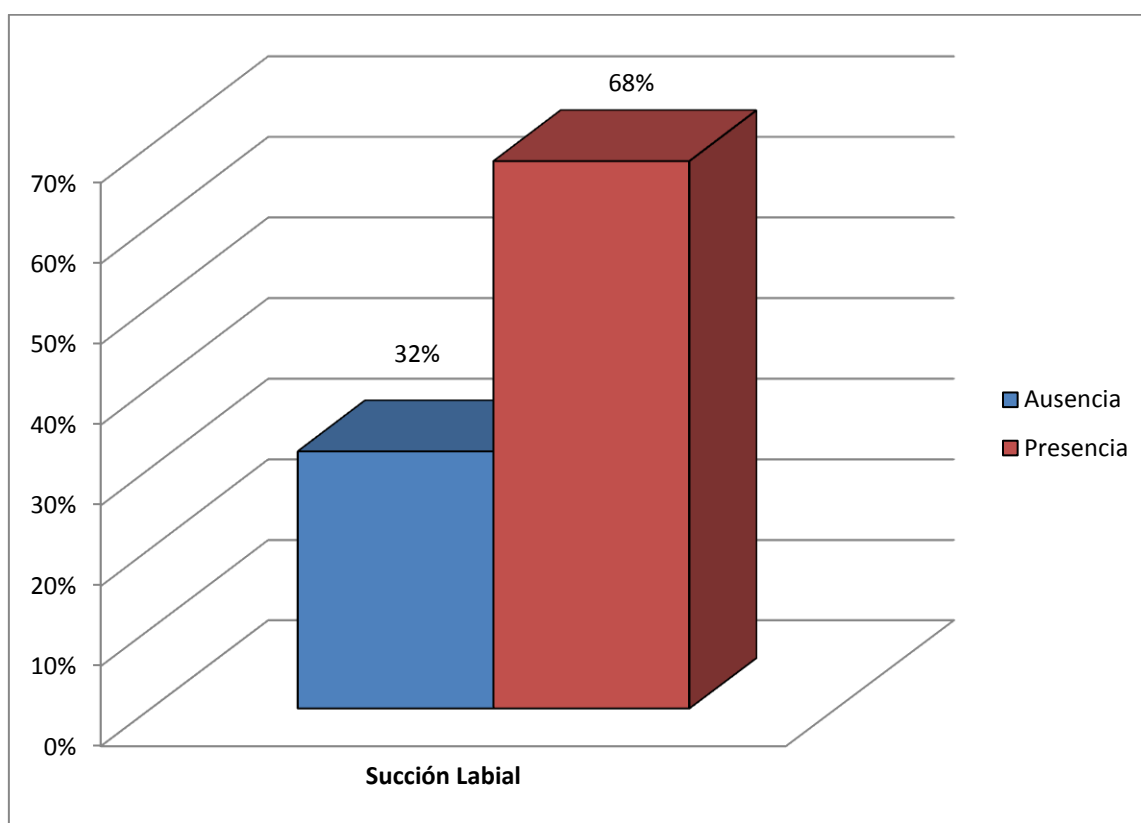
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presencia	34	68%
Ausencia	16	32%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Respecto a la succión labial los resultados nos muestran que el 68% de la población estudiada presenta este hábito y el 32% tiene ausente este tipo de hábito de succión. Esta forma secundaria de la succión digital requiere de una atención oportuna, ya que puede tener varias consecuencias como la incompetencia labial, la hipertrofia del músculo mentoniano y otros.

Gráfico 1: Hábito de Succión Labial en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 2: Hábito de Succión Digital en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

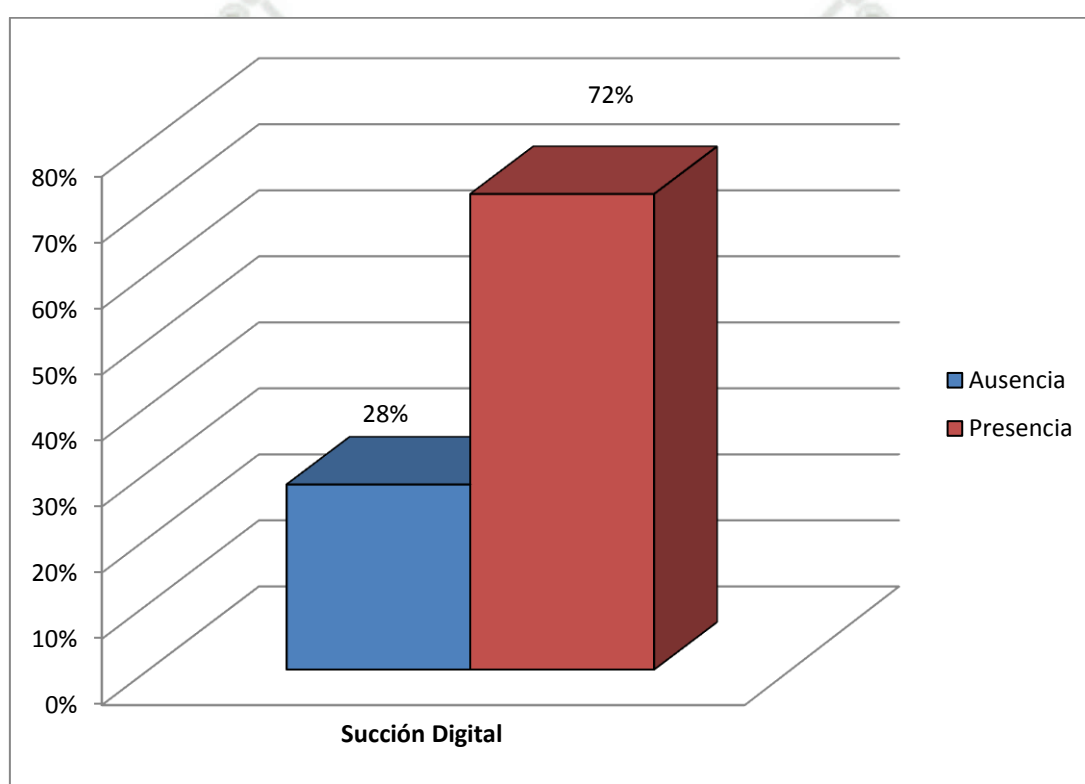
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presencia	36	72%
Ausencia	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

En la presente investigación referente a la succión digital se puede apreciar que el 72% de niños presenta este hábito y el 28% no. Se sabe que el hábito de succión es totalmente fisiológico hasta los tres o cuatro años y después de esta edad puede ocasionar problemas y colocar al niño en situaciones de riesgo tanto como para su salud física como para su salud psicológica.

Gráfico 2: Hábito de Succión Digital en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 3: Hábitos de Succión en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

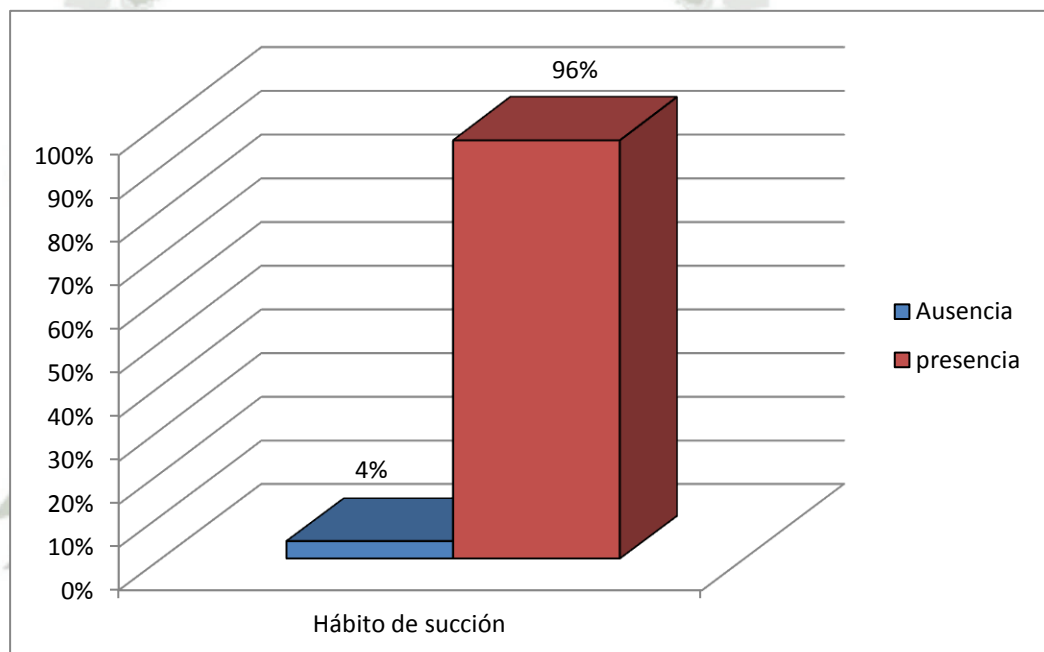
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presencia	48	96%
Ausencia	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

En el análisis de los hábitos de succión de los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle, se puede apreciar que la gran mayoría muestra una presencia de hábitos de succión con el 96% y solo el 4% muestra una ausencia en cuanto a los hábitos de succión

Gráfico 3: Hábitos de Succión en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 4: Hábito Inadecuado de chupón en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

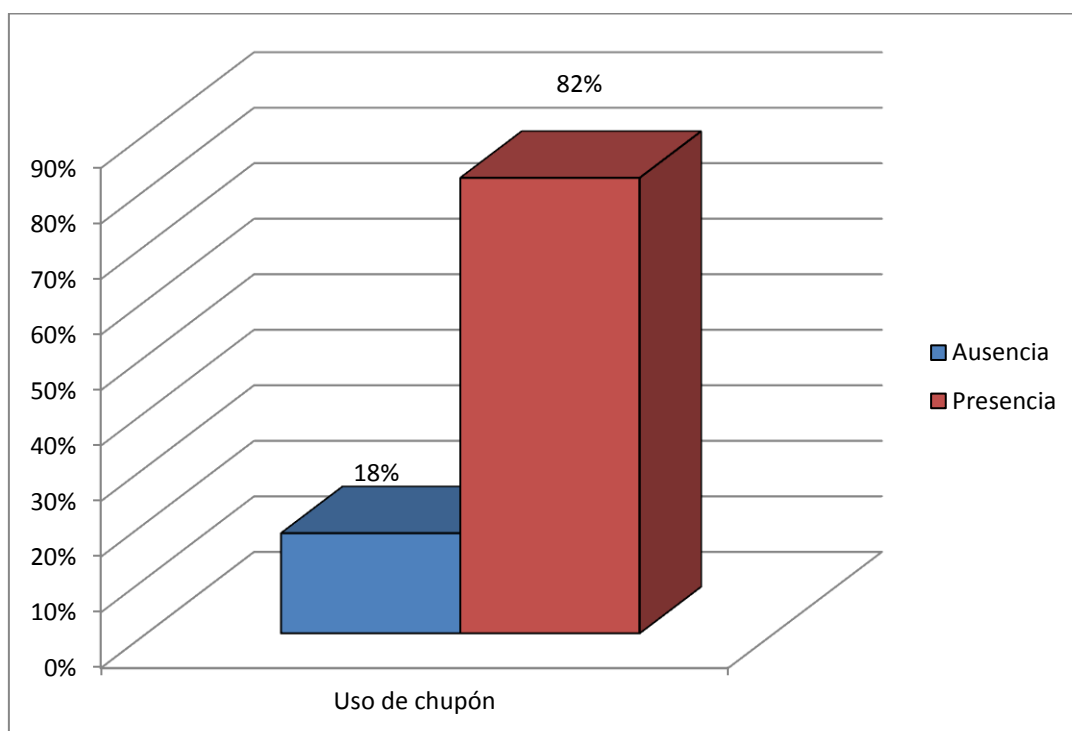
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presencia	41	82%
Ausencia	9	18%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

En esta investigación, en cuanto al hábito inadecuado del chupón se puede apreciar que existe un porcentaje alto por parte de los niños que son representados con un 82% y la minoría representada por el 18% no presentan el hábito inadecuado de chupón. Este hábito está bajo el control de los padres de familia. Los niños que lo utilizaron frecuentemente más allá de los 18 meses están expuestos a desarrollar alteraciones en la oclusión dentaria.

Gráfico 4: Hábito Inadecuado de chupón en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 5: Hábito Inadecuado de biberón en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

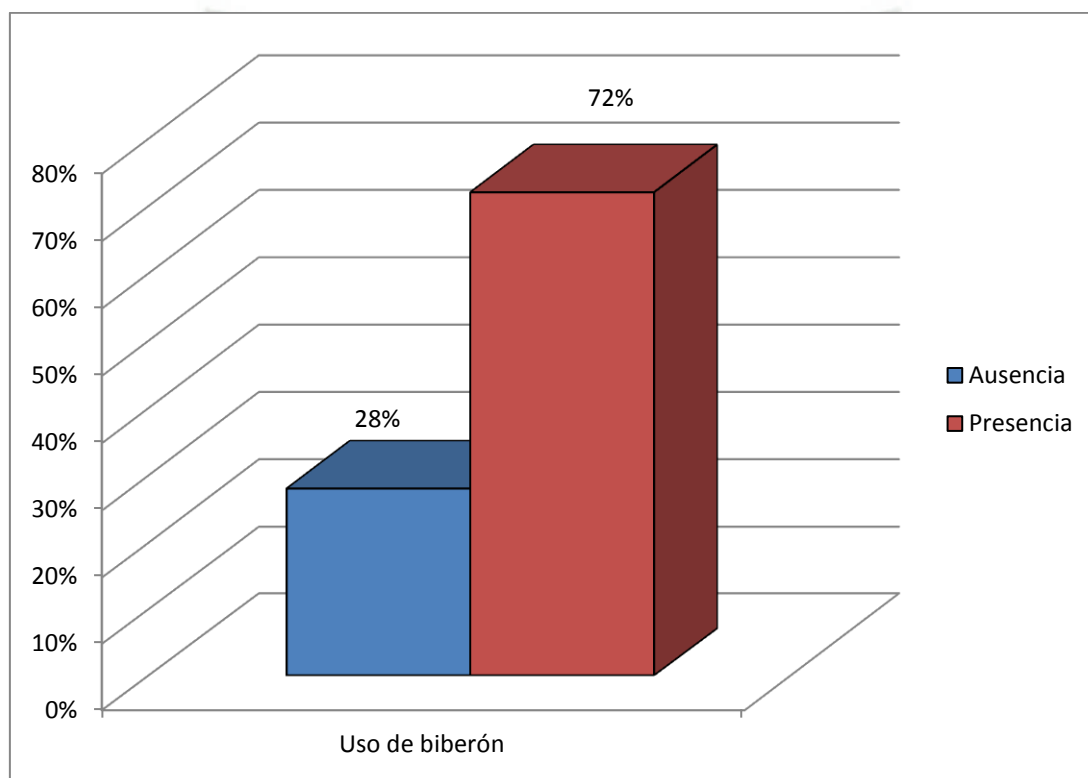
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presencia	36	72%
Ausencia	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Con respecto al hábito inadecuado de biberón, en los resultados se halló que la gran mayoría que está representada por el 72% presenta este hábito, y solo el 28% mantiene ausente este hábito inadecuado. Hoy en día el uso de biberón es de gran comodidad y ayuda para los padres de familia generalmente por su actividad laboral. Es importante atender a los niños que usaron frecuente el biberón ya que este genera consecuencias como maloclusiones dentales, flacidez de los músculos faciales y alteraciones en el habla.

Gráfico 5: Hábito Inadecuado de biberón en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 6: Hábitos Inadecuados en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

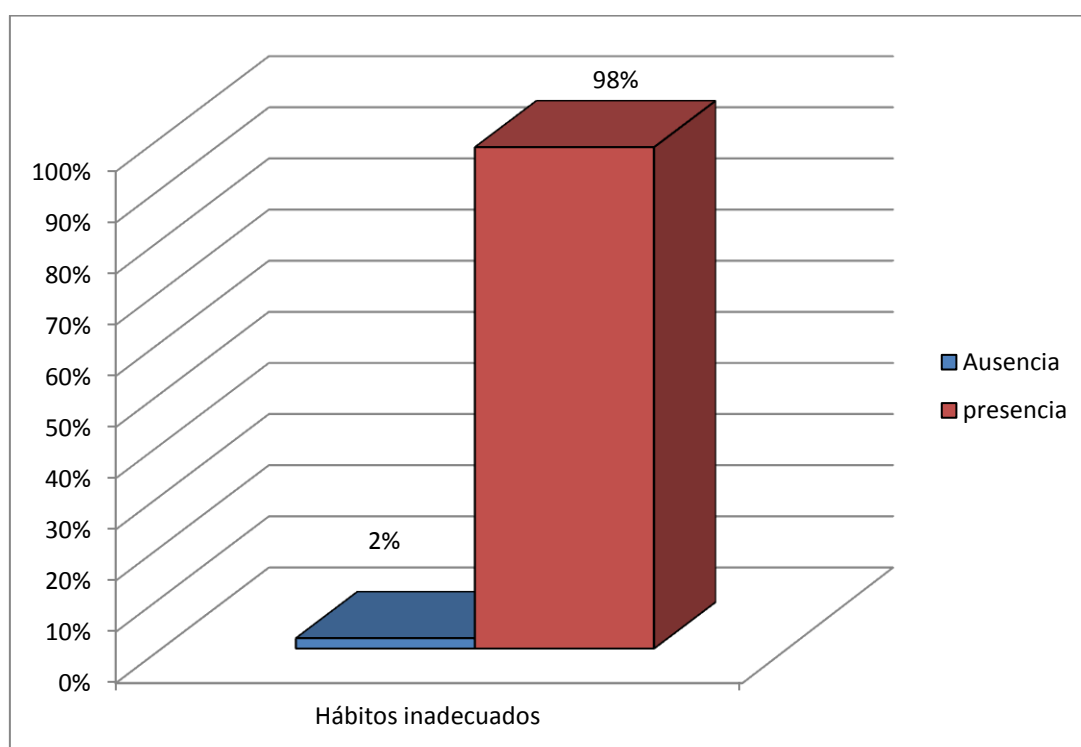
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presencia	49	98%
Ausencia	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

En el análisis de la presente tabla se logra apreciar que los hábitos inadecuados están presentes con el 98% en los niños analizados, es decir casi la totalidad de la muestra presenta malos hábitos y solo el 2% muestra una ausencia de hábitos inadecuados.

Gráfico 6: Hábitos Inadecuados en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

4.2 Tipo de maloclusión predominante en los niños.

Tabla 7: Síndrome de maloclusión Clase I en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

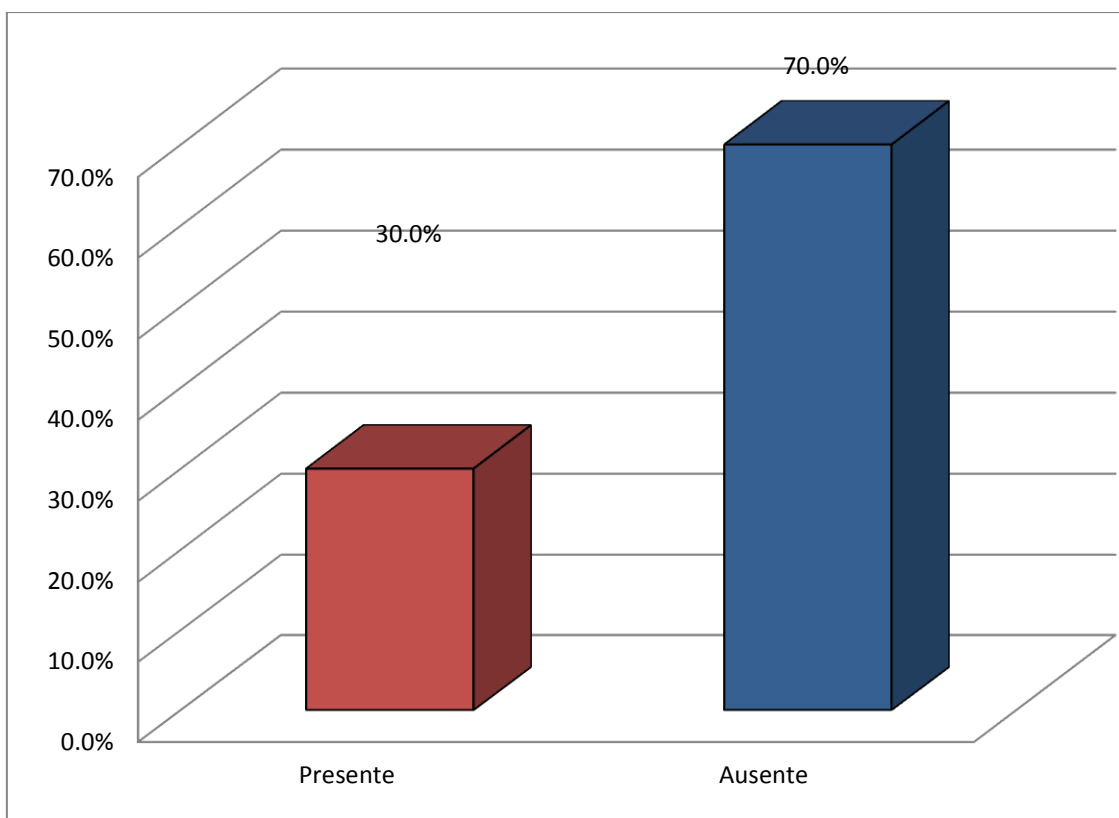
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presente	15	30%
Ausente	35	70%
Total	50	100,0%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Según la presente investigación, podemos observar que del 100% de la población, solamente el 30% de niños entre los ocho y nueve años presentan una maloclusión de Clase I. Y el 70% restante de niños no presenta este tipo de maloclusión.

Gráfico 7: Síndrome de maloclusión Clase I en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 8: Síndrome de maloclusión Clase II-1 en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

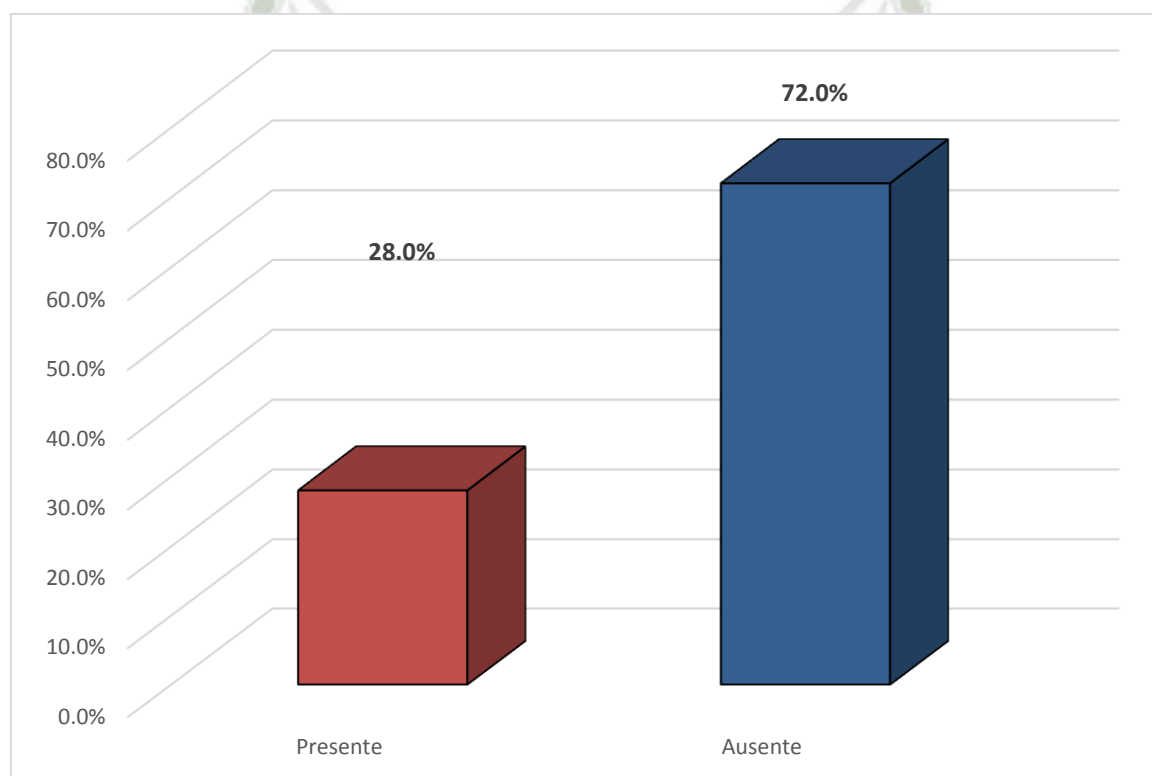
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presente	14	28%
Ausente	36	72%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Con respecto a la presencia de Maloclusión Clase II-1 está representada solamente por el 28% de niños estudiados, en esta maloclusión vamos a observar una relación distal respecto a los molares por el aumento de overjet y de los incisivos vestibularizados y el 72% de la población estudiada no presenta este tipo de maloclusión.

Gráfico 8: Síndrome de maloclusión Clase II-1 en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 9: Síndrome de maloclusión Clase II-2 en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

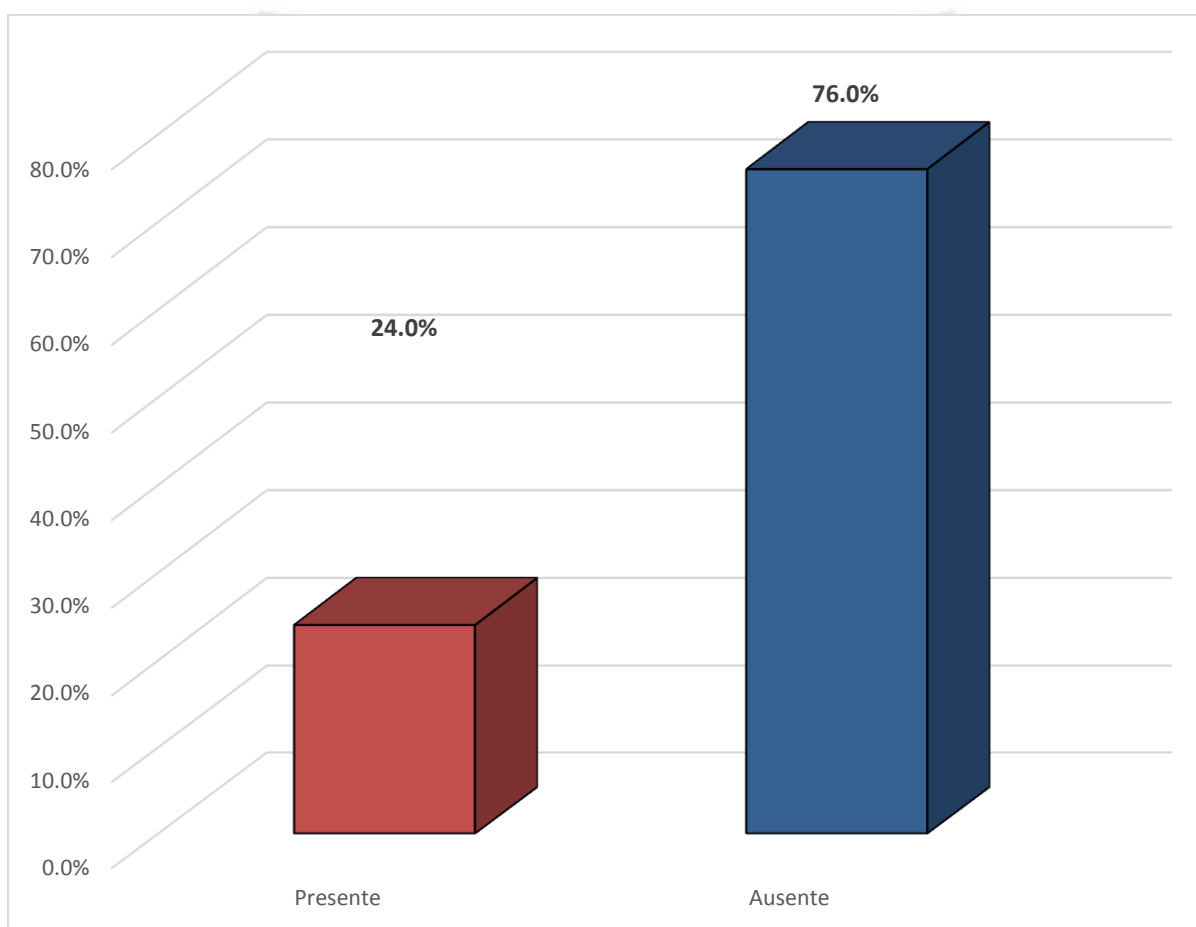
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presente	12	24%
Ausente	38	76%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Podemos ver que el 24% de la población presenta maloclusión de clase II-2, esto quiere decir existe una relación distal respecto a los molares con retrusión de los incisivos superiores y el 76% mantiene ausente este tipo de maloclusión. Este tipo de maloclusión está caracterizada por la recidiva después del tratamiento, por lo que se debe tener cuidado especial y una atención inmediata.

Gráfico 9: Síndrome de maloclusión Clase II-2 en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 10: Síndrome de maloclusión Clase III en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

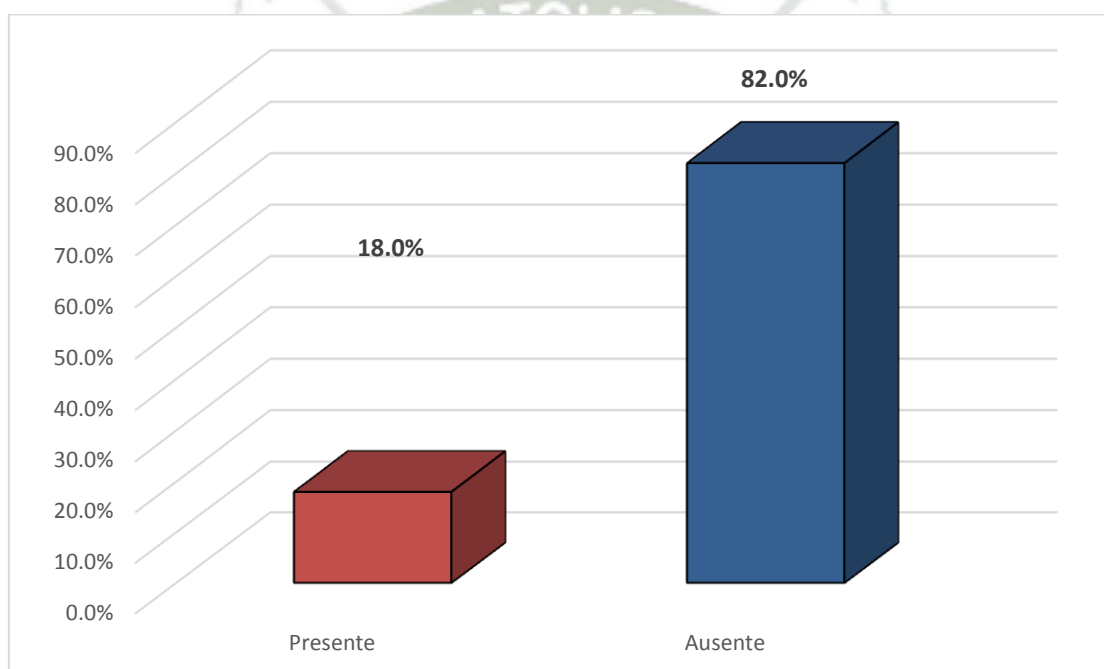
	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Presente	9	18%
Ausente	41	82%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Respecto a la presencia de maloclusión Clase III, la minoría de niños presenta este tipo, representado por el 18%, esto quiere decir que existe una oclusión pre normal y el 82% no la presenta. Según datos epidemiológicos también se observa que esta es el tipo de maloclusión menos frecuente, se caracteriza por un prognatismo mandibular.

Gráfico 10: Síndrome de maloclusión Clase III en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 11: Presencia de Hábitos De Succión y de Maloclusión en niños de 8 y 9

		Clase I		Clase II - 1		Clase II - 2		Clase III		Total	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hábito de succión	Presencia	14	28%	14	28%	12	24%	8	16%	48	96%
	Ausencia	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	2	4%
Total		15	30%	14	28%	12	24%	9	18%	50	100%

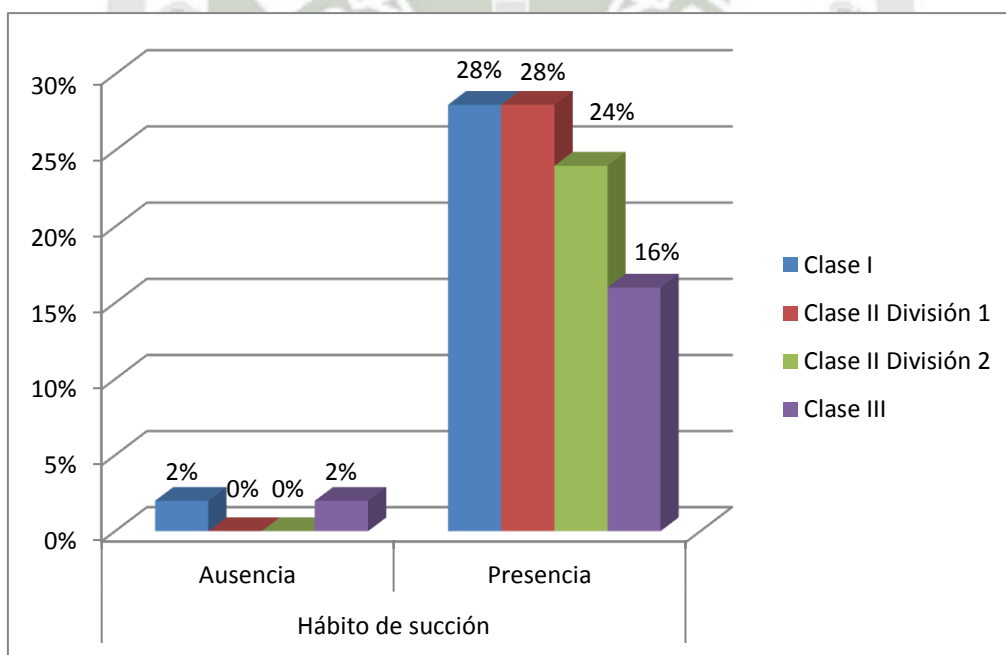
años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Los resultados finales de la presencia de maloclusión y los hábitos de succión se puede apreciar que el la clase I manifestó una presencia del 28% al igual que la clase II división 1, en cambio otros resultados muestran que la clase II división 2 presenta un valor de 24% y finalmente con el 16% están la clase III, y en los resultados de ausencia se presenta con el 2% en la clase I y la clase III.

Gráfico 11: Presencia de Hábitos De Succión y Maloclusión en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Tabla 12: Presencia de Hábitos Inadecuados y Maloclusión en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.

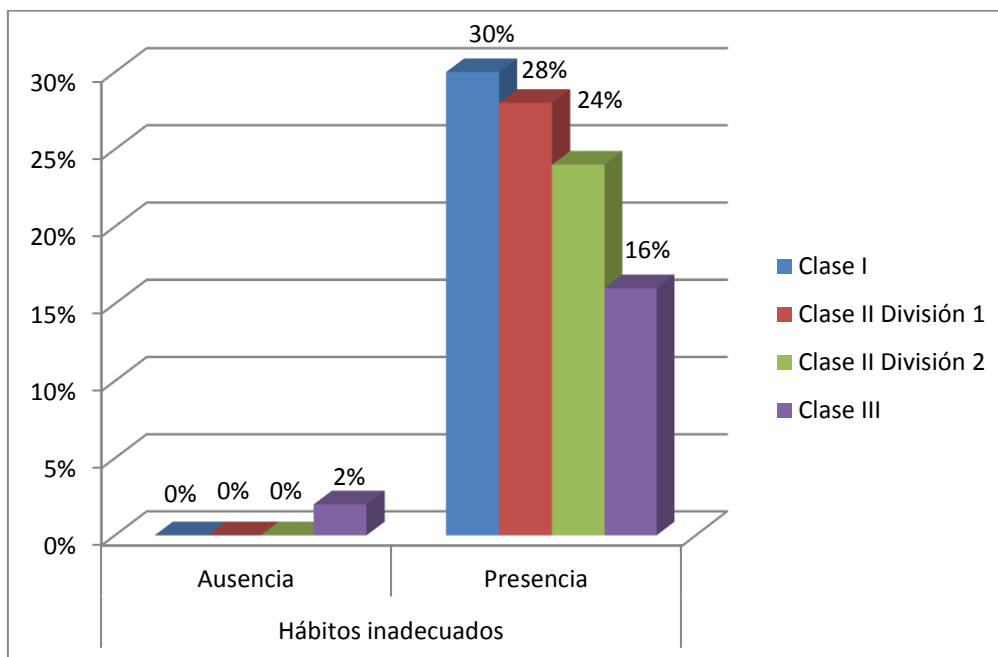
		Clase I		Clase II – 1		Clase II - 2		Clase III		Total	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hábito de succión	Presencia	15	30%	14	28%	12	24%	8	16%	48	96%
	Ausencia	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	2	4%
Total		15	30%	14	28%	12	24%	9	18%	50	100%

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Los resultados finales de la presencia de maloclusión y los hábitos de inadecuados se puede apreciar que el la clase I manifestó una presencia del 30%, en cambio la clase II División 1 manifestó una presencia del 28%, otros resultados muestran que la clase II División 2 presenta un valor de 24% y finalmente con el 16% están la clase III, y en los resultados de ausencia se presenta con el 2% en la clase III.

Gráfico 12: Presencia de Hábitos Inadecuados y Maloclusión en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle.



Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

4.3 Análisis de la influencia de los hábitos de succión en el desarrollo de las maloclusiones.

Comprobación de hipótesis mediante la correlación del chi cuadrado

Tabla 13: Correlación de χ^2

	Valor χ^2	GI	Sig. exacta (unilateral)
Hábito de succión	0,6	2	0,031
Hábitos inadecuados	3,1	2	0,001

Fuente: Base de datos de la investigación (anexo3).

Interpretación:

Los resultados encontrados manifiestan que si existe relación entre los hábitos de succión y la maloclusión, ya que el valor hallado de $p=0.031$, y al ser menor que el valor límite de $p<0.05$ se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula; y un valor de $\chi^2=0.6$ el mismo que está dentro del rango de aceptación, también existe relación entre los hábitos inadecuados y la maloclusión, ya que el valor hallado de $p=0.001$ es menor al parámetro límite ($p<0.05$), por los valores encontrados se acepta la hipótesis alterna y al tener un valor de $\chi^2=3.1$ acepta la correlación de las variables analizadas.

4.4 Discusión.

Los hábitos de succión son un acto reflejo adquirido por el feto en los últimos meses de vida intrauterina, cuando nace este reflejo va a ser utilizado hasta los seis meses de vida para poder alimentarse. Los resultados encontrados en cuanto a succión digital manifiestan que si existe presencia de este hábito con un valor de 72%, así lo muestra la tabla N° 2. Esto puede ser explicado teóricamente ya que cuando el niño nace tiene la cabeza más pequeña en relación al cuerpo, lo que le impide alimentarse en posición vertical, y como tiene la mandíbula pequeña y el espacio entre la nariz-boca es también pequeño tiene que alimentarse en posición horizontal realizando succión. Por lo que es fisiológico y frecuente en la mayoría de niños. La presencia de succión labial también fue encontrada pero en un 68%.

Según los antecedentes de Escobar (2016), los niños que recibieron lactancia mixta (lactancia materna y lactancia artificial) representan la mayoría de la población estudiada; de estos niños, gran parte presentan hábitos de succión no nutritiva; los niños que recibieron lactancia materna exclusiva representan la minoría de la población estudiada, los cuales no presentaron hábitos de succión no nutritiva y los niños que recibieron lactancia artificial que representan una parte muy pequeña de la población estudiada; de estos pocos niños, casi la mayoría presentaron hábitos de succión no nutritiva. Los niños que recibieron lactancia materna exclusiva no presentan hábitos de succión o nutritiva. Y los niños que recibieron lactancia artificial o lactancia mixta si presentan hábitos de succión. En el estudio analizado se demuestra que si existe alta presencia de hábitos de succión digital, labial y hábitos inadecuados de chupón y biberón. Por lo tanto la presente investigación coincide con nuestra investigación en cuanto a prevalencia de hábitos inadecuados de biberón y chupón, y los hábitos de succión digital y labial.

En cuanto a los hábitos inadecuados de biberón, hoy en día es muy usado por los padres de familia, ya que muchas veces por motivos de trabajo, las madres no pueden pasar tiempo con sus hijos. Además de sustituir la leche materna por sustancias procesadas. Es así como lo demuestra nuestro estudio, en la tabla N° 4 con una alta incidencia uso del biberón con el 72%. Y el hábito inadecuado de chupón tiene mayor frecuencia con un 82%.

En el análisis de la maloclusión se presentaron las tres clases, siendo la más frecuente la Clase I representada por el 30% según la tabla N° 7, la Clase I es la oclusión neutra, esta caracteriza al paciente con un perfil recto. Frecuentemente el problema de este Síndrome de Clase I es dentario.

Según Zapata J. la maloclusión que predomina es la clase I, seguida por la clase II división 1, la clase II división 2 y por último la clase III. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior. Si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias. Estos resultados del antecedente se corroboran con la presente investigación ya que las frecuencias de maloclusión son las mismas, la maloclusión Clase I con un 30%. La que le sigue es la maloclusión Clase II, división 1 con un 28%, luego el Síndrome de Maloclusión Clase II, división 2 con un 24%. Y finalmente tenemos la maloclusión Clase III, que es la menos frecuente con un 18% lo que coincide con las frecuencias del antecedente investigativo.

En la última tabla N°13 podemos comprar que si existe relación entre las maloclusiones y los hábitos de succión digital y labial. Según la prueba de χ^2 , se obtuvo como resultado un valor de 0.6 que se encuentra dentro del rango de aceptación de correlación. Al igual que los hábitos inadecuados de biberón y chupón, también se encontró relación con el desarrollo de maloclusiones con un valor de 3.1 que aprueba la correlación.

Sans E., encontró que el hábito más frecuente fue el de succión, después la interposición lingual y la respiración oral. La maloclusión más frecuente asociado al hábito de succión e interposición lingual fue el plano terminal recto, luego el escalón mesial en la respiración oral, no fue un resultado significativo. La sobremordida horizontal aumentada se asoció a los hábitos mencionados, la mordida abierta anterior se asoció al hábito de succión e interposición lingual y la sobremordida vertical profunda a la respiración oral. Las maloclusiones anteriores si se asociaron a los hábitos orales, la sobremordida horizontal aumentada se asoció con el hábito de succión, interposición lingual y respiración oral. La sobremordida vertical disminuida o mordida abierta anterior se asoció al hábito de succión e interposición

lingual. Este antecedente coincide con nuestra investigación en cuanto a influencia de los hábitos nocivos bucales con el desarrollo de maloclusiones.

Finalmente se comprueba la hipótesis de que si influye en el desarrollo de maloclusiones en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle por los valores encontrados en el análisis del χ^2 y una significancia menor al límite $p=0.06$ estos resultados cotejan hábitos inadecuados de biberón, chupón y los hábitos de succión digital y labial pueden influir en el desarrollo de maloclusiones en niños de 8 y 9 años.



CONCLUSIONES

En los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista La Salle se han encontrado las siguientes conclusiones:

PRIMERA

Se ha determinado que el tipo de hábito inadecuado que predomina en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle es el hábito inadecuado de chupón, presente en un 82% de la población estudiada.

SEGUNDA

Se ha determinado que el tipo de hábito de succión que predomina en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle es el hábito de succión digital representada por el 72% de niños.

TERCERA

Se ha determinado que el tipo de maloclusión que predomina en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle es la maloclusión de Clase I con una presencia del 30% de la población.

CUARTA

Se ha analizado que si existe influencia de los hábitos inadecuados de biberón y chupón en el desarrollo de las maloclusiones en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle, ya que se presenta un valor de 0.630, valor que acepta la hipótesis correlacional.

QUINTA

Se ha analizado que si existe influencia de los hábitos de succión digital y labial en el desarrollo de las maloclusiones en los niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle, con un valor de 3.150 que acepta la hipótesis correlacional.

RECOMENDACIONES

Para el ministerio de salud:

Las maloclusiones son muy frecuentes y es necesario hacer frente a este mal que causa daños periodontales, alteraciones estéticas, fonéticas, nutricionales, etc. El Ministerio de Salud, debe dar a conocer a la población acerca de la maloclusión e informar que una de las causas son los hábitos de succión, el uso de biberón y chupón; como una forma de prevención.

Para los padres de familia:

Los padres de familia deben ayudar a sus hijos a corregir los hábitos orales que estos presenten, después de ser informados, de ellos depende el control de estos hábitos en sus hijos. Además que un problema de maloclusión genera problemas económicos, y la prevención es la mejor forma de evitarlo.

Para la Facultad de Odontología:

El hallazgo relacional entre hábitos orales y maloclusiones, supone información relevante que puede ser de mucha ayuda para padres y niños. Esta información debe ser publicada para que nuevos estudios puedan realizarse a partir de este e incitar a la elaboración de un Proyecto de Prevención que beneficie a la comunidad arequipeña.

BIBLIOGRAFÍA

- Angle E. (1899) Classification of malocclusion. Primera Edición. Philadelphia: Dental Cosmos.
- Canut, J. (1998) Ortodoncia Clínica. Segunda Edición. España: Masson.
- Canut, J. (2001) Ortodoncia Clínica y Terapéutica. España: Ed Masson.
- Enlow DH. (1998) Facial Growth. Tercera Edición. Philadelphia: W. B Sander.
- Graber, T. (1974) Ortodoncia: Teoría y Práctica. Tercera Edición. México: Interamericana.
- Graber, T., Swain B. (1992) Ortodoncia: Principios generales y técnicas. Primera Edición. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Hamish T. (1990) Occlusion. Segunda Edición. London: Butten Worth & Co. Ltd.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. (2014) Metodología de la investigación. Mexico, McGraw-Hill
- Moyers, R (1992) Manual de Ortodoncia. Cuarta Edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Proffit, W. (2009) Ortodoncia contemporánea. Cuarta Edición. España: Elsevier Mosby.

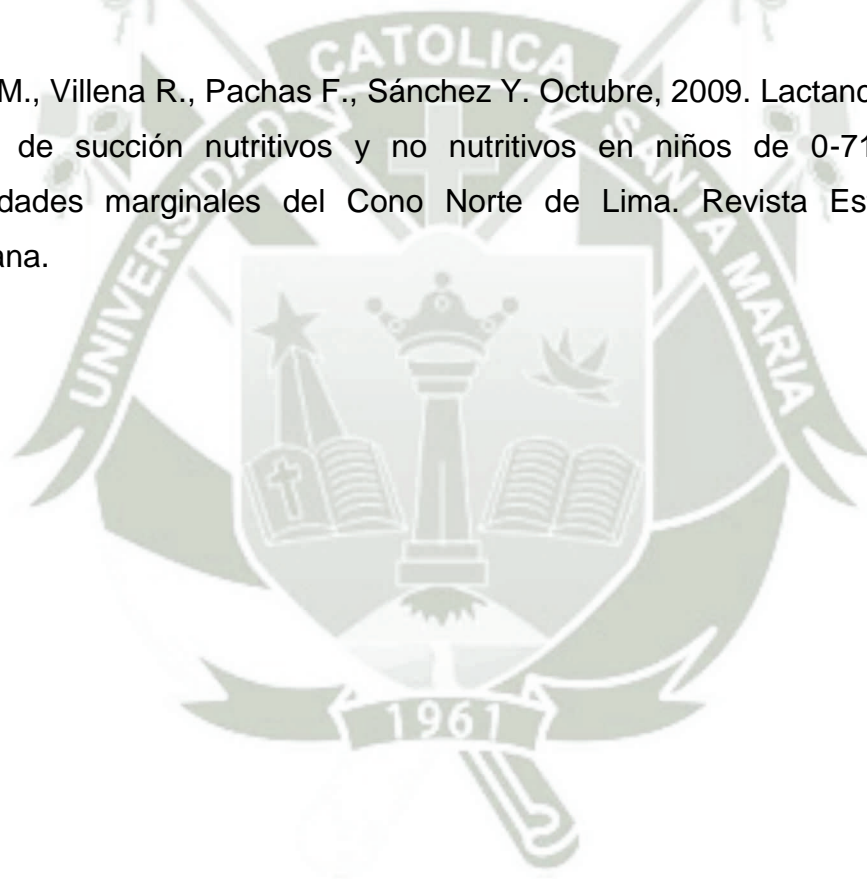


HEMEROGRAFÍA

Lugo C., Toyo I. Marzo, 2011. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

Gonzales M., Guido G., Herrera D., Quiroz O. Noviembre, 2012. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

Loyola M., Villena R., Pachas F., Sánchez Y. Octubre, 2009. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades marginales del Cono Norte de Lima. Revista Estomatológica Herediana.



INFORMATOGRAFIA

<http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539352003.pdf>

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-25/>

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/61252/TrabajoFinGradoAnalsabeIArroyoBTrabajoFi.pdf?sequence=1>

Paiva B. 2017. Relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la Clínica Odontológica ULADECH Católica- Provincia de Trujillo, Región La Libertad, año 2016. Tesis de Pregrado. Recuperado de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2024/HABITOS_PERNICIOSOS_MALOCLUSIONES_PAIVA_TUME_BETSY_SANTITOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sáenz A. 2011. Asociación de Hábitos Orales con maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar. Universidad Autónoma de Nuevo León. Tesis de Maestría. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/2392/1/1080211199.pdf>

Viquez M. 2010. Hábitos de succión digital y deglución atípica. Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Tesis de Segunda Especialidad. Recuperado de http://www.ulacit.ac.cr/files/proyectosestudiantiles/archivos/esp/367_succindigital.pdf

Zapata M. 2013. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones dentarias de 06 a 12 años en el colegio los educadores. Universidad San Martín de Porres. Tesis de Pregrado. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/732/1/zapata_mj.pdf



ANEXO Nº 1

CUESTIONARIO

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA

NOMBRES Y APELLIDOS:

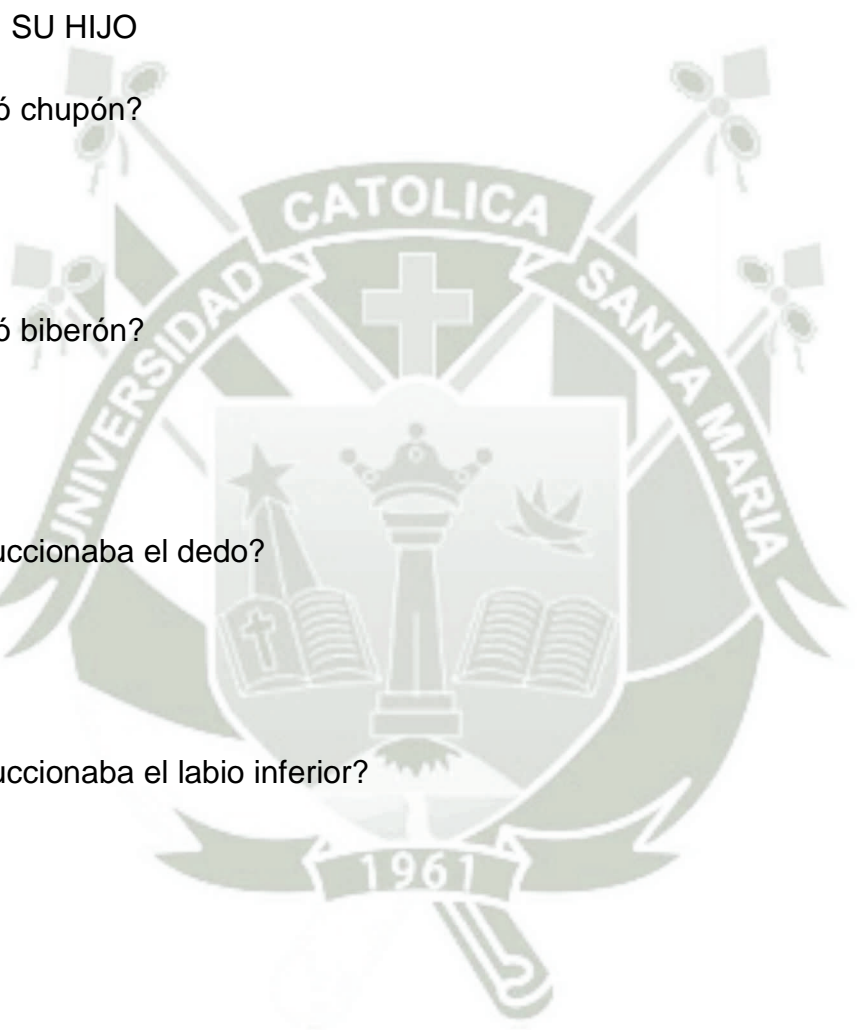
EDAD:

SU HIJO

1. ¿Utilizó chupón?
 - a. Sí
 - b. No

 2. ¿Utilizó biberón?
 - a. Sí
 - b. No

 3. ¿Se succionaba el dedo?
 - a. Sí
 - b. No

 4. ¿Se succionaba el labio inferior?
 - a. Sí
 - b. No
- 

ANEXO Nº 2
FICHA CLÍNICA

NOMBRES Y APELLIDOS:

EXAMEN EXTRAORAL			
A. RELACIÓN MOLAR			
Clase I	Clase II-1	Clase II-2	Clase III
B. OVER BITE			
Normal (0-3mm)	Aumentado (+ 3mm)	Disminuido	
C. OVER JET			
Normal (0-2 mm)	Aumentado (+ 2 mm)	Disminuido	
D. ARCADA SUPERIOR			
Apiñamiento	Normal	Diastemas	
E. ARCADA INFERIOR			
Apiñamiento	Normal	Diastemas	

ANEXO Nº 3
BASE DE DATOS

Nº	VI: Hábitos de succión		VI: Hábitos inadecuados		VD: Maloclusión			
	Succión digital	Succión Labial	Uso de chupón	Uso de biberón	Clase I	Clase II		Clase III
						División 1	División 2	
1	1	0	1	0	0	1	0	0
2	1	1	1	1	0	1	0	0
3	0	1	1	0	1	0	0	0
4	1	1	1	1	0	0	0	1
5	1	1	1	1	0	1	0	0
6	1	1	0	1	0	1	0	0
7	1	1	1	1	0	1	0	0
8	0	1	1	0	0	0	1	0
9	1	1	0	1	0	0	1	0
10	0	1	1	1	1	0	0	0
11	0	1	1	0	1	0	0	0
12	1	0	1	1	0	1	0	0
13	1	0	1	1	0	1	0	0
14	1	0	0	1	1	0	0	0
15	1	1	1	0	0	0	0	1
16	1	1	1	1	1	0	0	0
17	0	1	1	1	0	0	1	0
18	0	1	1	1	0	0	1	0
19	0	1	1	0	0	0	1	0
20	1	1	0	1	0	0	0	1
21	1	1	1	1	0	1	0	0
22	1	0	1	1	0	1	0	0
23	1	0	1	0	1	0	0	0
24	1	1	1	1	0	1	0	0
25	1	1	0	1	0	1	0	0
26	1	1	1	1	1	0	0	0
27	1	1	1	0	1	0	0	0
28	1	1	1	1	0	0	1	0
29	0	1	1	1	1	0	0	0
30	1	1	1	1	0	0	0	1
31	1	0	0	0	0	0	0	1
32	1	0	1	0	1	0	0	0
33	0	0	1	1	1	0	0	0
34	1	1	1	1	0	0	1	0
35	1	0	1	1	0	0	0	1
36	1	1	0	1	1	0	0	0
37	0	1	1	0	1	0	0	0
38	0	1	1	1	0	0	0	1
39	0	1	1	1	0	0	1	0

40	0	1	1	0	0	0	1	0
41	0	1	1	1	0	0	1	0
42	0	0	0	1	0	0	0	1
43	1	0	1	1	0	1	0	0
44	1	1	1	1	0	0	0	1
45	1	1	1	0	1	0	0	0
46	1	0	1	1	1	0	0	0
47	1	1	0	1	0	1	0	0
48	0	1	1	0	0	0	1	0
49	1	1	1	1	0	0	1	0
50	1	0	1	1	0	1	0	0



ANEXO Nº 4

"SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE"	
FECHA:	4-12-2017.
HORA:	10:45
RECIBIDO POR:	[Firma]

SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE

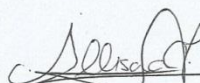
Yo, **ALLISON MARISELA CARAZAS JUÁREZ**, con código No. 2013241942, alumna del X semestre de la Facultad de Odontología, ante su despacho con el debido respeto me presenta y expongo:

Que, teniendo nuestro Proyecto de tesis titulado: **"INFLUENCIA DEL HÁBITO DE SUCCIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 8 Y 9 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN JUAN BAUTISTA DE LA SALLE"** solicito PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN en las instalaciones de su Institución.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Usted acceder a mi petición.

Arequipa, 04 de diciembre del 2017



**ALLISON MARISELA CARAZAS
JUÁREZ**
DNI: 73022797

ANEXO Nº 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento hago constar que se me ha informado sobre el trabajo de investigación titulado "Influencia del hábito de succión en el desarrollo de maloclusiones en niños de 8 y 9 años de la Institución Educativa San Juan Bautista de la Salle, Arequipa 2017" a cargo de la alumna Allison Carazas Juárez del X semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María.

Se me ha explicado, que el propósito del estudio es hallar la influencia del hábito de succión en el desarrollo de maloclusiones en niños de 8 y 9 años; y así expandir el conocimiento sobre las consecuencias del hábito de succión.

Comprendo perfectamente, que el procedimiento tomará algunos minutos y consistirá en un examen clínico de observación, la toma de fotografías (3 intraorales y 3 extraorales) para determinar las características de la maloclusión desarrollada en mi hijo, los cuales serán realizados en la misma Institución Educativa; asimismo estos no comprometen ningún tipo de riesgo para mí o mi hijo, pues se realizarán usando materiales estériles y por personal calificado; y no me ocasionará ningún tipo de gasto. Además responderé un cuestionario de 10 preguntas sobre los hábitos de mi hijo.

Se me ha informado que la participación es voluntaria y que puedo retirar mis datos y los de mi hijo de la investigación cuando yo lo decida. Como beneficio se me dará a conocer los resultados del examen clínico realizado a mi hijo.

La información dada será utilizada con fines científicos, en ningún caso se publicará mi nombre ni el de mi hijo. Cualquier información adicional sobre la investigación puede ser pedida llamando al 986695461.

Después de recibir toda la información necesaria sobre la investigación, acepto que participemos en este estudio, estoy de acuerdo en que sea realizado el examen clínico en mi hijo. Autorizo también que se le tomen las fotografías y que se me envíe el cuestionario a responder; y que los datos obtenidos sean utilizados en la investigación.

Apellidos y nombres:

- Padre: *Eliana E. Mariño Valdivia*
- DNI: *29556289*
- Hijo: *Jairo E. Rosales Mariño*
- DNI: *61135859*



FIRMA

ANEXO Nº 6

ASENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber recibido toda la información necesaria sobre la investigación a realizarse:

Yo Eliana E. Mariño Valdivia
identificado con DNI 29556289, padre y/o apoderado del menor
Jairo E. Rosales Mariño identificado con
DNI 61135859. Autorizo la participación de mi menor hijo en el desarrollo
del proyecto de investigación y estoy conforme con el procedimiento al que será
sometido. Acepto también colaborar respondiendo el cuestionario y que los datos
que proporcione sean utilizados con fines estrictamente investigativos.

ANEXO Nº 7

FOTOGRAFÍAS

Paciente de 8 años, sexo masculino.



Paciente de 8 años, sexo masculino.



Paciente de 9 años, sexo masculino.



Paciente de 9 años, sexo masculino.

