



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIATEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

TESIS

“Hábitos orales nocivos asociados a las Maloclusiones en niños de
6 a 8 años en la I. E. Señor de los Milagros en la ciudad de
Moquegua, 2019”

PRESENTADA POR

Bach. Edith Banesa Mamani Nina

ASESOR

MGR. CD. Mario Alejandro Simauchi Tejada

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

Cirujano – Dentista

MOQUEGUA- PERÚ

2020

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I	5
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.1 Definición del Problema.....	5
1.2 Objetivos de la Investigación	5
1.2.1 Objetivo General:	5
1.2.2 Objetivos Específicos:	5
1.3 Operacionalización de Variables	6
1.4 Hipótesis de la Investigación	7
CAPÍTULO II	8
EL MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	8
2.2 Bases Teóricas	11
2.2.1 HÁBITOS BUCALES.....	11
2.2.2 MALOCLUSION.....	21
2.3 Marco Conceptual	24
CAPÍTULO III	25
MÉTODO	25
3.1 Tipo de Investigación.....	25
3.2 Diseño de Investigación	25
3.3 Población y Muestra	25
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	27
3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	28
CAPÍTULO IV	29
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
4.1 Presentación de Resultados	29
4.2 Contraste de Hipotesis	33

4.3 Discusión de Resultados	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITOS NOCIVOS SEGÚN SEXO Y EDAD.....	29
TABLA N° 2	DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE PATOLOGÍA SEGÚN SEXO Y EDAD.....	31
TABLA N° 3	RELACIÓN ENTE LOS HABITOS ORALES NOCIVOS Y LAS MALOCLUSIONES.....	32

RESUMEN

Los hábitos bucales nocivos son una costumbre o práctica adquirida por repetir continuamente un mismo acto, al comienzo lo hace de manera consciente y después de manera inconsciente, como pueden ser el habla, la respiración nasal y la masticación, considerados como fisiológico o funcionales, existiendo además aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la respiración bucal, deglución atípica y la succión del dedo.

La maloclusión dental es una alineación incorrecta de los dientes superiores e inferiores y el término también puede hacer referencia a que no hay un encaje de forma correcta entre el maxilar superior y la mandíbula, de las estructuras óseas. Esto hace que no haya una función ideal del aparato masticatorio.

El propósito del presente estudio es asociar los hábitos bucales nocivos con la maloclusión en niños de 6 a 8 años de la I.E “Señor de los Milagros”. Es un estudio observacional, prospectivo de corte transversal, analítico, que responde a un diseño de casos y controles. La técnica de recolección de datos que se aplicó a la variable independiente es la encuesta, que fue dada mediante la observación directa y para la variable dependiente fue un examen clínico bucal de los niños, mediante la observación directa, los datos se registraron en una ficha de recolección de datos. La población del estudio estuvo integrada por estudiantes de 6 a 8 años de la I.E. Señor de los Milagros matriculados durante el año 2019, siendo un total de 200 alumnos. Para el análisis de la información se realizó una estadística descriptiva e inferencial para el contraste de hipótesis. Se hizo una asociación bivariada y se encontró que los hábitos bucales nocivos están asociados de manera significativa con la maloclusión. Al comparar ambas frecuencias relativas mediante la prueba estadística χ^2 de Homogeneidad obtenemos un valor de $p: 0,000225$ que es significativo por ser menor a $0,05$.

Palabras Claves: Hábitos bucales, nocivos y Maloclusión.

ABSTRACT

The harmful oral habits are a custom or practice acquired by the frequent repetition of the same act, initially it is done consciously and then unconsciously, such as nasal breathing, chewing, speech and swallowing, considered physiological or functional, there are also those also non-physiological among which we have finger sucking, mouth breathing and atypical swallowing.

Dental malocclusion is an incorrect alignment of the upper and lower teeth and the term can also refer to the fact that there is no correct fit between the upper jaw and the jaw of the bone structures. This means that there is no ideal function of the chewing apparatus.

The purpose of this study is to associate harmful oral habits with malocclusion in children 6 to 8 years of the I.E "Lord of Miracles." It is an observational, prospective, cross-sectional, analytical study. The data collection technique that was applied for the independent variable is the survey, which was given through direct observation and for the dependent variable was a clinical oral examination of children, through direct observation, the data were recorded in a file of data collection. The study population was made up of students from 6 to 8 years of the I.E. Señor de los Milagros enrolled during the year 2019, being a total of 200 students. For the analysis of the information a descriptive and inferential statistic was made for the hypothesis contrast. A bivariate association was made and it was found that harmful oral habits are significantly associated with malocclusion. By comparing both relative frequencies using the Chi² Homogeneity statistical test, we obtain a value of $p: 0.000225$ which is significant because it is less than 0.05.

Keywords: Harmful mouth habits and malocclusion

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales nocivos son uno de los problemas más frecuentes en la niñez, la cual pueden afectar el normal desarrollo orofacial, generando deformaciones dentoestructurales. Los malos hábitos afectan psicológicamente a muchos niños, en la estética y la desarmonía de sus dientes en el momento de sonreír, por miedo de que sus compañeros se burlen y así algunos evitan sonreír.

La maloclusión es un mal alineamiento de los dientes o a la manera en que los dientes superiores e inferiores ajustan entre sí y consecuente en la limitación de algunas funciones como son el habla, la deglución y la masticación, generando inclusive disfunciones temporomandibulares y asimismo afecta a la estética facial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones son una de las enfermedades más frecuentes que ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de la patología en salud bucodental (1). Se hicieron estudios epidemiológicos de maloclusiones a partir del año 1954 sobre todo en la capital, existiendo unos estudios en las regiones de costa, sierra y selva, con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente. Siendo esta última región la que menos datos reportados presenta. En la actualidad en el Perú tienen una prevalencia de 70% (2).

La presente investigación; “Hábitos Orales Nocivos Asociados a las Maloclusiones en niños de 6 a 8 años en la I.E. “Señor de los Milagros” en la Ciudad de Moquegua en el año 2019”, se estudió porque los hábitos orales parafuncionales son considerados uno de los primeros factores etiológicos que influyen y causan las diferentes alteraciones estructurales dentomaxilofaciales y Maloclusiones, logrando cambiar y afectar el crecimiento normal del sistema estomatognático y pues tiene una progresión apresurada en la edad infantil si el hábito oral se inicia a desarrollarse en una edad temprana, mayor será el daño y esto dependerá fundamentalmente por la frecuencia, duración e intensidad beneficiándose la población considerando una relevancia social.

Los resultados del estudio ayudarán a beneficiar a la población de Moquegua en temas relevantes a prevención, promoción e interceptación de hábitos

parafuncionales y Maloclusiones en dentición temporal y permanente, ya que muchos padres de familia desconocen, que el hecho de que sus hijos realicen hábitos como chuparse el dedo, succión del labio, onicofagia y respirador bucal son los que probablemente ocasionan las maloclusiones dentarias considerada una relevancia práctica. En cuanto a la originalidad el presente estudio presenta una originalidad parcial, ya que en nuestra región no se registra estudios similares. Al realizar el examen en toda mi población de estudio según criterios de elegibilidad no se encontró los 45 pacientes sin maloclusión que señala el cálculo del tamaño de la muestra, por eso se tomo 30 con maloclusión y 30 sin maloclusión.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Definición del Problema

¿Existe asociación entre hábitos orales nocivos y las maloclusiones en niños de 6 a 8 años en la I.E. “Señor de los Milagros” en la ciudad de Moquegua en el año 2019?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General:

- Asociar los hábitos orales nocivos a las maloclusiones en niños de 6 a 8 años en la I.E. “Señor de los Milagros” en la ciudad de Moquegua en el año 2019.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Determinar los hábitos orales nocivos según edad y sexo en niños de 6 a 8 años en la I.E. “Señor de los Milagros” en la ciudad de Moquegua en el año 2019.
- Determinar el tipo de patología maloclusiva según edad y sexo en niños de 6 a 8 años en la I.E. “Señor de los Milagros” en la ciudad de Moquegua en el año 2019.

1.3 Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR ESPERADO: UNID MEDIDA/ CATEGÓRICA	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Hábitos Orales	Identificación del mal Hábito	<ul style="list-style-type: none"> • Succión digital • Succión labial • Respirador bucal • Onicofagia 	Nominal	Categórica
Maloclusión	Tipo de patología maloclusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Apiñamiento • Giroversión • Diastema • Mordida profunda • Mordida abierta anterior 	Ordinal	Categórica
Edad	Tiempo transcurridos a partir de su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • 6 años a 6 años y 11 meses • 7 años a 7 años y 11 meses • 8 años a 8 años y 11 meses 	Razón	Numérica
Sexo	Características sexuales secundarias	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal	Categórica

Fuente: Elaboración Propia

1.4 Hipótesis de la Investigación

Dado que los hábitos orales perniciosos interrumpen las funciones normales y el equilibrio estomatognático por lo que es probable que existe asociación entre hábitos orales nocivos y las maloclusiones en niños de 6 a 8 años en la I.E. “Señor de los Milagros” en la ciudad de Moquegua en el año 2019.

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

1.- Garrido Villavicencio, Pamela Carolina Garrido; “Influencia de los Malos Hábitos Orales en la Oclusión de niños de 5 a 10 años Ecuador -Quito- 2016” tuvo como objetivo determinar la relación de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años, la muestra estaba integrada de 41 niños, 21 con presencia de malos hábitos orales y 20 con ausencia de hábitos. Se encontró que la succión digital se relaciona a la maloclusión Clase II en un 75 %, la onicofagia tiene alta relación a la maloclusión clase I en un 50% y los respiradores bucales tiene mayor relación a la maloclusión clase III en un 40%.Y finalmente se concluyó que existe relación entre los malos hábitos orales y a las Maloclusiones que se desarrolla en niños a temprana edad (3).

2.- Chipana Ccorahua, Carla Liliana; “Hábito de Succión no Nutritiva en Relación a las Maloclusiones en niños de 3 a 5 años de la I.E.I N° 418 Señor de los Milagros, Perú-Tacna 2016”, tuvo como objetivo determinar la relación entre hábitos de succión no nutritiva y las Maloclusiones en niños de 3 a 5 años, la muestra estaba integrada de 62 niños y niñas con dentición temporal completa. Se encontró la frecuencia de hábitos de succión no nutritiva fue el 24,2% y el tipo más frecuente era la succión digital en un 12.9% y la frecuencia de Maloclusiones fue del 66,1%.Y finalmente se concluye que si existe relación significativo entre

hábitos de succión no nutritiva y las Maloclusiones en niños de 3 a 5 años, con un p valor= 0,011 (4).

3.- Zapata Dávalos Mónica; Lavado Torres Ana, Anchelia Ramírez Shilla; “Hábitos Bucales y su Relación con Maloclusiones Dentarias en niños de 6 a 12 años, Lima - 2014 “, tuvo como objetivo relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con Maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa “Los Educadores” correspondió a un estudio descriptivo, prospectivo, y transversal. La muestra estuvo integrada de 154 niños de 6 a 12 años situado en el distrito de san Luis, lima. Se encontró una relación significativa de succión digital ($p < 0,001$) con la mordida abierta anterior y la deglución atípica ($p = 0,002$) .Finalmente se comprobó que si existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la Maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior (5).

4.- Accardi Barrientos Karla; “Prevalencia de Malos Hábitos Orales y su Asociación con Anomalías Dentomaxilares en niños de 3 a 6 años, Chile - Dalcahue - 2016”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de malos hábitos orales y su asociación con anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años, el estudio estuvo integrada de 89 niños de 3 a 6 años. Se halló que la prevalencia fue del 78.3% de los malos hábitos orales, la respiración bucal era de mayor frecuencia con un 48.3%,seguida por la onicofagia con un 36%,la interposición lingual con un 30.3 %,la succión de mamadera y la succión digital con un 24.7% cada uno, interposición otro objeto con un 5.6% y luego la succión de chupete con un 3.3%.Y finalmente se concluyó una mayor prevalencia de malos hábitos orales en niños de 3 a 6 años, siendo que el mal hábito oral más frecuente fue el respirador bucal (6).

5.- Mallqui Benigno Joselyn Gladys; “Hábitos Orales no Fisiológicos y Maloclusiones Verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I.E.P. Perú - Lima- 2017”, tuvo como objetivo determinar la relación entre los hábitos orales no fisiológicos con las Maloclusiones verticales.

Correspondió a un estudio observacional, descriptivo y transversal; el estudio estaba conformada por 147 niños. Se encontró que los hábitos orales no fisiológicos con más prevalencia era el hábito de la deglución atípica con opresión de la lengua con un 23.8%, seguido por la opresión del labio inferior y succión labial con un 17%. Las Maloclusiones verticales es el más sobresaliente en relación con la mordida profunda en un 29.3 %, seguido en un 12.2% por la mordida abierta anterior. La mordida abierta se relaciona con el hábito de la succión ($p= 0.005$), deglución atípica ($p= 0,0001$) y la respiración bucal ($p= 0,0001$). Se halló diferencia estadísticamente significativo entre la mordida profunda con la deglución atípica ($p=0.02$).Y finalmente se concluyó que si existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y la presencia de Maloclusiones verticales (7).

6.- Laurente Benavides Estefany del Carmen; “Influencia de los Hábitos Orales Parafuncionales en las Maloclusiones Dentarias en Adolescentes de 12 a 14 años de la Institución Educativa fe y alegría n°30, Perú - Chincha, - 2015”, tuvo como objetivo Relacionar la influencia de los hábitos orales parafuncionales con Maloclusiones dentarias en adolescentes de 12 a 14 años de la I.E. Fe y Alegría N° 30. Correspondio a un estudio descriptivo-correlacional ,la muestra estaba integrada por 154 adolescentes de 12 a 14 años con criterios de inclusión y exclusión. Se encontró que la maloclusión que prevalece es la clase I con 68%, seguido por la clase II con 24%, seguido después por la clase II división 1 con 5%, luego la clase II división 2 con 2% y la clase III con 1%.Y finalmente se concluyó que existe relación entre los hábitos orales y la presencia de Maloclusiones dentarias en la I.E. Fe y Alegría N°30 (8).

7.- Mendoza Oropeza Laura, Meléndez Ocampo Arcelia F, Ortiz Sánchez Ricardo, Fernández López Antonio; “Prevalencia de las Maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicano, México - Clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM - 2014”.Se determinó la prevalencia de las Maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población infantil de 2 a 15 años que solicitaron atención dental en la

clínica periférica Venustiano Carranza de la UNAM. Corresponde a un estudio de tipo transversal y la muestra estaba integrada por 147 niños. Se halló asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta ($p < 0.000$), respiración bucal con mordida cruzada posterior ($p < 0.012$) y la clase II de Angle ($p < 0.008$).Y finalmente se concluyó que la población infantil presenta un alto prejuicio de desarrollar Maloclusiones durante el crecimiento, en la cual se debe tomar medidas preventivas durante esta etapa (9).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 HÁBITOS BUCALES

Es la práctica adquirida por repetir continuamente un idéntico acto, que en un inicio lo hace de manera consciente y después de manera inconsciente (10).

2.2.1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS.

a) Hábitos fisiológicos: Son aquellos hábitos con los que nace el ser humano (3). Dentro de estos hábitos son considerados la masticación, el habla, la respiración nasal y la deglución. (10).

b) Hábitos no fisiológicos:

Son aquellos en la cual el niño ha adquirido un mal hábito. Dentro de estos son considerados la respiración bucal, succión digital, onicofagia, deglución infantil ,succión labial, y la interposición lingual en reposo(10), (3).

2.2.1.2 HÁBITOS ORALES

Los hábitos orales son actitudes parafuncionales que llegan a ser normales hasta un determinado tiempo de vida, pero si son constantes en el tiempo puede producir alteraciones fisiológicas y morfológicas; asimismo puede alterar el desarrollo social y psicológico (11).

Son los primeros factores etiológicos que causan las Maloclusiones, que puede afectar el crecimiento normal del sistema estomatognático.

La cual sobrelleva al final a una alteración ósea que va tener menor o mayor consecuencia como en la edad en que se inicie el hábito; en cuanto menor es la edad, mayor está el daño, ya que el hueso tiene más capacidad de formarse (10). Y así ocasionando mordida abierta anterior, mordida abierta posterior, protrusiones dentoalveolares y en las alteraciones en la erupción de uno o varios dientes (11).

A) CLASIFICACIÓN SEGÚN LA ETIOLOGÍA DE HÁBITOS

- **Instintivos:** El hábito de succión en un inicio es funcional, pero puede ser perjudicial por la permanencia en el tiempo.
- **Placenteros:** Son considerados el chupón y la succión digital.
- **Defensivos:** Son aquellos que tienen rinitis alérgica, asma, etc., la cual la respiración bucal se vuelve un hábito defensivo.
- **Adquiridos:** Se encuentra el hábito de fonación nasal y vemos en pacientes con labio y paladar hendido (10).
- **Imitativos:** Son conductas que lo hacen con el objetivo de asemejarse a uno que admiran; tanto muecas y gestos (3).

B) FACTORES QUE MODIFICA LA ACCIÓN DE UN HÁBITO.

❖ **Duración:** Se clasifica en:

- **Infantil (hasta 2 años):** Forma parte del patrón normal de la conducta del infante.
- **Preescolar (2 a 5 años):** Cuando la succión es casual, no posee efecto nocivo sobre la dentición. Pero si es continuamente o permanente, puede causar malposiciones dentarias.
- **Escolar (6 a 12 años):** Puede causar malformaciones dentoesqueletales y malposiciones dentarias.

❖ **Frecuencia:** Cuando a cualquier momento del día succiona y algunos únicamente por la noche.

❖ **Intensidad:**

- **Poca intensa:** Cuando la inclusión del dedo es pasiva.
- **Intensa:** Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

- ❖ **Edad:** Si el hábito se inició en una edad temprana, mayor será daño, porque el hueso en la edad temprana se está formando y es más flexible (4).

2.2.1.3 TIPOS DE LOS MALOS HÁBITOS

2.2.1.3.1 HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL:

El hábito de succión digital se define como succión o chupón de uno o varios dedos de la mano (7).

El hábito de succión se inicia en la vida embrionaria en la 29 semana de gestación, al inicio es normal en la vida de los neonatos y en los primeros meses (12).

Es el comportamiento innato que se convierte en un hábito, se considera cuando el niño está ansioso, si el niño está aburrido es cuando permanece la succión digital (4).

La succión digital es normal hasta los 3 años de edad, en el momento de la erupción de los dientes deciduos; se sustituye sucesivamente por la masticación, por eso se considera un mal hábito cuando persiste y ya cuando los dientes deciduos ya están en la boca (10).

SUCCION DIGITAL



Figura: 1



Figura: 2

Etiología de la succión digital:

El agente etiológico de la succión digital es la lactancia artificial ya que no solicita esfuerzo físico. El hábito puede ser el resultado de

frustraciones psicológicas en los alumnos y regularmente se da por falta de amamantamiento (10), (12). Los niños se refugian en la succión para escaparse del mundo real ya que le parece muy cruel. La succión de uno o más dedos de la mano se muestra en la ocasión de aburrimiento, depresión ya que produce calma e incita al sueño. Pero el estrés es un fuerte incentivo para el desarrollo del hábito de succión del dedo (10).

Tipos de hábitos de succión digital:

- **Succión de pulgar:** Es introducir el dedo pulgar adentro de la cavidad bucal (4).
- **Succión de otros dedos:** Es introducir distintos dedos al anterior ya nombrado en la cavidad bucal. Así como el dedo índice, medio, anular y varios dedos (4).

El hábito de succión digital puede generar problemas:

- Habla.
- Contribuir al desarrollo de respiración bucal.
- Posición baja de la lengua.
- Ronquido.
- Apnea del sueño e incisivos protruidos.

Efectos bucales del hábito de succión digital:

- Vestibularización de los dientes anterosuperiores.
- Mordida abierta anterior
- Protrusión dentaria superior.
- Protrusión alveolar superior.
- Presencia de diastemas en el segmento anterosuperior.
- Mordida cruzada posterior.
- Lingualización de los incisivos inferiores por la colocación del dedo sobre la mandíbula.
- Excesiva sobremordida horizontal.
- Deformación de los dedos (callosidad) y paroniquia.
- Perfil convexo de tejidos blandos.
- Incompetencia labial.

- Retrognatismo mandibular (10).

Los niños que poseen hábitos bucales están vinculadas al estado emocional y lo realizan en ocasiones de ansiedad y angustia.

La decisión de interferir con un hábito de succión no nutritiva en la dentición primaria se debe basar en los factores siguientes:

- Si el hábito digital se vincula a la maloclusión clase II en desarrollo, por lo general la maloclusión esquelética empeora si continua el hábito.
- Si el niño está teniendo una maloclusión clase III o es prognático, se considera que los hábitos digitales son menos perniciosos y hasta pueden ser convenientes para el desarrollo dental.
- Si el hábito digital está vinculado a la mordida abierta anterior secundaria, por lo general no necesitan ser tratadas porque hay una corrección espontánea una vez que abandone el hábito, sobre todo si esto acaba antes de los 3 años de edad (10).

2.2.1.3.2 HÁBITO DE INTERPOSICIÓN O SUCCIÓN LABIAL.

La succión del labio o queilofagia es el hábito de mordisquearse los labios y las mejillas. Los pacientes presentan por lo general un marcado overjet. (13).

La presencia más frecuente de succión de labios es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores; también se ha observado hábitos de mordisqueo en el labio superior. La succión y mordedura de labios pueden realizar que permanezca una maloclusión, si el niño permanece realizándolo con bastante duración, frecuencia e intensidad (4).

Etiología secundaria de la succión del labio:

- Hábito de interposición lingual.
- Hábito de succión digital.

Efectos bucofaciales de la interposición labial

- Protrusión dentoalveolar superior.
- Labio superior hipotónico.
- Retro inclinación de los incisivos inferiores.
- Labio inferior hipertónico.
- Mordida profunda.
- La presión excesiva del labio inferior que imposibilita el adecuado crecimiento de la arcada dentaria inferior.
- Incompetencia labial.
- Los incisivos antero inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- Hipertrofia del musculo mentoniano.
- Retrognatismo mandibular (14).

2.2.1.3.3 RESPIRADOR BUCAL

La respiración bucal es la inhalación y exhalación de aire, por la boca, que se observa generalmente el taponamiento y congestión de los pasajes nasales (15).

La respiración bucal además puede permanecer incluso luego de haber realizado el tratamiento adecuado para suprimir la obstrucción nasofaríngea que le ha producido y las vías aéreas superiores se hallen permeables, entonces la persona respira por la boca por hábito (15).

La respiración nasal es aquel aire que entra por la nariz espontáneamente y origina el cierre simultaneo de la cavidad bucal y de esta manera se forma una tensión incorrecta entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiracion (10).

El respirador bucal se aprende luego del nacimiento, cuando el niño presenta una gripe se cierra el ingreso de aire por vía nasal y su función nasal está limitada y el niño descubrió que puede respirar por la boca (3).

La respiración que se realice por la boca, acoge la lengua una posición descendente para aceptar el ingreso de aire. La respiración oral está

vinculado con pacientes que tienen el hábito de interposición lingual y labio (10).

Todo paciente respirador bucal tiene algún grado de alteración en la oclusión y en el crecimiento del complejo craneofacial, aunque no se encuentra asociado a un tipo de maloclusión en específico, pero puede alterar la morfología dentofacial y tener efecto negativo en el desarrollo cognoscitivo y psicosocial (10).

Etiología: El agente etiológico del respirador oral puede catalogarse en dos tipos:

❖ **Obstrucción funcional o anatómica:** Puede darse por:

- Tabique desviado.
- Presencia de adenoides hipertróficas.
- Cornetes hipertróficos.
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias.

❖ **Hábitos bucales:** Está vinculada en pacientes que tienen el hábito interposición lingual y labio (10).

- Presencia de adenoides hipertróficas.
- Cornetes hipertróficos.
- Tabique desviado.
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias (14).

Efectos esqueléticos de un respirador bucal:

- Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.
- Apiñamiento.
- Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.
- Retrognatismo mandibular.
- Presencia de hábitos secundarios (deglución atípica, succión lingual).
- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Palatoversión de dientes posterosuperiores.
- Lingoversión de incisivos inferiores (10).

2.2.1.3.4 ONICOFAGIA.

La onicofagia es el hábito de comerse las uñas con los dientes (12). Se presenta generalmente en niños sobre todo en edad escolar, infancia y adolescencia. Asimismo, puede encontrarse en los adultos(as) pero en menor porcentaje (10).

Según Moyers confirma que la malposición dentaria es una causa del mordisco de las uñas (16), Quirós concluye “el individuo que posee el hábito más o menos constantemente y muerde en un mismo lugar de tal manera que causa Maloclusiones” (16).

Etiología: Puede darse por:

- Nerviosismo frecuente de los niños.
- Inquietud.
- Incertidumbre (17).

Efectos de la onicofagia:

- Alteraciones en la estética facial de los dientes (10).
- Desgaste en el sector anterosuperior de los incisivos centrales superiores.
- Mordida cruzada anterior unilateral.
- Afección localizada del tejido periodontal.
- Puede generar desviación de uno o más dientes.
- Puede producir heridas en dedos y labios (12).

2.2.1.4 PREVENCIÓN DE HÁBITOS ORALES.

La prevención es mantener el desarrollo en un estado normal. Asimismo, evitamos alteraciones en la integridad del diente y la oclusión, educando y poniendo en práctica el conjunto de conocimientos actitudes y medidas en lo posible de la manera más temprana.

Es muy importante, que el profesional de la salud de odontología debe trabajar primeramente en hacer una correcta prevención, promoción, diagnóstico e intervenir de manera temprana en los trastornos que

puede alterar el desarrollo del sistema estomatognático y de esta forma evadir la presencia de las Maloclusiones.

La prevención involucra la verificación de los hábitos que son considerados perniciosos hacia el desarrollo del sistema estomatognático.

Es preciso un trabajo en conjunto para llevar a cabo a una solución a los problemas de hábitos orales, en la cual deben comprender a profesionales de la salud como: odontólogo, psicólogo, otorrinolaringólogo, pediatra e individuos que se hallan muy cercanos al ambiente del niño como: padres y profesores.

La participación de los pediatras es esencial, porque son los primeros quienes van a intervenir en la salud de los niños. El trabajo en equipo con el pediatra se puede descubrir los malos hábitos orales en sus inicios y educar y explicar a los padres de familia acerca de la importancia; pero si es eliminado a tiempo y en tanto más rápido el mal hábito, por lo tanto menor será el daño que estos ocasionen (3).

2.2.1.5 TRATAMIENTO DE LOS HÁBITOS ORALES.

2.2.1.5.1 Tratamiento de Succión Digital.

- El tratamiento de la succión digital, es la instalación de una placa de Hawley con rejilla palatina que imposibilitará el toque del dedo con el paladar, el niño pierde la satisfacción de succionar y así eliminará el mal hábito (10).
- Al niño se debe explicar con palabras conforme a su edad del daño que ocasionaría si permanece el hábito y convencer de abandonar o por lo menos a reducir la frecuencia (13).
- Aparatología fija o removible (13).
- Terapia miofuncional (13).

2.2.1.5.2 Tratamiento del hábito de interposición o Succión Labial.

El tratamiento de la Succión labial es el uso de Lip Bumper; este dispositivo va influir adecuadamente al crecimiento de la arcada inferior,

porque al alejar el labio de los dientes antero inferiores, se ocasiona un crecimiento espontáneo de la arcada inferior (14).

2.2.1.5.3 Tratamiento de Respirador Bucal.

El tratamiento del respirador bucal necesita de un grupo multidisciplinario:

- Derivación con el otorrinolaringólogo y alergólogo para manejar las dificultades de bronquitis, asma, rinitis alérgica, etc.
- Derivación con el fonoaudiólogo para educar a respirar adecuadamente y manejar las dificultades del habla.
- Derivación con el ortopedista, para rectificar el colapso del maxilar con un aparato de disyunción. Cuando el niño tenga libremente las vías aéreas, utilizara un Trainer o pantalla vestibular.
- Derivación con el Ortodoncista para rectificar la malposición dental (10).

2.2.1.5.4 Tratamiento de Onicofagia.

El tratamiento de este problema se debe enfrentar con un tratamiento multidisciplinario por medio de la combinación de procedimientos odontológicos, psicológicos, y pediátricos (17).

Pedir al niño de que muerda el mordedor de goma, en todo momento que tenga ganas de morder las uñas (14).

El método utilizado para eliminar el hábito de la onicofagia es utilizando el benzoato denatorium el cual es completamente seguro, incluso cuando la aplicación es diaria es una sustancia no toxica con sabor desagradable colocadas sobre las uñas y de esta manera se ayuda a erradicar el hábito de la onicofagia (10).

2.2.2 MALOCLUSION

2.2.2.1 CONCEPTO

Una maloclusión se define como al mal alineamiento de los dientes o a la manera anormal en que la arcada superior ajusta con la inferior (18).

La maloclusión es una desviación de la oclusión normal. La maloclusión consigue ocasionar alteraciones en la función; como en el habla, masticación, y en la estética dentofacial (3).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las Maloclusiones ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más constantes y se les considera como problemas de salud (9).

2.2.2.2 ETIOLOGIA DE MALOCLUSIONES

Los agentes etiológicos de las Maloclusiones, poseen un origen multifactorial e influye a factores genéticos y ambientales, a veces es dificultoso determinar el origen real.

Según Graber, el factor etiológico de las Maloclusiones lo divide en:

- **Factores intrínsecos o locales:** Logran ser reconocidos e interceptados por el odontólogo. Las causas intrínsecas más significativas de maloclusión se encuentra la presencia de hábitos parafuncionales de larga permanencia, asimismo consigue afectar la función y proporción normal de los maxilares y dientes.
- **Factores extrínsecos o generales:** Incumben a factores genéticos o sistémicos (19).

2.2.2.3 TIPOS DE MALOCLUSIONES

Clasificación de Angle:

Angle, en el año 1899, publicó un artículo en donde clasifica las Maloclusiones; considerando que la posición del primer molar permanente superior era estable y fijo de la estructura craneofacial y que las desarmonías eran resultados de alteración anteroposteriores de la arcada inferior en relación a él.

Dividió las Maloclusiones en tres categorías nombradas en números romanos: I, II y III.

Maloclusión clase I.

Es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior cae en el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior (20).

Maloclusión clase II

Es cuando el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se halla distalmente con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior (20).Y así continuamente los otros dientes ocluyen anormalmente y serán forzados a una posición de oclusión distal; ocasionando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la arcada inferior (21).

Maloclusión clase III.

Es cuando el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se halla mesializado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Los incisivos inferiores se hallan por delante de los superiores, generalmente y tapando parcial o totalmente los superiores (20).

2.2.2.4 CAUSAS GENERALES DE LAS CLASES DE MALOCLUSION

CLASE I: Genética, dientes supernumerarios, tamaño dental , dieta blanda y alteraciones de forma (3) .

CLASE II: Genética, hábitos, succión digital, dieta blanda y respirador oral(3).

CLASE III: Genética, Macroglosia, contacto prematuro de caninos temporales, adenoides y frenillo lingual corto (3).

2.2.2.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS MALOCLUSIONES

❖ Características de la Maloclusión clase I.

Las características principales de las Maloclusiones de la clase I es normalmente.

- Apiñamiento.
- Diastema.
- Mordida abierta y protrusiones dentarias.
- Malposiciones dentarias individuales.
- Mordida profunda mordida cruzadas (20).

❖ Características de la Maloclusión clase II.

Maloclusión clase II-División 1

Se pueden observar características:

- Mordida profunda.
- Problemas de espacio.
- Mordida abierta.
- Mordidas cruzadas posteriores.
- Malposiciones individuales de dientes.
- La arcada superior generalmente es estrecha no existe cierre labial y pertenecen generalmente a esta división los respiradores bucales. Cabe mencionar que cuando se presenta relación molar de clase II solo en un lado, se denomina maloclusión clase II división 1 subdivisión derecha o izquierda dependiendo de donde se observa la relación molar de clase II (20).

Maloclusión clase II-División 2

- Se puede observar características:
- Incisiones centrales superiores palatinizados y lateral vestibularizados.
- Mordida profunda.
- Perfil recto y son por lo general braquifaciales (20).

❖ Características de la Maloclusión clase III.

- Un perfil cóncavo.
- Incisivos superiores retroinclinados e incisivos inferiores proinclinados.
- Musculatura esta desequilibrada (14).

2.3 Marco Conceptual

- **Hábito:** Es la práctica adquirida por repetir frecuentemente un idéntico acto que al inicio lo hace de manera consciente y después de manera inconsciente (14).
- **Maloclusión:** Es la desviación de la oclusión normal o la forma anormal en que la arcada superior ajusta con la inferior (3). (18).
- **Onicofagia:** Es el hábito de comerse las uñas habitualmente de los dedos de la mano con los dientes (13).
- **Respirador bucal:** Es la inhalación y exhalación de aire, por la boca, en lugar de hacerlo por la nariz (13), (15).
- **Succión digital:** Es la succión de uno o más dedos de la mano (7).
- **Succión de labio:** Es el hábito de mordisquearse los labios y las mejillas (11).

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

Corresponde a un estudio observacional, prospectivo de corte transversal, analítico.

3.2 Diseño de Investigación

Diseño de Casos y Controles en el nivel relacional.

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población:

La población del estudio estuvo integrada por estudiantes de 6 a 8 años de la I.E. Señor de los Milagros matriculados durante el año 2019, siendo un total de 200 alumnos.

3.3.2 Muestra:

Para poder determinar el tamaño de la muestra; se aplicó la siguiente fórmula para comparar grupos, por lo cual se asumirá los siguientes supuestos.

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = (tamaño de la muestra)

$z_{1-\alpha/2} = 1.96$ (95% nivel de confianza)

$p = 0.54$ (prevalencia de la enfermedad)

$z_{1-\beta} = 0.84$ (potencia de prueba)

$p_1 = 0.69$ (prevalencia en el primer grupo)

$p_2 = 0.40$ (prevalencia en el segundo grupo)

Donde:

$$n = \frac{\left[1.96 * \sqrt{2(0.54)(1-0.54)} + 0.84 * \sqrt{0.69(1-0.69) + 0.40(1-0.40)} \right]^2}{(0.69 - 0.40)^2}$$

$$n = 45.09 = 45$$

Por lo tanto, se calculó el tamaño de la muestra la cual se obtuvo usando una fórmula para comparar proporciones en dos grupos y estará conformada por 45 pacientes con maloclusiones y 45 pacientes sin maloclusiones.

Sin embargo, no se encontró la muestra requerida de los 200 alumnos al (100%), solo se encontró 30 pacientes sin maloclusión y 79 pacientes con maloclusión, por criterio de elegibilidad se seleccionó aleatoriamente una muestra de 30 pacientes con maloclusión.

3.3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a. Criterios de inclusión

- Alumnos que presentaron un mal hábito oral en la dentición mixta.
- Alumnos cuyos padres de familia si entregaron la encuesta y tienen malos hábitos orales.
- Alumnos cuyos padres si autorizaron y aceptaron mediante el consentimiento informado.
- Alumnos matriculados en nivel primaria de la I.E. Señor de los Milagros.

b. Criterios de exclusión

- Alumnos que tienen tratamiento de ortodoncia.
- Alumnos que presenten el primer molar permanente en erupción o gran pérdida de la estructura por la caries dental.
- Alumnos que presentan dentición definitiva.
- Alumnos con capacidades especiales.
- Alumnos de 6 a 8 años de edad que no presentaron hábitos, esto se examinara según la encuesta de los padres.
- Alumnos que presentan algún tipo de malformación congénita.
- Alumnos cuyos padres tengan maloclusión considerar factor genético.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica

La técnica de recolección de datos que se utilizó para la variable independiente será la encuesta, mediante la observación directa y es dirigida a los padres de familia de los niños en la investigación; con el fin recoger información sobre los malos hábitos orales que están presentes en la actualidad.

La técnica de recolección de datos que se utilizó para la variable dependiente será un examen clínico bucal de los niños, mediante la observación directa con el fin de recoger información sobre la presencia de las Maloclusiones; los datos se registraron en una ficha de recolección de datos.

Instrumento

Como instrumento se utilizó para la variable independiente una encuesta de hábitos orales que fue empleado en una tesis “Relación entre planos Terminales y Hábitos Orales en niños de tres a cinco años de la I.E.I.P Nuestra Señora de la paz del Distrito de Olmos -Lambayeque 2017”, la cual fue validado, por la Universidad Alas Peruanas.

Como instrumento se utilizó para la variable dependiente la ficha de recolección de datos que fue empleado en una tesis Asociación entre Maloclusiones dentales con problemas de actitud postural - columna vertebral en niños y adolescentes de 8 a 13 años en el año 2017.

3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Luego de recoger los datos se ingresaron a una hoja de cálculo Excel, y los pasamos a un programa estadístico para ciencias sociales SPSS v.22. Primero se realizó una estadística descriptiva la cual nos permitió conocer las características de nuestra población estudiada. Para realizar nuestras asociaciones según los hábitos bucales nocivos y las maloclusiones se realizó una estadística inferencial y la prueba estadística utilizada fue el Chi2 de Independencia, se trabajó con un margen de error menor al 5%.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS HÁBITOS NOCIVOS SEGÚN SEXO Y EDAD

Hábitos Nocivos	Sin Hábitos	Succión Digital	Succión Labial	Respirador Bucal	Onicofagia	Total
Género	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Masculino	15 (44,12)	1 (2,94)	12 (35,29)	0 (0,0)	6 (17,65)	34 (100,00)
Femenino	9 (34,62)	3 (11,54)	6 (23,08)	2 (7,69)	6 (23,08)	26 (100,00)
Edad						
Seis	1 (25,00)	1 (25,00)	2 (50,00)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100,00)
Siete	4 (40,00)	1 (10,00)	3 (30,00)	1 (10,00)	1 (10,00)	10 (100,00)
Ocho	19 (41,30)	2 (4,35)	13 (28,26)	1 (2,17)	11 (23,91)	46 (100,00)
TOTAL	24 (40,00)	4 (6,67)	18 (30,00)	2 (3,33)	12 (20,00)	60 (100,00)

Fuente: Matriz Sistematización- Elaboración Propia

En la tabla 1 observamos los hábitos nocivos que presentan los niños de la I.E “Señor de los Milagros” en la Ciudad de Moquegua, donde cuatro de cada diez niños presentan ausencia de hábitos nocivos (40,00%) correspondiendo para la Succión Labial (30,00%), seguida de Onicofagia (20,00%) y en frecuencias bajas se encuentran la Succión Digital y la Respiración Bucal (6,67% y 3,33% respectivamente).

En relación al sexo, el mayor porcentaje del sexo masculino se encuentra sin hábitos y Succión Labial (44,12% y 35,29% respectivamente); a

diferencia del femenino con (34,62% y 23,08%), sin embargo en éste se registra frecuencias mayores en Succión Digital, Respiración Bucal y Onicofagia con (11,54%, 7,69% y 23,08% respectivamente) a diferencia del sexo masculino.

Se observa también que los que no presentan hábitos nocivos las frecuencias son similares en las edades de siete y ocho años con 40,00% y 41,30%. En cuanto a la edad de seis años, la mitad de su población presenta Succión Labial. Así mismo para la edad de siete años sus menores frecuencias se encuentran en Succión Digital, la Respiración Bucal y Onicofagia con un 10,00% y para la edad de ocho años se presentan en Succión Digital y Respiración Bucal con (4,35% y 2,17% respectivamente).

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE PATOLOGÍA MALOCLUSIVA SEGÚN
SEXO Y EDAD

Tipos de Patología	Sin Maloclusión		Con Maloclusión				Total
	Sin Patología	Apiñamiento	Giroversión	Diastema	Mordida Profunda	Mordida Abierta	
Género.	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Masculino	17 (50,00)	6 (17,65)	1 (2,94)	3 (8,82)	6 (17,65)	1 (2,94)	34 (100,00)
Femenino	13 (50,00)	5 (19,23)	2 (7,69)	3 (11,54)	2 (7,69)	1 (3,85)	26 (100,00)
Edad							
Seis	2 (50,00)	1 (25,00)	1 (25,00)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100,00)
Siete	6 (60,00)	1 (10,00)	1 (10,00)	0 (0,0)	2 (20,00)	0 (0,0)	10 (100,00)
Ocho	22 (47,83)	9 (19,57)	1 (2,17)	6 (13,04)	6 (13,04)	2 (4,35)	46 (100,00)
TOTAL	30 (50,00)	11 (18,33)	3 (5,00)	6 (10,00)	8 (13,33)	2 (3,33)	60 (100,00)

Fuente: Matriz Sistematización- Elaboración Propia

En la tabla 2, al analizar los tipos de patología que presentan los niños de la I.E “Señor de los Milagros” en la Ciudad de Moquegua, la mitad de la población se encuentra sin patologías, seguido del Apiñamiento con 18,33%, Mordida Profunda (13,33%) y las frecuencias más bajas se encuentran en Giroversión y Mordida Abierta (5,00% y 3,33 respectivamente).

En el sexo masculino las frecuencias más bajas que predominan son el de Giroversión y Mordida Abierta con 2,94%. Así mismo en el sexo femenino el 7,69% presenta Giroversión y Mordida Profunda.

En cuanto a la edad, la mayor frecuencia se encuentra sin patologías en los niños de seis, siete y ocho años con (50,00%, 60,00% y 47,83% respectivamente).

TABLA 3
RELACIÓN ENTRE LOS HABITOS ORALES NOCIVOS Y LAS MALOCLUSIONES

Maloclusión	Si		No		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Hábitos Nocivos						
Si	25	(83,33)	11	(36,67)	36	(60,00)
No	5	(16,67)	19	(63,33)	24	(40,00)
Total	30	(100,00)	30	(100,00)	60	(100,00)

Fuente: Matriz Sistematización- Elaboración Propia

Chi₂ : 13,611

p- valor : 0,000225

OR = 8.636 (IC_{95%} 2,566-29,073)

Como se observa en la tabla 3 la relación entre los hábitos nocivos como factor de riesgo para tener maloclusiones, por lo tanto los hábitos nocivos en treinta niños que presentan maloclusion registran un 83,33% y los treinta que no presentan que alcanzan un 36,67%. Al comparar ambas frecuencias relativas mediante la prueba estadística Chi₂ de Homogeneidad obtenemos un valor de p: 0,000225 que es significativo por ser menor a 0,05. Para calcular la intensidad de la relación mediante el ODDS Ratio se obtiene un riesgo de 8,636 (IC_{95%} 2,566-29,073), que indica que los niños que presentan hábitos nocivos tienen 8,636 veces más riesgo de presentar maloclusiones que los niños que no presentan hábitos nocivos.

4.2 Contraste de Hipótesis

Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 3 se pretende asociar los hábitos nocivos y la presencia de Maloclusiones en los estudiantes de la I.E “Señor de los Milagros” en la Ciudad de Moquegua, para lo cual enunciamos nuestra hipótesis

H₀: Los hábitos nocivos No están asociados a la presencia de Maloclusiones en los estudiantes de la I.E “Señor de los Milagros” en la Ciudad de Moquegua.

H₁: Los hábitos nocivos están asociados a la presencia de Maloclusiones en los estudiantes de la I.E “Señor de los Milagros” en la Ciudad de Moquegua.

El nivel de significancia para el presente estudio fue el 5%.

La prueba estadística que se usó para asociar los hábitos nocivos a la presencia de Maloclusiones fue χ^2 de Independencia

Resultados: Valor de p: 0,000225 que es menor a 0.05 por lo tanto es significativo.

Con una probabilidad de error del 0.02% podemos afirmar que los hábitos nocivos están asociados a la presencia de maloclusión en los estudiantes de la I.E “Señor de los Milagros” en la Ciudad de Moquegua.

Se calculó el Riesgo y se obtiene $OR = 8.636$ ($IC_{95\%} 2,566-29,073$), Interpretación: los niños que presentan hábitos nocivos tienen 8,636 veces más riesgo de presentar Maloclusiones que los niños que no presentan hábitos nocivos.

4.3 Discusión de Resultados

Al analizar los hábitos nocivos en la tabla 1 se observa que cuatro de cada diez niños presentan ausencia de hábitos nocivos (40,00%) correspondiendo para la Succión Labial (30,00%), seguida de Onicofagia (20,00%) y en frecuencias bajas se encuentran la Succión Digital y la Respiración Bucal (6,67% y 3,33% respectivamente).

En relación al sexo, el mayor porcentaje del sexo masculino se encuentra sin hábitos y Succión Labial (44,12% y 35,29% respectivamente); a diferencia del femenino con (34,62% y 23,08%), sin embargo en éste se registra frecuencias mayores en Succión Digital, Respiración Bucal y Onicofagia con (11,54%, 7,69% y 23,98% respectivamente) a diferencia del sexo masculino.

Al obtener dichos resultados, se puede decir en cuanto al género, que la probabilidad de desarrollar los hábitos bucales nocivos en cuestión es similar para ambos géneros y conforme se incrementa la edad, el riesgo de desarrollar estos tipos de hábitos es mayor.

Resultados similares se encontraron con Oropeza L., Meléndez A., Ortiz R. y Fernández A. en el trabajo de investigación titulado: Prevalencia de las Maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos, se dice que los hábitos bucales nocivos de mayor prevalencia corresponden con 66.2% a la interposición lingual, con 49.3% a la succión labial, con 41.9% a la onicofagia y respirador bucal con un 31.8%. También se llega a observar que el sexo masculino tiene mayor prevalencia en la Succión labial y Onicofagia con (50,7% y 43,63% respectivamente) y el sexo femenino su mayor frecuencia se da en la Respiración Bucal y Succión Digital con (38,15% y 25% respectivamente).

Los tipos de patología que se muestran en la tabla 2, se observa que la mitad de la población se encuentra sin patologías, seguido del Apiñamiento con 18,33%, Mordida Profunda (13,33%) y las frecuencias más bajas se encuentran en Giroversión y Mordida Abierta (5,00% y 3,33 respectivamente).

En relación al sexo, la frecuencia más alta se encuentra sin patologías con 50,00% en ambos sexos. En el sexo femenino las frecuencias más altas que predominan son el de Apiñamiento, Diastema y Mordida Abierta con (19,3%, 11,54% y 3,85% respectivamente) a diferencia del sexo masculino con (17,65%, 8,82% y 2,94%).

Al obtener dichos resultados e investigar en la literatura, no se encontró ninguna asociación en cuanto al sexo y los tipos de patología de maloclusión.

Resultados similares se encontraron en la investigación de Oropeza L., Meléndez A., Ortiz R. y Fernández A. en cuanto a la Prevalencia de las Maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos, en donde concluye que la presencia de Maloclusiones en relación al género, el de mayor proporción corresponde a la mordida abierta en un 38,15% hacia el género femenino y en un 32,39% hacia el género masculino, apiñamiento anteroinferior en un 28,94% para el género femenino y con un 23,94% para el género masculino; en dentición temporal la mayor prevalencia fue del plano terminal mesial para el género femenino con un 21,05% y masculino con un 15,49%.

Se observa en la tabla 3, que la relación entre los hábitos nocivos como factor de riesgo para tener maloclusiones, por lo tanto los hábitos nocivos en treinta niños que presentan maloclusión registran un 83,33% y los treinta que no presentan alcanzan un 36,67%. Al comparar ambas frecuencias relativas mediante la prueba estadística χ^2 de Homogeneidad obtenemos un valor de p : 0,000225 que es significativo por ser menor a 0,05.

Probablemente se ha obtenido dichos resultados, ya que dentro de los factores de riesgo ambientales también se encontró la presencia de hábitos bucales nocivos, los cuales pueden intervenir en el desarrollo de una maloclusión y esto dependerá según la duración, frecuencia e intensidad a lo largo de su crecimiento y desarrollo, la cual origina cambios específicos en la oclusión y en los tejidos óseos y faciales.

Resultados difieren de los encontrados en la investigación de Sáenz A. en el trabajo de investigación titulado: Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar, concluyen que de los 282 pacientes estudiados solo 114 con presencia de algún hábito de succión y sin presencia 168 pacientes. La maloclusión con mas frecuencia en los niños que presentaron el hábito era el plano terminal recto con 57.9% y no adquirieron el hábito con un 56.5%. El 29.8% presento el escalón mesial en pacientes con hábito y con 37.5% sin habito. Por último, el escalón distal se halló con un 12.3% de los pacientes que si 53 presentaron el hábito y no presentaron con 6%.

En la cual 46 pacientes presentaron la interposición lingual de todos los encuestados, además la maloclusión con más frecuencia fue el plano terminal recto con 50% y no presentaron el hábito con un 58.5%, con un 34.8 % fue el escalón mesial con presencia del hábito y con un 34.8% en ausencia y por último el escalón distal con 15.2% y con 7.2% en ausencia del hábito.

De todos los pacientes encuestados son 7 los que presentaron la respiración bucal y los que presentaron este hábito la mayoría tuvo el escalon mesial con 42.9% y escalon distal y plano terminal recto con un 28.6% cada uno.

Para lo anterior se obtuvo un valor estadístico $p > 0.05$ la cual no es significativa y no se asocian los hábitos orales nombrados con alguna maloclusión dental.

CONCLUSIONES

- 1.- Los hábitos nocivos están asociados a las Maloclusiones, presentan un riesgo de 8.63 veces más de tener maloclusión respecto a los que no tienen hábitos nocivos, en los estudiantes de la I.E. "Señor de los Milagros" en la Ciudad de Moquegua.
- 2.- Los hábitos bucales nocivos, los niños que no presentan hábitos nocivos las frecuencias son similares en las edades de siete y ocho años con 40,00% y 41,30%. A la edad de seis años, la mitad de su población presenta Succión Labial. En el sexo masculino se encuentran mayores frecuencias Sin Hábitos y con Succión Labial (44,12% y 35,29% respectivamente) y para el sexo femenino se registra frecuencias mayores en Succión Digital, Respiración Bucal y Onicofagia con (11,54%, 7,69% y 23,08% respectivamente).
- 3.- Las patologías maloclusivas que se dan con más frecuencias son el apiñamiento con un 18.33% seguida por la mordida profunda con un 13.33 % y luego diastema con un 10.00%. En cuanto a la edad, a los 8 años prevalece el apiñamiento dentario con un 19.57%, a los siete la mordida profunda con un 20.0% y a los seis años el apiñamiento y la giroversión con un 25.0%. En el sexo masculino prevalece el apiñamiento dentario y la mordida profunda con un 17.65%, a diferencia el sexo femenino la patología con mayor frecuencia es solo el apiñamiento dentario con 19.23%.

RECOMENDACIONES

- Aportaría a la línea realizar estos estudios considerando el tipo de población según los factores socioeconómicos y socioculturales.
- Hacer una investigación, adonde se integre el apoyo de diagnóstico como son la radiografía cefalométrica en donde se pueda valorar la etiología de Maloclusiones a nivel óseo.
- Hacer estudios longitudinales teniendo en cuenta la duración del hábito y su influencia en la dentición mixta y permanente, para que de esa manera se obtengan resultados más concretos.
- Se debería de capacitar a los docentes para que ellos colaboren en la promoción y prevención para controlar los factores de riesgo como son los hábitos bucales nocivos, ya que de esa manera se podría reducir la incidencia y prevalencia de las Maloclusiones.
- Se debe realizar charlas de prevención a los alumnos, profesores y padres de familia, que cuales son los malos hábitos orales que causan la malposición dentaria que ellos desconocen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pino Román I, Véliz Concepción O, García Vega P. Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. *Medicent Electrón.* 2014;18(4):177–9.
2. Mercado S, Mamani L, et al. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. *Kiru.* 2018;15(2):94–8.
3. Villavicencio PCG. Influencia de los Malos Hábitos Orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años. 2016.
4. Figure S. Hábitos de Succion no Nutritiva en Relacion a las maloclusiones en niños de 3 a 5 años de la I.E.I N° 418 Señor de los Milagros Tacna 2016. 2017.
5. Zapata M, Lavado A, Anchelia S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. *Kiru.* 2014;11(1):16–24.
6. Barrientos KA. Prevalencia de Malos Hábitos Orales y su Asociación con Anomalías Dentomaxilares en niños de 3 a 6 años. *Comuna Dalcahue, Chile 2016 [internet].vol.70, revista chilena de pediatría 2016.* Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Benigno JGM. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I . E . P . Mater Purissima en el año 2017. 2018.
8. Laurente Benavides E del C. Influencia de los Hábitos Orales Parafuncionales en las Maloclusiones Dentarias en Adolescentes de 12 a 14 años de la Institucion Educativa Fe y Alegría N° 30, Chíncha, Junio - Agosto del 2015.

9. Oropeza LM, Meléndez Ocampo AF, Sánchez RO, López AF. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Rev Mex Ortod* [internet]. 2014;2(4):220-7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2395921516300381>
10. Yañez EER. *Arte de la Ortodoncia Aplicada*. 2009. 475 - 529 p.
11. Chamorro A, García C, Mejía E, Elizabeth V, Soto L, Triana F, et al. Hábitos Orales Frecuentes En Pacientes Del Área De Odontopediatría De La Universidad Del Valle. *Rev Gastrohup* [Internet]. 2017;19(2)(May). Disponible en: <file:///C:/Users/Propietario/Downloads/Dialnet - Habitos Orales Frecuentes En Pacientes Del Area De Odontop - 5759180.pdf>
12. Díaz Fuentes KJ, Duarte Ballén LP, Plata Rodríguez C, Odontólogo. Descripción de hábitos orales parafuncionales en niños atendidos en las clínicas del niño de la Universidad Santo Tomás. *instname Universidad St Tomás* [Internet]. 2017; Disponible en: <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/9357>
13. Flores Pizarro Pierina DSCJ. "Frecuencia de Hábitos Parafuncionales entre escolares con Síndrome de Down - Centro Educativo especial" Niño Jesús de Praga" y escolares sin enfermedad cromosómica - de la Institución Educativa "Esteban Pavletich" año 2015".
14. Bonilla MJP. "Maloclusión Dentaria desde la Dentición Temporal a Mixta y su Posible Asociación, Hábitos Orales y Factores Locales en los Niños/ de la Escuela de Educación Básica Fiscal "DR. Pacífico Villagómez" del Catón Guano Provincia de Chimborazo en el Period. 2014.
15. Simoes N, Odontólogo A. Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura [Internet]. Vol. II, *Revista Latinoamericana de Ortodoncia Y Odontopediatría*. 2015. p. 1-11. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>

16. Sistemas DE. “Relación entre los Hábitos Bucales Perniciosos con Maloclusiones en Estudiantes Institución Educativa Primaria N° 70547 Juliaca, 2017.” 2017.
17. García García VJ, Ustrell Torrent JM SVJ. Evaluación de la Maloclusión, Alteraciones Funcionales y Hábitos Orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol. 2011;27:75–84.
18. Universidad Central del Ecuador “ Prevalencia de Maloclusione, Necesidad Prioridad de Tratamiento Ortodóntico en Adolescentes Quichuas de 13 a 17 Años de edad de la Parroquia Pano - Provincia de N APO ” Presentado previo a la obtención del grado acadé. 2018.
19. Díaz MP, María L, Guzmán D, Antonio M, Frías E, Monserrat N, et al. Factores intrínsecos de maloclusión dental en pacientes con dentición permanente. 2013;70(2):61–7.
20. J.R.BOJ, M.Catala, C.Garcia-Ballesta, A.Mendoza PP. Odontopediatria “La Evolucion del niño al adulto joven.” 2010. 339 – 341 p.
21. Cortez Mendoza L. Prevalencia de Maloclusión segun la Clasificacion de Angle en los Escolares de 8 a 12 Años de edad en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el Año 2016.