



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Y ANTERIOR EN NIÑOS DE 6
A 11 AÑOS DE LA IEE N° 70029 MARIA AUXILIADORA - PUNO,
2023**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MYRIAN KATHERINE QUIZA RAMOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2023



NOMBRE DEL TRABAJO

RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Y ANTERIOR EN NIÑOS DE 6 A 1

AUTOR

MYRIAN KATHERINE QUIZA RAMOS

RECuento DE PALABRAS

15692 Words

RECuento DE CARACTERES

85427 Characters

RECuento DE PÁGINAS

91 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.5MB

FECHA DE ENTREGA

Dec 15, 2023 6:42 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Dec 15, 2023 6:46 AM GMT-5

● 19% de similitud general


El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos:

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)


Dra. Luz D. Mamani Cahua
COP. 6759
ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL
DOCENTE - UNA


Dra. Shevia Cervantes Alagón
COP. 17362

Resumen



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado en primera instancia a DIOS, por guiarme y brindarme fortaleza en todo momento, de la misma manera está dedicada a mis padres por su gran apoyo y ayuda a lo largo de mi carrera tanto en los buenos como en los malos momentos, sobre todo por siempre motivarme e impulsarme a seguir adelante. Finalmente, quiero dedicar este trabajo a mis adoradas hermanitas Valeria y Andrea, por su entendimiento, afecto, apoyo y por siempre estar conmigo, impulsándome y alentándome a cumplir mis metas.

Myrian Katherine Quiza Ramos



AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecer a Dios, por siempre cuidar de mí y mi familia, así también agradecer a mi mamachina en el cielo por cuidarme y siempre guiarme por los caminos correctos.

A la Universidad Nacional del Altiplano y a la Escuela Profesional de Odontología por todos los lindos momentos y por haberme concedido la oportunidad de progresar en mi formación profesional.

A mi asesora, la Dra. Sheyla Lenna Cervantes Alagón por haberme encaminado en cada momento en la elaboración del presente trabajo, por el impulso que siempre me dio y por todos sus consejos.

A mis jurados D.Sc. Lizbeth Acero Condori, Mg. Augusto Fernando Atayupanqui Nina, Dr. Yessica Quilca Soto por guiarme y orientarme con sus amplios conocimientos en todo momento a lo largo de este proyecto.

Y finalmente brindar mi gratitud al director de la Institución Educativa Emblemática N.º 70029 Maria Auxiliadora y los docentes por haber aceptado realizar mi proyecto de investigación, asimismo a los estudiantes que participaron de la investigación.

Myrian Katherine Quiza Ramos



ÍNDICE GENERAL

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 12

ABSTRACT..... 13

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 15

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... 16

1.2.1. Problema General 16

1.2.2. Problemas Específicos 16

1.2.3. Justificación del Problema 17

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN..... 18

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 18

1.4.1. Objetivo General 18

1.4.2. Objetivos Específicos 18

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 19



2.1.1.	Antecedentes Internacionales	19
2.1.2.	Antecedentes Nacionales	27
2.1.3.	Antecedentes Locales	32
2.2.	MARCO TEÓRICO.....	33
2.2.1.	Hábitos Bucales	33
2.2.2.	Maloclusiones	38
CAPÍTULO III		
MATERIALES Y MÉTODOS		
3.1.	UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO	46
3.1.1.	Ámbito General.....	46
3.1.2.	Ámbito Específico	46
3.2.	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.2.1.	Tipo de Investigación.....	46
3.2.2.	Diseño de la Investigación.....	47
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.....	47
3.3.1.	Población	47
3.3.2.	Muestra	47
3.3.3.	Criterios de Selección de la Muestra	48
3.4.	VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	48
3.4.1.	Operacionalización de Variables.....	49
3.5.	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.5.1.	Técnica.....	50
3.5.2.	Instrumentos.....	50
3.6.	VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	51



3.7. PROCEDIMIENTOS.....	51
3.7.1. Coordinación.....	51
3.7.2. Ejecución	52
3.7.3. Evaluación Clínica.....	53
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	54
3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	54

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS.....	55
4.1.1. Identificando la frecuencia del hábito de succión digital en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno	55
4.1.2. Identificando la maloclusión de mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno	56
4.1.3. Relacionando el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior según sexo y edad.....	57
4.1.4. Relacionando el hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada anterior según sexo y edad.....	59
4.1.5. Relacionando el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior y anterior.....	61
4.2. DISCUSIÓN.....	63
V. CONCLUSIONES	66
VI. RECOMENDACIONES	67
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	73



Área: Salud pública y ocupacional.

Tema: Ortodoncia.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 20 de diciembre 2023.



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	Cuadro de operacionalización de variables..... 49
Tabla 2	Hábito de succión digital en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora. 55
Tabla 3	Presencia de maloclusión de mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora. 56
Tabla 4	Relación del hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada posterior de acuerdo al género en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora. 57
Tabla 5	Relación del hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada anterior de acuerdo al género en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora. 59
Tabla 6	Relación del hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada posterior en niños y niñas de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora. 61
Tabla 7	Relación del hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada anterior en niños y niñas de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora. 62



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Análisis de correspondencia múltiple para el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior de acuerdo al sexo y edad de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora.	58
Figura 2 Análisis de correspondencia múltiple para el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada anterior de acuerdo al sexo y edad de 6 a 11 años de la IEE N°70029 María Auxiliadora.	60



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: “Organización Mundial de la Salud”

SPSS: “Statistical Package for Social Sciences”

IEE: “Institución Educativa Emblemática”

UNAM: “Universidad Nacional de Moquegua”

IOTN: “Índice de necesidad de Tratamiento Ortodóntico”

ISAAC: “International Study of Asthma and Allergy in Childhood”

UNMSM: “Universidad Nacional Mayor de San Marcos”

IEI: “Institución Educativa Inicial”

IEP: “Institución Educativa Primaria”

MI: “Molar Inferior”

MS: “Molar Superior”

PM: “Premolar”



RESUMEN

Objetivo: La investigación determinó la relación del hábito de succión digital con la mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno. **Materiales y Métodos:** El presente proyecto fue correlacional, descriptivo, observacional y de corte transversal, la población fue constituida por 150 niños y la muestra por 105 pacientes de tipo no probabilístico intencional o discrecional. Para el análisis estadístico se usó la prueba de independencia de variables usando el estadístico de chi-cuadrada con un 5% de significancia estadística. El método de sistematización de la información fue con una ficha de recolección de datos procesados mediante el programa estadístico SPSS, bajo supervisión y calibración (con coeficiente Alfa de Cronbach de 0,815). Para la recolección de los datos se usó un cuestionario validado para el registro del hábito de succión y para identificar la maloclusión fue con exploración clínica, modelos de diagnóstico y registro fotográfico. **Resultados:** La frecuencia del hábito de succión digital fue baja con 19 niños (18.1%), la maloclusión que tuvo mayor predominancia fue la mordida cruzada anterior con 15 niños (14.3%) y con respecto a la mordida cruzada posterior fue con 6 niños (5.7%). En cuanto a la relación entre el hábito de succión digital y la mordida cruzada posterior, se encontró que 4 niños (3.8%), presentan esta asociación equitativamente en ambos sexos, siendo todos los casos del tipo unilateral. Finalmente, en cuanto a la relación entre el hábito de succión digital y la maloclusión de mordida cruzada anterior, se encontró que 7 niños (6.7%) existe esta asociación entre ambos sexos, predominando en niñas. **Conclusión:** Se determinó que sí hay relación entre el hábito de succión con las maloclusiones de mordida cruzada anterior en 7 niños (6.7%) y mordida cruzada posterior con 4 niños (3.8 %). **Palabras clave:** Maloclusión; mordida cruzada posterior; niños; succión digital.



ABSTRACT

Objective: The research determined the relationship of the digital sucking habit with the posterior and anterior crossbite in children from 6 to 11 years of age from the IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno. **Materials and Methods:** The present project was correlational, descriptive, observational and cross-sectional, the population was made up of 150 children and the sample was 105 patients of a non-probabilistic intentional or discretionary type. For statistical analysis, the test of independence of variables was used using the chi-square statistic with 5% statistical significance. The information systematization method was with a data collection form processed using the SPSS statistical program, under supervision and calibration (with Cronbach's Alpha coefficient of 0.815). To collect the data, a validated questionnaire was used to record the sucking habit and to identify malocclusion with clinical examination, diagnostic models and photographic recording. **Results:** The frequency of the digital sucking habit was low with 19 children (18.1%), the malocclusion that had the greatest predominance was the anterior crossbite with 15 children (14.3%) and with respect to the posterior crossbite it was with 6 children (5.7%). Regarding the relationship between the habit of digital sucking and posterior crossbite, it was found that 4 children (3.8%) presented this association equally in both sexes, with all cases being unilateral. Finally, regarding the relationship between the habit of digital sucking and anterior crossbite malocclusion, it was found that in 7 children (6.7%) this association existed between both sexes, predominating in girls. **Conclusion:** It was determined that there is a relationship between the sucking habit with the malocclusions of anterior crossbite in 7 children (6.7%) and posterior crossbite with 4 children (3.8%).

Keywords: Malocclusion, posterior crossbite, children, digital sucking.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En materia de salud pública, las maloclusiones están registradas por la OMS como la tercera prioridad más significativa en materia de salud bucal. Las maloclusiones pueden generar diversos problemas y comprometer el grado de vida de los adolescentes y también de los niños, asimismo son trastornos del desarrollo de estructuras dentales y craneofaciales (1).

El contacto anormal entre los dientes superiores e inferiores es conocido como maloclusión, en la cual algunas investigaciones realizadas indican que las maloclusiones son el resultado de hábitos deletéreos (2).

Las acciones bucales no fisiológicas son una de las responsables de las maloclusiones, las cuales se pueden controlar y sobre las cuales se puede tomar parte; estas conductas hasta ciertas edades no presentan anormalidades, pero si persisten, podrían instalarse de manera permanentemente y ya no tener el control voluntario sobre estos (3).

En varios estudios realizados, sugieren la regulación y vigilancia de los hábitos bucales no fisiológicos, que incorporan la enseñanza y observación en maneras acertadas de alimentación del infante, de la posición al dormir, de deglutir el agua, de la forma en la que se comunican, entre otros. A su vez, estos están incluidos dentro de los factores ambientales como los primordiales causantes de las maloclusiones y su desarrollo (4).

En esta investigación manifiesta un gran valor clínico para lograr hacer un diagnóstico y un tratamiento prematuro, además se quiere lograr un impacto a nivel social porque al ofrecer información, concientizar a los padres sobre lo peligroso que son algunos hábitos, podremos evitar maloclusiones en muchos de ellos.



Esta investigación permite o ayuda a educar, advertir y concienciar sobre hábitos potencialmente nocivos, así como sobre la necesidad e importancia del tratamiento ortodóntico interceptivo. Los resultados obtenidos serán en beneficio de la población Puneña, además de incentivar más investigaciones a nivel local en vista que existen muy pocas, el objetivo final es tener un beneficio en el rubro de la salud pública, para así dar la posibilidad y la creación e implementación de métodos que nos posibilita abordar estas complicaciones que impactan en la salud.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las maloclusiones se refieren a las alteraciones bucodentales de etiología multidisciplinaria. Según la OMS tienen el 3er lugar en términos de predominancia entre las complicaciones de salud dental, lo que los hace extremadamente importantes. Estos no solo tendrán un efecto adverso en las funciones bucales y estéticas, sino que también tendrán una influencia psicológica, en el lado psicosocial, que traerá una repercusión nada positiva en su calidad de vida. (5)

Las maloclusiones están relacionadas con diversos factores de peligro, incluidos los ambientales y genéticos. Entre los factores de peligro ambientales encontraremos la existencia de hábitos dentales perjudicial. Los efectos factibles que estos pueden generar son particularmente en la oclusión, en los tejidos óseos y faciales, que necesita de su intensidad, frecuencia, periodo durante el crecimiento y desarrollo (6).

Si se identifica los hábitos orales deletéreos tempranamente, se podrán enmendar precaviendo estos trastornos en la población infantil. Existen muchos hábitos bucales, uno de estos en el hábito de succión que es bastante común y no se delimitan a los pulgares o dedos, dicho hábito acostumbra ocasionar verticales maloclusiones dentoalveolares sin la obligación que pudiera presentar algún tipo de displasia esquelética (7).



Por lo expuesto, es fiable decir que la desinformación que existe en los padres y en la población referente a los hábitos orales deletéreos y las consecuencias que estos pueden traer a futuro son graves, ya que es un tema muy poco hablado, por esta razón se ideó este trabajo con la meta de relacionar del hábito de succión de dedo con la mordida cruzada posterior y anterior en niños.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

“¿Existe relación entre el hábito de succión digital con la mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno?”

1.2.2. Problemas Específicos

- “¿Cuál es la frecuencia del hábito de succión digital en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno?”
- “¿Cuál es la maloclusión de mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno?”
- “¿Cuál es la relación del hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior según sexo y edad?”
- “¿Cuál es la relación del hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada anterior según sexo y edad?”
- “¿Cuál es la relación del hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior y anterior?”



1.2.3. Justificación del Problema

Los hábitos orales son costumbres que se han establecido a través de la repetición frecuente y que se clasifican en hábitos funcionales y parafuncionales (8).

Por otro lado, estos comportamientos parafuncionales se acreditan como uno de los elementos etiológicos de las maloclusiones que se expresan en momentos de estrés o frustración debido al déficit de atención de padres a niños (9).

El origen de las maloclusiones es multifacético y pueden incluir factores ambientales, hereditarios o una combinación de estos. En muchos casos, no existe un solo elemento causal; más bien, hay varios que interactúan y se combinan entre sí, haciendo posible que uno cause una maloclusión durante el proceso de desarrollo facial. (5).

Algunos estudios mencionan que los elementos de peligro ambiental, tales como los hábitos orales parafuncionales, que se someten a su frecuencia, duración e intensidad a lo largo de la evolución, lo cual provoca cambios claves en la oclusión y en los tejidos faciales y tejidos óseos. (6).

La importancia clínica de este estudio radica en realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, por ello la relevancia a nivel social. El producto de esta investigación servirá para informar y establecer comprensión en los padres o tutores, así como en los infantes sobre lo perjudicial que puede ser este hábito a futuro si no es intervenido a tiempo. Los resultados beneficiarán a la población puneña en vista de la desinformación existente, para así generar conciencia sobre



el valor de la prevención en edad temprana para aplicar métodos o tratamientos que nos permitan hacer frente a este hábito.

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

“Habrá relación entre el hábito de succión digital y las maloclusiones de mordida cruzada posterior y anterior en infantes de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno”.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

“Determinar la relación del hábito de succión digital con la mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno”.

1.4.2. Objetivos Específicos

- “Identificar la frecuencia del hábito de succión digital en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno”.
- “Identificar la maloclusión de mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno”.
- “Relacionar el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior según sexo y edad”.
- “Relacionar el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada anterior según sexo y edad”.
- “Relacionar el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior y anterior”.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Vilela. M, Tornisiello. C, Rosenblatt. A (2008) Brazil. Hábitos de succión no nutritivos, maloclusiones dentales y morfología facial en infantes brasileños: un estudio longitudinal. La meta de este proyecto es calcular la asociación de los hábitos de succión no nutritivos y la existencia de mordidas cruzadas posteriores y abiertas anteriores. La muestra estuvo compuesta por 287 niños, los datos se recogieron a partir de indagación a los padres de los infantes y el examen clínico fue hecho por dos examinadores calibrados. El análisis estadístico fue bivariado, pruebas de chi-cuadrado de Pearson, McNemar y Stuart-Maxwell. Los resultados muestran una disminución significativa en mordida abierta anterior (PAG <0,001) y una mayor existencia de mordida cruzada posterior. En la investigación, las dos características oclusales se pudieron relacionar con una anterior historia de hábitos de succión. Como conclusión, el tipo facial morfológico más prevalente fue alto (≥ 88 mm) y estadísticamente significativo (PAG =0,02) se descubrió la asociación entre la morfología facial y una AOB (10).

Ovsenik. M (2009) Eslovenia. Funciones orofaciales incorrectas hasta los 5 años y su asociación con mordida cruzada posterior. El propósito en la presente investigación fue examinar las labores orofaciales no regulares para decidir su correspondencia con la mordida cruzada posterior. Método. Se examinaron 243 infantes de 3, 4 y 5 años. Se evaluaron clínicamente las funciones



orofaciales irregulares y los rasgos morfológicos de maloclusión. Se determinó predominancia de mordida cruzada posterior y la relación con funciones orofaciales incorrectas. Resultados: Mordida cruzada posterior a los 5 años se halló en el 20% de los niños. Se encontró que la respiración por la boca y el comportamiento de succión del chupete eran estadísticamente significativamente diferentes entre los grupos de niños con mordida cruzada y sin mordida cruzada (11).

Sáenz. A. (2011) México. Asociación de hábitos orales en maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar. La meta de este estudio es correlacionar los hábitos bucales malos y las maloclusiones en habitantes pediátricos, así como el tanto por ciento de maloclusiones vinculadas a la maloclusión y su variación en los defectos de oclusión. Para el método se tomó a elección la muestra conformada por 282 infantes y posteriormente se les hizo una anamnesis a los padres y evaluación clínica a cada infante. En esta investigación, como resultado se constató que 115 (40.8%) de los 282 infantes tuvieron algunos de los hábitos orales. El hábito de interposición lingual y de succión estuvieron frecuentemente asociados con la maloclusión plano terminal recto, con una tasa de 50% y una mayoría del 62.14% en su mayoría a los 3 años. En resumen, las malformaciones más tempranas estuvieron ligadas a los hábitos bucales; la mayor sobremordida horizontal se pudo relacionar con el hábito de chupar; la reducción de la sobremordida vertical se agrupó al hábito de chupar dedo y la sobremordida vertical profunda se asoció con la respiración bucal (12).

Parra. A, García. N, Lema. M (2013) Colombia. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. El objetivo del artículo fue chequear la literatura actual sobre hábitos bucales y reconocer los más comunes, centrándose



en la etiología y las distintas perspectivas de tratamiento. Durante la consulta, realizo una revisión bibliográfica sobre los hábitos bucales para obtener un tratamiento rápido y reducir el daño causado. Finalmente, se determinó que los hábitos bucales que causan daño pueden resultar en maloclusiones; estos se sujetan de la regularidad, gravedad y tiempo de los hábitos. En la cita odontológica, el dentista debe reconocer y abordar cualquier hábito disfuncional, especialmente en la población más joven, con el fin de prevenir o detectar malformaciones. (13).

Mendoza. L, Meléndez A, Ortiz. R, et al (2014) México. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. En los habitantes de entre 2 a 15 que requerían cuidado odontológico en la clínica dental de la UNAM, se intentó dictaminar la predominancia de las maloclusiones y su relación con variables de peligros, por ejemplo, los hábitos orales no beneficiosos. Método: Se realizó un transversal estudio desde 147 niños. Los participantes fueron calibrados previamente, lo que arrojó una tasa de acuerdo del 98 % para hábitos nocivos y una tasa de acuerdo del 92 % para maloclusiones. El paquete estadístico SPSS 15 fue utilizado. Durante la dentición mixta, los casos mayores se presentaron entre los años 4, 6 y 11 años. Parecía bastante diferente, sin ningún orden específico de género, de manera diferente, sin ningún orden específico de género. El hábito con más prevalencia fue la interposición lingual, con una dominancia del 66,2%; la succión labial siguió en segunda posición con un 49,3%; la onicofagia en tercer lugar con un 41,9%; y la respiración oral en primer lugar con 31,8%. En cuanto a las maloclusiones, fueron: 35,1% por heridas abiertas; 26,4% para heridas anteroinferiores; 19,6% para heridas anterosuperiores; y un 12,8% por heridas cruzadas. Como resultado, las medidas



preventivas se deben tomar durante esta fase porque la población más joven tiene más probabilidades de experimentar maloclusiones durante el crecimiento (6).

C. Grippaudo, EG Paolantonio, G. Antonini, et al (2016) Italia. Asociación entre hábitos bucales, respiración bucal y maloclusión. La meta de este estudio actual es dictaminar si los malos hábitos, la respiración bucal y la maloclusión se correlacionan significativamente entre sí. Método: Fue un estudio transversal realizado en 3017 niños utilizando el índice ROMA. Se mostraron que la predominancia de malignos hábitos y respiración bucal se eleva al aumento del grado del índice, y que estos factores se asocian con maloclusiones más severas. Se descubrió una correlación de gran importancia entre los hábitos bucales nocivos con crecimiento del resalte y mordida abierta y que la respiración oral, existe una fuerte correlación con el incremento y disminución del resalte, la mordida abierta, cruzada posterior o anterior y el movimiento de los puntos de contacto (14).

Garrido, P. (2013) Ecuador. Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años. Su propósito consiste en establecer la conexión en los malignos hábitos bucales y la oclusión de infantes entre los años 5 y 10 en la primaria “Nicolas Xavier Gorivar” de Quito. El estudio fue descriptivo, transversal, y la información resultante mediante un cuestionario a los apoderados, exploración clínica y registro fotográfico. Como resultado que se obtuvo en la investigación, se dictaminó que la correlación entre hábitos orales y maloclusiones, revelando que el hábito de onicofagia (50%), tiene superior correlación con la maloclusión tipo I, la clase II de maloclusión se asocia con la succión de dedo (setenta y cinco por ciento) y Clase III de las mal-oclusiones se manifiesta en supremacía en infantes respiradores orales (40%). Las



maloclusiones que ocurren en los infantes a precoz edad están asociadas con la existencia de malos hábitos bucales (15).

Diaz. K, Duarte.L, Plata.C (2018) Colombia. Descripción de hábitos orales parafuncionales en niños atendidos en las clínicas del niño de la Universidad de santo Tomas. El estudio consistió en documentar los comportamientos en los hábitos bucales parafuncionales en infantes atendidos en la Universidad Santo Tomás en las Clínicas del niño a lo largo del primer trimestre de 2015. En este proyecto el diseño fue descriptivo, transversal y observacional. Los resultados mostraron que el que se vio en mayor cantidad fue el de morder objetos; de acuerdo a la edad, los hábitos con mayor prevalencia fueron entre los 6 - 9 años y menos frecuentes entre los 10 - 12. El hábito de mayor prevalencia entre los años 3 y 5 años fue el bruxismo; entre los años 6 y 12 el más común fue morder objetos (9).

Kanika. D, Verma. Tulika, (2018) India. Prevalencia de hábitos orales nocivos entre niños en edad preescolar de 3 a 5 años en Bhubaneswar, Odisha, India. La meta de este estudio era comprender la predominancia de hábitos bucales deletéreos entre infantes de 3 a 5 en Bhubaneswar. Para llevar a cabo este estudio, que fue transversal, se seleccionaron seis colegios privados, dos de cada una de las tres circunscripciones electorales, mediante la técnica de muestreo por conglomerados. Un total de 500 estudiantes, a partir de los datos conseguidos se calculó la predominancia de los distintos hábitos orales en los infantes. Resultados, El resultado de este estudio mostró una alta predominancia de hábitos orales (36%) entre infantes en edad preescolar, morderse los labios resultó ser el hábito más prevalente (13,4 %) (16).



Silvia. S, Manzanares. M, Ferreira. J (2018) España. Una muestra de hábitos de succión no nutritiva (chupete y dedo) en niños portugueses y su relación con las clases molares de ángulo. El propósito de este trabajo fue decretar la correlación de los hábitos de chupar dedo no nutritivo y Clase molar Angle, en el plano horizontal, y su asociación con el género. En la muestra se seleccionó de 326 de infantes con edades entre 6 y 12 años de tres escuelas de Oporto. Se usó un cuestionario directo sobre la historia clínica, hábitos dentales. Resultados: En esta investigación se decidió examinar 326 lactantes para decretar su predominancia de estos. Solo cuarenta y cinco infantes que se vieron no nombraron algún ejemplar de hábito de succión no nutritivo. Los infantes con estos hábitos presentan un superior porcentaje de Clase II molar en mujeres, por otro lado, la más prevalente fue en varones fue la Clase III molar en contraste con los infantes sin hábito de succión (17).

Hiu Tung. B, Fung Hou. K, Zhang. L (2018) China. La asociación entre los hábitos de succión nutritivos, no nutritivos y la oclusión dental primaria. La presente investigación tiene como meta determinar las relaciones entre los hábitos de chupar dedo nutritivos y no nutritivos, evaluar la interrelación entre sus tipos, la succión del pulgar y la utilización del chupete; además investigar las relaciones entre estos hábitos y la oclusión en la dentición definitiva. Este estudio fue una investigación transversal con muestra de 1114 infantes de 2 a 5 años. Los resultados fueron que los infantes que recibieron pecho durante un tiempo mayor de 6 meses tienen una minoría de porcentaje de utilización diaria de chupete. Los menores que utilizaron chupetes regularmente durante más de un año tendrían una mayor probabilidad de desarrollar una sobremordida reducida y otra mordida abierta anterior (18).



EG Paolantonio, N. Ludovici, et al (2019) Italia. Asociación entre hábitos bucales, respiración bucal y maloclusión en preescolares italianos. La meta de esta investigación era evaluar si existía una correlación entre los malignos hábitos y la respiración bucal con las maloclusiones mayormente graves. En el estudio se usó una muestra de 1616 de infantes de 3 a 6 años mediante la aplicación de Baby ROMA, dando un índice que la edad preescolar necesita tratamiento de ortodoncia. Se aplican las pruebas de Chicuadrado y Fischer para cerciorar la significancia estadística de la asociación de las variables. Los resultados obtenidos demuestran datos en los que el 38% requiere intervención en ortodoncia y el 46% tiene muestras de maloclusión en niveles menormente grave que necesita un monitoreo angosto y se descartarían los factores de peligro para que mejoren repentinamente con el crecimiento (19).

Herrero. Y, Arias. Y (2019) Cuba. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. La meta de la investigación fue analizar los hábitos bucales distorsionados y su correlación con las maloclusiones. El método fue una revisión bibliográfica y se encontraron más de 100 artículos. El desequilibrio funcional del sistema estomatognático resulto de los hábitos bucales deformantes, eso que también afecta el normal crecimiento del individuo y puede ser un factor etiológico o causante en la aparición de maloclusiones (20).

Silva. L, Scudeler. S, Filho. M, et al (2019) Brazil. La ansiedad y los hábitos bucales como factores asociados a la maloclusión. La meta de esta investigación era de asociar la existencia de hábitos bucales con maloclusión y ansiedad. Métodos: Estudio observacional transversal con 199 escolares de 6 a 14 años. La maloclusión se evaluó utilizando el IOTN. Se utilizaron el Cuestionario de hábitos orales y la escala HADS para evaluar los hábitos orales y la ansiedad.



Los escolares se dividieron en dos grupos: dentición mixta y permanente. Resultados: De los individuos con maloclusión en dentición permanente, el 77,4% reportó algún hábito oral deletéreo, y el 55% de los que no tenían maloclusión en esta etapa tenían hábitos deletéreos (21).

Silvia. C, Nota. A, Darvizeh. A, et al (2019) Italia. Malos hábitos orales y maloclusiones después del uso de chupetes de ortodoncia: un estudio observacional en niños de 3 a 5 años. En este estudio la meta fue examinar la predominancia de hábitos bucales malos y maloclusiones, posterior de la utilización de chupetes de ortodoncia en infantes con dentición temporal. En su metodología se incluyó una muestra de 198 infantes en edad preescolar, que habían utilizado exclusivamente un chupete de ortodoncia para evaluar el nivel de malos hábitos bucales y la ausencia o presencia de maloclusión dentaria. Los resultados obtenidos fueron que predominaba en los niños (79,79%) habían iniciado el uso del chupete de ortodoncia dentro de los primeros 3 meses, y el 43,49% de ellos lo continuaron utilizando en un período de 2 años. La respiración bucal durante la noche se informó para el 36,04% de los niños. La deglución por empuje lingual altero al 16,16%. El 5,56% indicó la predominancia del hábito de succionar el dedo/chuparse el dedo (22).

Santos.G, et al (2022) Brazil. Asociación entre hábitos orales deletéreos y asma en niños: una revisión sistemática y metanálisis. En este trabajo se investigó la relación entre HDO y asma. Se accedió a PubMed, Scopus, Lilacs, Web of Science, Google Scholar y OpenThesis para identificar estudios observacionales que evaluaron la asociación entre HDO (chuparse el dedo, usar chupete, onicofagia o morderse las uñas, alimentación con biberón) y asma en infantes de 2 a 17 años. La información sobre HDO se obtuvo del informe verbal



de los padres de los niños. El diagnóstico de asma fue realizado por un médico o utilizando el cuestionario del ISAAC. Se usó una guía de efectos aleatorios para asociar los resultados. Se usó el odds ratio (OR) como medida de relación entre HDO y asma. Se incluyeron cinco estudios y se analizaron datos de 18 733 niños de 2 a 13 años. Encontramos una asociación entre alimentación con biberón y asma (OR = 1,25; IC95% 1,13-1,38; $p < 0,001$) con un nivel de certeza moderado (8).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Mendizabal. G (2007) Lima. Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletereos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de odontología pediátrica del centro médico naval. La meta de esta investigación fue dictaminar el grado de conocimiento de las madres sobre el efecto de los hábitos deletéreos en la oclusión dental. Materiales y métodos: Estudio descriptivo y transversal, la población fue conformada por 3556 madres que acudieron al Centro Médico Naval, tipo de muestra probabilístico sistemático. Conclusión: “La mayoría de las madres encuestadas (83%) tienen un grado de información malo sobre la influencia que tienen los hábitos deletéreos en relación con la oclusión dental” (23).

Hidalgo. M (2015) Lima. Lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva en relación con la oclusión decidua de niños de un centro poblado de Huancavelica. La meta fue relatar las peculiaridades de la oclusión primaria de infantes de Huancavelica alimentados de leche materna y que tengan o no hábitos de succión no nutritiva. “Se hizo un examen clínico oral al infante y un cuestionario a la madre, de 45 infantes de 3 a 5 con dentición primaria completa, que no señalaron que los alimentaron con biberón. En un promedio de 19 meses



desde su nacimiento, los infantes de la muestra se alimentaron con lactancia materna, siendo exclusivas hasta los seis meses. El cincuenta seis por ciento mostró hábitos de succión no nutritivo de dedo, juguete o ambos, y durante un tiempo inferior a dos años” (24).

Mallqui. J (2018) Lima. 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. En esta investigación se determinó la relación entre los hábitos bucales no fisiológicos y maloclusiones verticales, ese fue el objetivo. Se estudió 147 escolares tanto masculinos y femeninos (54.4%F y 45.6%M) con edad de 6 a 12 años de la I.E.P Mater Purissima. En el diseño fue un estudio descriptivo, transversal y observacional; hecho el 2017. Se hizo la calibración en 15 infantes. Los valores de los hábitos verbales no fisiológicos se basaron en los más comunes, que incluyeron la deglución atípica (23,8%), la coerción del labio inferior y la succión labial (diecisiete por ciento). En tanto a la maloclusión vertical, la con mayor frecuencia fue la pérdida profunda (29,3%). Negativamente, se encontró desigualdades estadísticamente significativas entre niños y niñas y los hábitos de succión ($p=0,568$), atípica deglución ($p=0,153$), respiración bucal ($p=0,592$), mordidas abiertas ($p=0,155$) y mordidas profundas ($p=1.000$). Se vio distinción de gran relevancia entre los años y el hábito de respiración bucal ($p=0,005$). Existe desigualdades estadísticamente importantes entre la deglución atípica y mordida profunda ($p=0.02$). Se determinó que sí se presenta asociación entre la existencia de maloclusiones verticales y los hábitos bucales no fisiológicos (4).

Mendoza. F (2018) Lima. Conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional



arzobispo Loayza. La meta de este trabajo fue conocer la relación entre el grado de saberes sobre el influjo del grado que desempeñan los hábitos bucales dañinos sobre la oclusión dental y la postura hacia los malos hábitos bucales de las madres. Utilizando diversos métodos, se adquirió datos sobre el grado de entendimiento mediante un cuestionario con 12 preguntas con escala de Lickert con 8 preguntas en relación con los hábitos bucales dañinos. Los resultados muestran un resultado negativo, pero correlación positiva significativa entre la limpieza oral de las madres, entre los hábitos y el comportamiento de limpieza bucal de las madres. Se halló que hay una correlación positiva de bajo nivel y relevante entre la postura ante los hábitos bucales malignos de las madres y el grado de conocimiento, se percibió que el grado de información del flujo que ejecutar los hábitos bucales en la oclusión fue predominantemente media con 76 madres (53.1%) (25).

Rodriguez. L (2018) Lima. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM. La meta de esta investigación es conocer la predominancia de maloclusión sagital, transversal, dentaria, vertical, hábitos deletéreos y su asociación en infantes de 6 a 12. Metodología: Descriptiva, transversal, prospectivo y observacional. Un total de 156 infantes, de edades que variaban entre los 6 y 12 años, participaron en la exposición en la clínica de la UNMSM. El grado de confianza fue 1 95 %. Se efectuó un ejemplo aleatorio probabilístico. De los 156 niños evaluados, se determinó que había una asociación de los hábitos nocivos y las maloclusiones, resultando el más predominante la postura antero posicionada, en cuanto a las maloclusiones transversales de más presencia fue la mordida Bis-Bis (7).



Montes. C (2021) Lima. Hábitos orales deletéreos y maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I.E.P Edmund Taylor Whittaker.

La meta fue de decretar si se halla una correlación de los hábitos orales deletéreos y las maloclusiones dentales en infantes. El método de este estudio se dio dentro de los límites de una visión cualitativa con un grado correlacional, transversal, descriptivo, no experimental y observacional, en las cuales las variables son hábitos bucales deletéreos y maloclusiones. El número de hábitos orales eliminados que presentaron los infantes de 6^{to} grado de primaria con una edad de 12 años fue del 15%, siendo la respiración bucal la más frecuente (26).

Cisneros. A (2021) Ayacucho. Maloclusiones en población escolar de 3 a 5 años Institución Educativa Inicial N° 22, distrito de Cangallo Ayacucho.

En este estudio la meta fue relatar cuáles son las maloclusiones de los habitantes infantiles de 3 a 5 años en la IEI N.º 22, de Ayacucho. Material y método: La metodología a utilizar es de los Métodos científicos, el arquetipo de investigación fue básica con alcance descriptivo. En esta investigación el diseño será retrospectivo, no experimental y de corte transversal, además la proporción de la muestra está dada por todos los estudiantes de 3 a 4 años (27).

Molina. J (2021). Arequipa. Nivel de conocimientos de padres sobre hábitos bucales deletéreos en relación con su prevalencia en pacientes entre 5 y 13 años que acuden a la consulta pediátrica clínica san juan de dios. El propósito consiste en establecer una asociación entre la información que tienen los padres con respecto a los hábitos bucales eliminados y la frecuencia de su aplicación en pacientes que van a la consulta externa de pediatría y tienen entre 5 y 13 años de edad. La metodología se realizó con una muestra de 114 padres y misma cantidad de infantes. El diseño en esta investigación se trabajó la



transversal, comunicacional, prospectivo, observacional, a un grado relacional. El instrumento utilizado para analizar el nivel variable de conocimiento fue un cuestionario con 14 ítems, como parte de una técnica de recolección de tipo comunicativo. Una ficha clínica fue utilizada para evaluar la variada prevalencia de hábitos bucales eliminados, donde se vio la constancia de hábitos orales y maloclusiones. En los resultados en general, los conocimientos de los investigados fueron defectuosos (50%). “La maloclusión con mayor predominancia tanto en el plano transversal y transversal fue la normoclusión, en el plano sagital, domino la clase I sin mordida cruzada anterior (72.81%)” (3).

Vicente. N (2021). Lima. Frecuencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en pacientes del servicio de odontopediatría de la universidad peruana cayetano heredia 2015-2020. Determinar la prevalencia de alteraciones dentoalveolares y de hábitos bucales en personas atendidas en odontopediatría fue el objetivo principal del estudio. Materiales y métodos: Esta investigación fue transversal, descriptivo y estudio retrospectivo; las historias clínicas se revisaron de niños de 7 - 12 de edad. En los resultados, lo más relevante encontrado en variaciones dentoalveolares congénitas, en donde se vio pieza ausente definitiva (17,45%); y en otras variaciones adicionales, desalineaciones de línea media (79,87%) y apiñamiento dental (77,86%). El hábito de deglución atípica resulto siendo la más común; otros cambios dentoalveolares más prevalentes incluyeron anterior cruzada, mordida profunda, maloclusión clase I, piezas definitivas faltantes y desviación de la línea medial (1).

Rodriguez. L, Chacon. P, Quinto. A, et al (2022) Peru. Hábitos orales deletéreos relacionados con maloclusión dentaria, vertical, transversal y sagital en pacientes pediátricos. La finalidad principal de este trabajo fue



decretar la correlación de los hábitos deletéreos en pacientes infantiles con las maloclusiones dentales en los planos vertical, transversal y sagital. El estudio fue analítico transversal en 155 infantes atendidos en la UNMSM en el año 2017. Entre 155 pacientes evaluados, el 45,3% presentó maloclusión vertical, el 52,0% maloclusión sagital y el 13,6% maloclusión transversal. Entre los hábitos deletéreos más comunes se observaron la antero-posición (58,7%) y la respiración mixta (51,0%) (28).

Tasayco. A (2022) Huancayo. Influencia de los hábitos de lactancia con las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el Centro Odontológico Mini Sonrisas San Miguel. La meta de esta investigación fue evidenciar el predominio de los hábitos de lactancia asociados a las maloclusiones dentarias en el C.O Mini Sonrisas. Como método fue correlacional, diseño no experimental, prospectivo, transversal, observacional, donde se examinó el predominio del hábito de lactancia y la maloclusión. Se examinó a 59 infantes de 3-7. Resultados: Se evidencia que el hábito que tiene efecto sobre las maloclusiones es el hábito de lactancia (29).

2.1.3. Antecedentes Locales

Mercado. S, Mamani. L, Mercado, J. et al. (2018). Juliaca. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. El propósito de este trabajo fue proporcionar información actualizada sobre este problema y sus implicaciones para el entorno de la persona. Investigaciones demuestra que las variaciones bucodentales de etiología múltiple son las maloclusiones según la OMS ocupan el 3er puesto de predominancia dentro de la problemática de salud bucodental, lo que logra que sea de mucha relevancia. Se sabe que estas no solo dañan la estética



y la funcionalidad bucal, sino también tienen alcance en el aspecto psicosocial, así conduciendo a generar un negativo negativo en su calidad de vida (5).

Zarate. R (2021) Puno. Hábitos bucales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N° 70621, “20 de enero”. Juliaca. El objetivo de esta investigación fue decretar la relación de hábitos deletéreos con maloclusiones dentarias en infantes. Su método fue observacional, descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal, se usó un muestreo no probabilístico con 83 alumnos de 6 a 1. Como resultado, se vio que los estudiantes de 8 a 9 años tenían alta prevalencia de hábitos bucales deletéreos y domino la respiración bucal con un 35%, los niños de 8 a 9 años que manifestaban mayor prevalencia de maloclusiones verticales con un 43%, se vio “Una relación entre el hábito de interposición lingual con mordida abierta con un 90% que correspondía a la maloclusión vertical, además se encontró una relación entre el hábito de respiración bucal y mordida cruzada en un 73% que correspondía a la maloclusión transversal” (2).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Hábitos Bucales

Los hábitos orales son costumbres que se han establecido a través de una repetición frecuente y se pueden clasificar como hábitos funcionales o fisiológicos y no funcionales o parafuncionales (8).

Estos tienen una etiología muy compleja y pueden ser explicados por teorías psicológicas o conductuales (21).

Los distintos hábitos como: Respiración bucal, empuje lingual, succión digital y la deglución infantil, pueden causar trastornos en la articulación temporo-



mandibulares, además de anormalidades en el desarrollo facial, maloclusiones y recidivas (3).

2.2.1.1 Clasificación

Hábitos Fisiológicos o funcionales: Estos pueden llegar a estimular el desarrollo normal, como la deglución, masticación y la succión, siempre y cuando se realicen correctamente (20).

Hábitos no fisiológicos o parafuncionales: Estos hábitos se demuestran por estrés, fatiga, aburrimiento, falta de atención, que a su vez causan maloclusiones o desfiguraciones dentomáxilofaciales cuya magnitud o el nivel de variación necesita de la intensidad, tiempo, frecuencia, o bien, de las características biotipológicas del paciente (9,25).

Los hábitos parafuncionales se toman al ejecutar una actividad no funcional, entre ellos tenemos los hábitos: Respirador bucal, deglución atípica y normal, hábito de morder, hábito de succión, hábito de postura (3).

Dichos hábitos pueden generar: Protrusiones dentales, Mordidas abiertas, Protrusiones dentoalveolares, Inhibición de dientes, pueden ser vestibulo o linguoversiones (9).

2.2.1.2 Hábitos No Fisiológicos o Parafuncionales

Hábito de succión digital: El hábito de succión es un reflejo presente a lo largo de las 29 semanas de vida intrauterina y se extiende a lo largo del crecimiento normal entre los años 1 y 3 y medio. El desenvolvimiento de habilidades en los niños se considera como un aspecto natural del proceso de maduración, aunque en algunas circunstancias puede ser un problema. Los hábitos bucales durante la infancia y la primera infancia son típicos, y más allá de los tres años se consideran anormales (16).



La lactancia postiza es el mediador causante de la succión digital, puesto que negativamente requiere esfuerzo físico. El hábito puede resultar de problemas psicológicos, frustraciones, traço provocadas por problemas familiares y escolares, por cuestiones familiares y escolares. Generalmente, surge por falta de afecto, de desplazamiento emocional o agotamiento (9).

La succión no nutritiva es igual al hábito de succión digital, dado que no contiene carácter nutricional. Además, los niños que practican este hábito pueden tener dificultades psicológicas, tales como la falta de madurez emocional o períodos de amamantamiento menores de 6 meses. En consecuencia, adopta el neonato una alternativa sustituta de succión, como son los biberón o chupetes, lo que produce disminución de contracción en un nivel muscular. Por lo tanto, podría provocar atresia maxilar (2).

Entre los niños de 2 a 4 años, un gran número de los infantes desarrollan el hábito de succionar los pulgares, chupete y otros objetos por sí mismos. La mayoría de los niños se desarrollan costumbre de ensuciar pulgares, chupetes y otros objetos por sí mismos. No dañan los maxilares o dientes hasta que la dentición permanente comiencen a erupcionar. El exclusivo instante en el que podría generar inquietud es si persiste más allá de los seis años. En este tiempo, puede tener un impacto en la forma de los dientes o cavidad bucal (3).

El uso de un chupete tradicional durante mucho tiempo y con alta frecuencia (“uso diario”, como afirmaron recientemente Ling, et al (18) lo asociaron con algunas variaciones de la oclusión, como la mordida abierta o cruzada posterior (22).



La prominencia de los incisivos superiores y del premaxilar, la deglución atípica, la mordida abierta y cruzada posterior se producen principalmente por la succión del chupete, del biberón y, en particular, la succión de los dedos (14).

En niños mayores, en particular, romper este hábito tendrá más dificultades si el material succionado es parte de su cuerpo y el hábito probablemente este vinculado con temas más serios psicológicos y emocionales (17).

Tipos de hábitos de la succión digital

- **“Succión del pulgar”**: Este es el hábito de chuparse el dedo más conocido. Durante la succión, la baja posición de la lengua evita que el vigor del grupo de músculos bucales se equilibre. Esto da resultados como en una flexión de los arcos cruzados superior y posterior una flexión de los arcos cruzados superior y posterior. Además, podría resultar en la lingualización de los incisivos mandibulares y la vestibularización de los incisivos linguales maxilares, aumentando el "overjet" y la mordida anterior (3).
- **“Succión del índice”**: Se sabe que puede ocasionar protrusión de incisivos o caninos, hasta una mordida abierta unilateral.
- **“Succión del índice y medio”**: Ocasiona una mordida abierta o pronunciamiento de uno o más incisivos o caninos (26).
- **“Succión de medio y anular”**: El resultado que ocasiona la succión en estas regiones, según investigaciones, se vio que resulta en intrusión anteroinferior, retroinclinación, mordida unilateral abierta o protrusión de uno o más incisivos o caninos.



- **“Succión de varios dedos”:** Depende de la cantidad de dedos, repetición y fuerza del hábito, genera problemas similares a los anteriormente descritos. (26).

Según Subtelny existen 4 categorías descritas para posicionar el dedo.

Estas son:4

1. El pulgar penetra en el paladar, pasando por la primera articulación o nudillo. El tejido alveolar y la mucosa palatina se encuentran presionados en una mayor porción de la bóveda del paladar duro. El pulgar está contactado o presionado por el incisivo inferior.
2. El pulgar no procede derechamente a la zona del paladar duro, en cambio, frecuentemente ingresa a la cavidad bucal, aproximadamente a la altura de la primera articulación o antes de esta. Se observa la relación entre los incisivos inferiores y el pulgar.
3. El pulgar se acerca al paladar duro, como en el 1er grupo, pero cambia de los demás en que el incisivo inferior no se relaciona en ningún instante en la secuencia de succión. De esta manera el pulgar pasa totalmente por la cavidad bucal.
4. El pulgar en la boca no avanza apreciablemente. A nivel de la uña, el incisivo inferior hace contacto (13,25).

Tratamiento del hábito de succión: El tratamiento de los infantes que presentan el hábito de succión, debe iniciar a principios de los 5 años, ya que antes, este hábito establece sus emociones y ansiedades (30).

Es crucial que los profesionales de la salud sepan dar una guía a las progenitoras para que no cometan el exceso de utilización indiscriminado del hábito. Asesorías sobre el uso de los chupones y biberones que se deben usar, así como el tiempo recomendable para utilizar, son siempre recomendables (15).



- Tratamientos psicológicos (persuasivos): Al hablar de manera comprensible al niño, considerarían las consecuencias que resultarían de mantener el hábito y persuadirlo a disminuir su frecuencia, dependiendo de su edad.
- Utilización de dispositivos ortodónticos: Podemos categorizar el uso de dispositivos ortopédicos en dos categorías: removibles (miofuncionales) y fijos (restrictivos).

La odontología pediátrica ofrece una variedad de opciones para tratar el hábito de succión digital. Los arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores son los más utilizados. (7,31).

2.2.2. Maloclusiones

La maloclusión se considera una desalineación de los dientes superiores e inferiores, donde no se observa un adecuado engranaje de las estructuras óseas entre el maxilar superior e inferior, resultando en la falta de una función ideal del aparato masticatorio (28).

Epidemiología de las Maloclusiones

Las maloclusiones se consideran uno de los "problemas de salud" y tiene el 3er puesto dentro los males orales más recurrentes, según los expertos de la OMS (23).

2.2.2.1 Etiología

Su etiopatogenia incluye también factores ambientales no solo genéticos, ya que se observa que el crecimiento craneofacial es incitado por acciones en función como respirar, masticar, succionar y tragar (19).

- **Factores extrínsecos:** Excepto por los hábitos bucales, son causantes que actúan a distancia en el aprendizaje de la persona y que, por lo tanto, están poco en control por el ortodoncista. Estos pueden ser por herencia,



molestias o deformaciones congénitas, medio ambiente, ambiente metabólico, enfermedades predisponentes (7).

- **Factores intrínsecos:** Son elementos que el odontólogo tiene total control y que están más cercanamente vinculados con la cavidad bucal. Para mantener la corrección y prevenir recidivas, estas deben ser encontradas y eliminadas. Entre estas tenemos: Anomalías de forma y tamaño, frenillos labiales y bridas mucosas, daño prematuro de dentición primaria, retención alargada de la dentición primaria, erupción retrasada de la dentición definitiva (23).

2.2.2.2 Clasificación

La organización de las maloclusiones es una herramienta de mayor importancia para el análisis clínico como el diagnóstico y el propósito de tratamiento. Para efectuar un completo y confiable diagnóstico, se clasifica en tres planos: vertical, transversal y anteroposterior. Algunos de los efectos variados que nos provoca las maloclusiones puede afectar a todo el sistema óseo, periodontal y neuromuscular, que en conjunto conforman el sistema craneofacial en tres dimensiones (2,26,27).

1. Maloclusiones en el plano anteroposterior o sagital:

De acuerdo con Angle la parte con mayor importancia en la oclusión es la relación molar. Es decir, al describir malposiciones máxilo-mandibular, el arco inferior está en asociación con el superior. Sobre esta base, se introdujo la palabra "clasificación" para indicar varias asociaciones mesiodistales entre los dientes y las arcadas dentarias. De esta forma, necesitando de la asociación entre los molares de ambas arcadas y utilizando de fundamento el molar



superior permanente, los dientes se clasificaron en clase I, clase II div 1, clase II div 2 y clase III (2,25)

Clase I

“La llave molar (la cúspide mesiovestibular del 1^{er} MS contacta en el surco mesiovestibular del 1^{er} MI) es una evidencia de las maloclusiones en las que hay una asociación anteroposterior sin alteración entre ambas arcadas. Los pacientes con esta afección presentan un perfil facial recto y nivelación en las actividades de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua (27).”

Clase II

“Esto ocurre cuando el diente definitivo inferior se aleja de su posición típica; en otras palabras, la cúspide mesiovestibular del 1^{er} MS contacta mesialmente en el surco vestibular del 1^{er} MI.”

Entonces, podemos decir que los pacientes organizados en esa categoría tienen un perfil facial convexo. Las maloclusiones de la clase II se dividen en 1 y 2 (7).

- Clase II división I

“La característica de la maloclusión es la protrusión de los incisivos y un incremento de resalte. Pacientes con dificultades de desestabilidad en la musculatura facial, causa el distanciamiento vestibulo lingual de los incisivos en ambas arcadas. Este no ajuste antero posterior es conocido como resalte u “overjet”. El perfil facial es mayormente convexo.”

- Clase II división II



“La característica de esta maloclusión es por la postura de los incisivos sup., encontrando los incisivos centrales superiores en retroinclinación, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular, además hay un incremento de la sobremordida interincisiva y un descenso del resalte.”

Esta problemática de estabilidad de la musculatura facial, llevados a cabo por el alargamiento del vestíbulo lingual de los incisivos en ambas arcadas, son mucho más comunes en estos pacientes. Este desajuste antero posterior se conoce como "overjet" o "resalte". Los perfiles faciales de estos pacientes suelen ser a menudo convexo (4).

Clase III

“Se puede decir que resulta de la inversión de las relaciones dentales en la no armonía del 1/3 medio de la cara, en general en la base craneal. Al grado oclusal, se observa una asociación de Clase III, o mesioclusión, en el momento donde el 1er MI permanente contacta mesialmente con referente a su ubicación normal; la cúspide mesiovestibular del 1er MS definitivo contacta distalmente al surco vestibular del 1er MI definitivo, frecuentemente con el surco distovestibular y, en las situaciones mayormente difíciles, con el espacio entre el 1er y 2do MI. Se observa siempre que los incisivos tienen un resalte invertido junto con una sobremordida variada y hablando los incisivos inferiores se inclinan lingualmente (7).”

Mordida cruzada anterior

Estas malformaciones deben tratarse con el objetivo de eliminar cualquier obstáculo al desarrollo de la cara y la oclusión, así como mantener o restaurar la función normal. Es posible prevenir la asimetría anterior



mandibular y el eventual bruxismo en la región frontal, tratando la mordida cruzada anterior lo antes posible. La clave para el tratamiento exitoso es el reconocimiento del problema y su naturaleza (24).

2. Maloclusiones plano vertical:

Estas maloclusiones tienen como resultado la no proporción en la altura facial. Muchas investigaciones muestran que los cambios verticales pueden tener un impacto en la articulación temporomandibular y sus correspondientes funcionalidades. En las variables verticales tenemos a la mordida borde a borde, mordida profunda y abierta (2).

Mordida Abierta

“Es esta maloclusión, vemos que algunas piezas no logran conseguir la línea de oclusión y no se puede fijar relación con sus opuestos. Se divide en dos categorías: mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si esta desarmonía ósea es la causante de la ausencia de contacto dentario, la mordida abierta esquelética; además si son los dientes los culpables y no daña las bases óseas, la mordida abierta es dentaria. Las características faciales son: retrusión de ambos labios, 1/3 inferior disminuido, competencia labial, hipodivergente, cara amplia y cuadrada (27).”

Mordida Profunda o sobremordida vertical

“La sobremordida superior a 4 mm ($>$ mm) y una sobremordida vertical excesiva de los dientes frontales superiores en contacto con los dientes inferiores que son características por un sobrepaso vertical exagerado que se cataloga como una mordida profunda. Se puede clasificar como una



maloclusión difícil que prepara al paciente para situaciones problemáticas periodontales, dificultades del desarrollo sin problemas de los maxilares (2).”

Mordida borde a borde

“Da lugar a una sobremordida igual a cero, es decir, una sobremordida nula (= 0 sobremordida milímetros). (= 0 mm). Se distingue por la relación entre los bordes incisales de ambas arcadas. Se encuentra en algunas situaciones de denticiones desgastadas y en mordida abierta que logran a compensarse. Tiene un inicio esquelético cuando existen evidencia de hiperplasia maxilar o hipertrofia del MI, o cuando hay un origen dentario debido a una inclinación axial incisiva anormal (26).”

3. Maloclusiones plano transversal:

Mordida cruzada posterior:

Con una prevalencia que oscila entre el 7 y el 23%, una de las malformaciones más comunes en la dentición decidua y mixta, es la mordida cruzada posterior. Frecuentemente, es originada por una leve constricción maxilar bilateral, lo que resulta en una frecuente obstrucción oclusal que conduce a un desplazamiento funcional de la mandíbula del lado de la cruzada al cerrarse (18).

Se define como una diferencia transversal en el contacto del arco en la que las cúspides palatinas dé al menos un diente maxilar posterior no



ocluyen en la fosa central del diente mandibular antagonista. Su origen es multifactorial, en el que, además de la herencia y la consistencia alimentaria, juegan un papel fundamental factores ambientales como los hábitos de succión, el modo de respirar y el patrón de deglución (11).

“Se encuentra en ambas o en una sola hemiarcada o en un solo diente en mordida cruzada” (27).

Ocasionando un cambio funcional en la mandíbula, los infantes con mordida cruzada posterior unilateral tienden a hacer periodos masticatorios no regulares. Por lectura de la electromiografía de superficie, se ha logrado la acción desigual de los músculos masticatorios, cotejando el lado natural con respecto al lado de mordida cruzada (3).

Mordida en tijera

Se manifiesta en el momento que las caras palatinas de los molares y premolares superiores se relacionan con las caras vestibulares de los dientes antagonistas. También son en menor grado comunes que las mordidas cruzadas. Estas son factibles de presentar en ambas o una sola hemiarcada (27).

CONSECUENCIAS DE LAS MALOCLUSIONES

Está comprobado que las maloclusiones dañan el nivel de vida de la población, ya que tienen muchas problemáticas asociadas a la actividad bucal o razones por la que las personas muestran descontento en la armonía correcta de sus dientes con sus estructuras faciales. Al estar esto fuera de orden, trae consigo una variedad de problemas funcionales, psicológicos, sociales y existenciales, así como dolor. Se vio muchas veces que son los adolescentes



son los individuos mayormente dañados en el aspecto psicosocial, ya que estos se ubican en un periodo de crecimiento y cambios.

Las maloclusiones traen un gigante impacto psicológico, puesto que logran disminuir el atractivo facial, además obtener un sentido de autoestima reducido y sienten que su, habilidades de interacción, atractivo, aceptación social y su personalidad son juzgados críticamente (5).



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

3.1.1. **Ámbito General**

Esta investigación tuvo lugar en la ciudad de Puno, capital de la Provincia de Puno. Creado el 2 de mayo de 1854 que se encuentra en el sureste del Perú. Ubicado en la región sur oriental del Perú 3827 msnm. Caracterizado por su clima semiseco frígido y, su temperatura media oscila entre 26 °C y 8.6 °C, con una población de 1 238 435 habitantes aproximadamente.

3.1.2. **Ámbito Específico**

La presente investigación se aplicó en la IEE N° 70029 María Auxiliadora de la ciudad de Puno, provincia de Puno y región Puno, Perú. Esta se encuentra ubicado en Jirón, Lambayeque 591, inicio su funcionamiento en 1939 por la Congregación Salesiana “Hijas de María Auxiliadora” empezando como una institución de nivel primario.

3.2. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. **Tipo de Investigación**

El investigador tuvo una intervención observacional; según el alcance y análisis de resultados: descriptivo – correlacional, según el periodo, secuencia y tiempo del estudio: corte transversal y prospectivo.



3.2.2. Diseño de la Investigación

No experimental, ya que se hará sin cambiar las variables, basándose en la visión de las manifestaciones tal como ocurren en sus entornos naturales para poder estudiarlos posteriormente.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por 150 niños correspondientes a una sección por cada grado desde primero a sexto de primaria de la IEE N.º 70029 María Auxiliadora de la ciudad de Puno en el año 2023.

3.3.2. Muestra

La fórmula para calcular el tamaño de muestra cuando se conoce el tamaño de la población es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N = “Tamaño de la población (150)”

P = “Probabilidad de éxito o proporción esperada (0.5)”

Q = “Probabilidad de fracaso (0.5)”

Z = “Nivel de confianza (1.96)”

D = “Nivel de precisión (0.06)”

Tamaño de muestra: Donde n es igual a 96 estudiantes de la escuela 70029 María Auxiliadora – Puno. Según fórmula siendo 96 estudiantes lo mínimo,



se puede ampliar hasta 105 estudiantes que fue con la cantidad de estudiantes que se trabajó en esta investigación.

Tipo y selección de muestra: La muestra fue seleccionada con base en un método no probabilístico: muestra intencional o discrecional que alcanzaron todos los criterios de exclusión e inclusión.

3.3.3. Criterios de Selección de la Muestra

a. Criterios de inclusión

- Edad comprendida entre los 6 a 11 años en los que los padres hayan aceptado mediante el consentimiento por escrito.
- Tener raza latina para evitar influencias de patrones genéticos inherentes a otras razas.
- Los niños deben tener las amígdalas sanas e integridad coronaria en las piezas dentales.

b. Criterios de exclusión

- Síndromes o retrasos mentales por su gran prevalencia de malformaciones en el macizo cráneo-facial.
- Pacientes que presenten alguna aparatología de ortodoncia.
- Ausencia de relación incisal.

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

- Variable independiente: Hábitos succión digital
- Variable dependiente: Mordida cruzada posterior y anterior
- Variables intervinientes: Sexo y edad.

3.4.1. Operacionalización de Variables

Tabla 1

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Categoría de escala
V.I: Hábito	<p>“El hábito es causado por la repetición de un mismo acto.”</p> <p>“Los hábitos malos alteran el crecimiento del sistema estomatognático resultando en un no equilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas.”</p>	Habito de succión	Cuestionario llenado por los padres	-Presenta -No presenta
VD: Maloclusiones	<p>“La maloclusión es una desalineación de los dientes superiores e inferiores, donde no se observa un adecuado engranaje de las estructuras óseas entre el maxilar y la mandíbula, resultando en la falta de una función ideal del aparato masticatorio (28).”</p>	-Mordida cruzada posterior -Mordida cruzada anterior	<p>- “Las cúspides vestibulares de los PM y MI desbordan lateralmente a los superiores en una hemiarcada o en ambas.”</p> <p>- “Es la inclinación axial anormal de uno o de varios incisivos superiores, que pueden estar colocados lingualmente.”</p>	-Unilateral, Bilateral, No presenta -Con molar clase I, molar clase III, no presenta.
V.Interviniente Sexo y Edad				

Nota: Cuadro detallado que explica cada dimensión del cuadro de operacionalización



3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica

Se aplicarán 2 técnicas:

- La técnica comunicacional tipo encuesta que fue entregado al tutor o a los padres de familia, para conocer la variable “hábito de succión”.
- La técnica observación clínica fue tipo ficha clínica, modelos de diagnóstico y galería fotográfica para conocer la variable “Maloclusión mordida cruzada anterior y posterior”.

3.5.2. Instrumentos

Se realizó mediante dos fichas:

- **Encuesta a los padres de familia:** “Se aplicó la encuesta previamente validada para la recolección de hábito de succión digital, en la cual incluirá los datos: Nombres del escolar, edad, sexo, preguntas que nos ayuden a determinar si el infante tiene o no el hábito de succión digital. Se usó como referencia la encuesta de Garrido (15).” (Anexo 4).
- **Ficha de observación clínica:** “Para la realización del segundo instrumento se trabajó a base de un instrumento previamente validado (7).” (Anexo 5).
- **Galería fotográfica – intraorales:** “Se tomaron fotografías intraorales a todos los niños que presentaron mordida cruzada anterior y posterior, para poder evaluar y examinar mejor la segunda variable.” (Anexo 10)



- **Modelos de diagnóstico:** “De la muestra seleccionada se consideró a 5 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, quienes tienen los modelos de diagnóstico.” (Anexo 11)

3.6. VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

PRIMER INSTRUMENTO (Cuestionario)

- Para la elaboración del primer instrumento se trabajó basándonos en el realizado por Garrido en el 2016 y Molina en el 2021. Al cual se le aplicó una prueba piloto a 10 individuos (Anexo 6), a partir del cual se elabora la categorización del conocimiento (3,15)
- A partir del cual se elaboró la categorización empleando la prueba Alfa de Cronbach ($KR_{10} = 0,815$) para la adaptación del instrumento previamente validado.

SEGUNDO INSTRUMENTO (Ficha Clínica)

- Como segundo instrumento se usó la ficha clínica usada en el proyecto de investigación realizado por Rodríguez en el año 2018, el cual está respectivamente calibrado (7).

3.7. PROCEDIMIENTOS

3.7.1. Coordinación

- “Primeramente, se presentó por escrito, una solicitud al director de la IEE N° 70029 María Auxiliadora, habiendo tenido antes una reunión con el director y docentes, con el propósito de informar en qué consistía la presente investigación, en la cual el director con la plana docente accedió para ejecutar el trabajo.” (Anexo 1)



- “Seguido de ello se me asigno una sección por grado de manera aleatoria, los cuales fueron 1C, 2D, 3A, 4A, 5C, 6B, y se procedió a realizar una coordinación interna con los profesores de las secciones correspondientes.”
- “Posteriormente, se siguió con la entrega de consentimientos informados y la encuesta a los padres de familia, mediante la ayuda de los profesores, para la autorización y llenado.” (Anexo 2)
- “De igual manera se les dio a los infantes el asentimiento informado, previa explicación en qué consistía la evaluación.” (Anexo 3)
- “Para la coordinación se visitó la institución hasta en 3 oportunidades para poder coordinar tanto con la dirección como con los profesores.”

3.7.2. Ejecución

- “Una vez realizadas las encuestas y los consentimientos firmados por el tutor o padre de familia, se regresó a la institución, donde el operador visito los grados y secciones correspondientes, el día y la hora acordada con los docentes.”
- “El cronograma para la revisión clínica se realizó de la siguiente manera: El primer día se revisó a los niños de 5C y 4A, el segundo día se revisó a los niños de 1C y 2D, y el tercer día se revisó a los niños de 3A y 6B.”
- “Para determinar la mordida cruzada se hizo a través de una revisión clínica que tuvo lugar en la institución educativa, la toma de modelos de diagnóstico se le hizo solo a niños que presentaban mordida cruzada posterior y fotografías intraorales a todos los niños que presentaron algún tipo de mordida cruzada”



- “Cuando se terminó de evaluar clínicamente a los estudiantes participantes, se les obsequió un cepillo de dientes y su pasta dental como agradecimiento por su participación.”
- “Todos los procedimientos fueron realizados en la institución, a excepción de la toma del modelo de diagnóstico, el cual fue tomado a 5 niños que presentaban mordida cruzada posterior, se citó a los 5 niños en un consultorio odontológico bajo la supervisión de un Cirujano Dentista, previa coordinación y autorización con los padres de familia, la impresión fue realizada en alginato y el vaciado fue con Yeso Ortodóntico.”

3.7.3. Evaluación Clínica

- “Se colocó el campo de mesa con lo necesarios para poder realizar los exámenes clínicos, el investigador colocó una silla con respaldo donde el participante se sentó. En las aulas designadas de la institución educativa, se llevó a cabo la evaluación clínica observacional con la ayuda de baja lenguas, espejos intraorales, y con todas las medidas de bioseguridad.”
- “Posteriormente, para evaluar la maloclusión dentaria sagital a la cual pertenece la mordida cruzada anterior, se observó que los participantes tuvieron los incisivos o caninos del maxilar superior en posición lingual con relación a sus antagonistas de la mandíbula. Esta puede presentarse con molar I o con molar III.”
- “Respecto a la evaluación de la maloclusión transversal a la que pertenece la mordida cruzada posterior, algunos aspectos evaluados incluyen la oclusión de las fosas de molares y premolares inferiores con las cúspides vestibulares de molares y premolares superiores, las cúspides vestibulares



de estos deberán desbordar lateralmente a los superiores. Esta puede ser unilateral o bilateral.”

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Permisos institucionales, se pidió autorización al director de la IEE N.º 70029 María Auxiliadora.
- Carta de información
- Consentimiento informado a los apoderados, asentimiento a los niños, se informará a los padres de familia acerca del estudio que se hará a sus menores hijos.

3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico Se usó la prueba de independencia de variables usando el estadístico de chi-cuadrada con un 5% de significancia estadística.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Identificando la frecuencia del hábito de succión digital en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno

Tabla 2

Hábito de succión digital en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora.

Edad, años	1 o 2 veces al día		No lo hace		Total
	n	%	n	%	
6	3	12	23	88	26
7	2	15	11	85	13
8	4	20	16	80	20
9	4	25	12	75	16
10	2	18	9	82	11
11	4	21	15	79	19
Total	19		86		105

Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 2 se muestra la cantidad de niños de acuerdo al hábito de succión, donde se puede observar que 19 niños (18.1%) presentan el hábito de succión digital, siendo predominante en las edades de 8, 9 y 11 años, lo que hace que este hábito sea poco frecuente en comparación con los que no presentan el hábito que son 86 niños (81.9%).

4.1.2. Identificando la maloclusión de mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora – Puno

Tabla 3

Presencia de maloclusión de mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora.

Maloclusion	Condición	n	%
Anterior	No presenta	90	86
	Con molar clase I	13	12
	Con molar clase III	2	2
Total		105	100
Posterior	No presenta	99	94
	Unilateral	4	4
	Bilateral	2	2
Total		105	100

Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 3 se muestra que 15 niños (14.3%) presentan mordida cruzada anterior siendo mayor la con molar clase I y 6 niños (5.7%) presentan mordida cruzada posterior siendo mayor la unilateral (3.8%) , vemos que hay una predominancia de la mordida cruzada anterior con respecto a la posterior.

4.1.3. Relacionando el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior según sexo y edad

Tabla 4

Relación del hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada posterior de acuerdo al género en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora.

Frecuencia de habito	Bilateral	Unilateral	Sin presencia de maloclusiones	Total
Femenino				
1 o 2 veces al dia	0	2	6	8
Sin hábitos	1	0	42	43
Total	1	2	48	51
Masculino				
1 o 2 veces al dia	0	2	9	11
Sin hábitos	1	0	42	43
Total	1	2	51	54

($p < 0,05$)

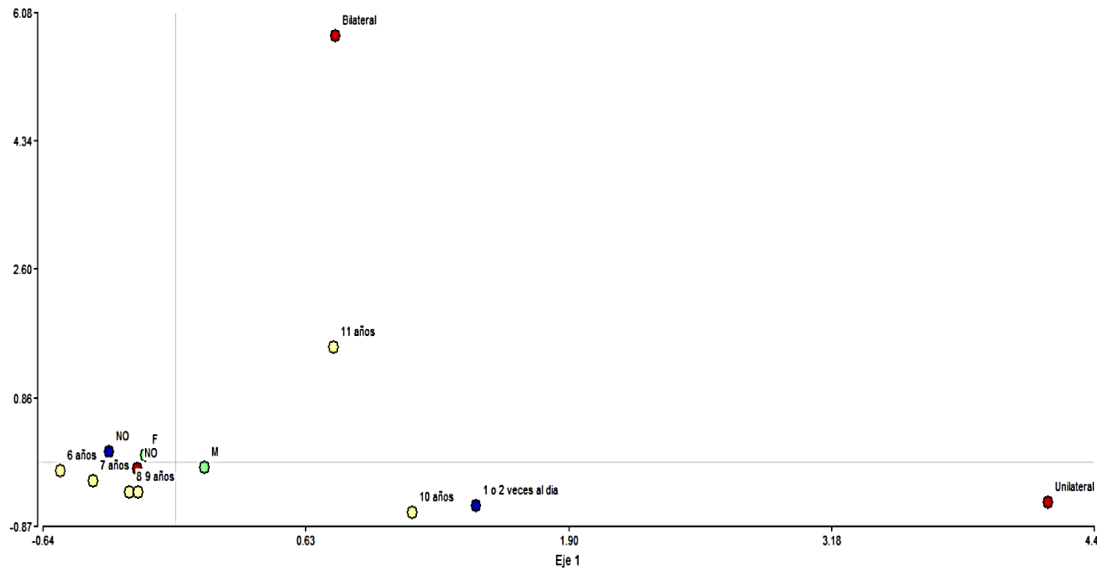
Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 4 nos muestra que 2 niñas (3.9%) y 2 niños (3.7%) muestran asociación entre los hábitos de succión digital y la maloclusión de mordida cruzada posterior del tipo unilateral en ambos géneros, además 1 niña (1.9%) y 1 niño (1.8%) presentan la maloclusión de mordida cruzada posterior bilateral, pero este no se relaciona con el hábito de succión digital.

Figura 1

Análisis de correspondencia múltiple para el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior de acuerdo al sexo y edad de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora.



Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

En la figura 1 observamos por cercanía de puntos en el análisis de correspondencia múltiple que los niños de 6, 7, 8 y 9 años que no tienen la frecuencia de hábito de succión digital no tienen maloclusiones bilaterales o unilaterales indistintamente del género de los niños, además que los niños de 10 y 11 años que, si presentan la mordida cruzada posterior tanto unilateral y bilateral, tienen mayor afinidad por el hábito de succión digital una o dos veces.

4.1.4. Relacionando el hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada anterior según sexo y edad

Tabla 5

Relación del hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada anterior de acuerdo al género en niños de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora.

Frecuencia de hábito	Sin presencia de maloclusiones	Presenta con molar clase I	Presente con molar clase III	Total
Femenino				
1 o 2 veces al día	3	4	1	8
Sin hábitos	39	4	0	43
Total	42	8	1	51
Frecuencia de hábito	Sin presencia de maloclusiones	Presente con molar clase I	Presente con molar clase III	Total
Masculino				
1 o 2 veces al día	9	2	0	11
Sin hábitos	39	3	1	43
Total	48	5	1	54

($p > 0,05$)

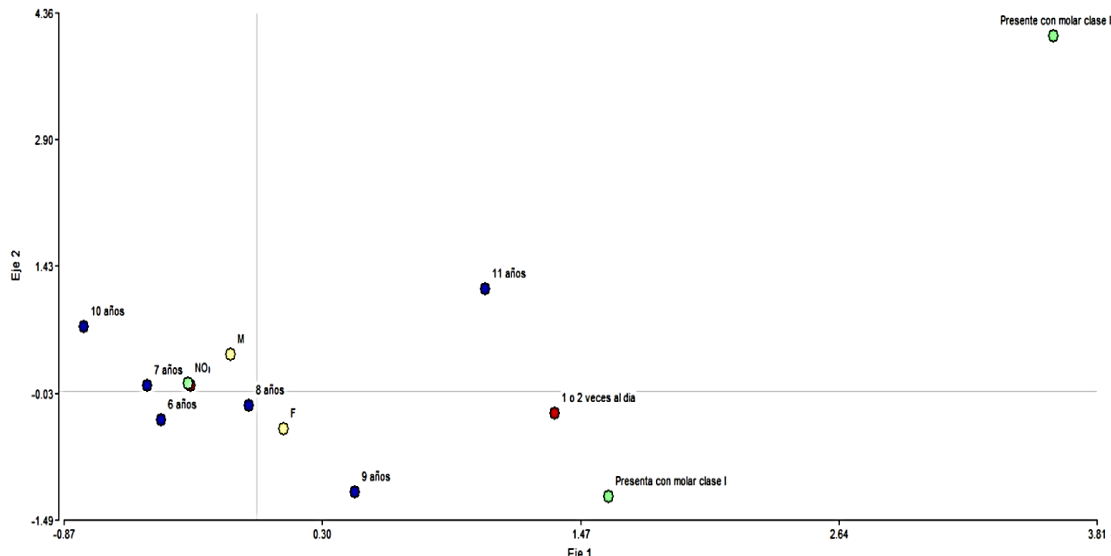
Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 5 se muestra que existe asociación entre los hábitos de succión digital y la maloclusión de mordida cruzada anterior en ambos géneros, en el sexo femenino 5 niñas (9.8%) presentan esta asociación siendo mayormente del tipo molar con clase I, en el sexo masculino 2 niños (3.7%) presentan esta asociación siendo mayormente del tipo molar clase I.

Figura 2

Análisis de correspondencia múltiple para el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada anterior de acuerdo al sexo y edad de 6 a 11 años de la IEE N°70029 María Auxiliadora.



Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

En la figura 2 observamos por cercanía de puntos en el análisis de correspondencia múltiple que los niños de 6, 7, 8, 9 y 10 años que no tienen la frecuencia de hábito de succión digital no tienen maloclusiones con molar clase I y clase III sin importar el género de los niños, además que los niños de 11 años tienen mayor afinidad por el hábito de succión digital y tendencia a presentar maloclusión con molar clase I.

4.1.5. Relacionando el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior y anterior.

Tabla 6

Relación del hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada posterior en niños y niñas de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora.

Frecuencia de hábito	Sin presentar maloclusiones	Unilateral	Bilateral	Total
1 o 2 veces al día	15	4	0	19
Sin hábitos	84	0	2	86
Total	99	4	2	105

($p < 0,05$)

Nota: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 6 nos muestra que existe asociación entre los hábitos de succión digital y la maloclusión de mordida cruzada posterior unilateral en 4 niños (3.8%), además 2 niños (1.9%) que no presentan el hábito de succión digital, pero si presentan la maloclusión de mordida cruzada posterior bilateral.

Tabla 7

Relación del hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada anterior en niños y niñas de 6 a 11 años de la IEE N° 70029 María Auxiliadora.

Frecuencia de hábito	Sin presencia de maloclusiones	Presente con molar clase I	Presente con molar clase III	Total
1 o 2 veces al día	12	6	1	19
Sin hábito	78	7	1	86
Total	90	13	2	105

($p < 0,05$)

Nota: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 7 se muestra que existe asociación entre los hábitos de succión digital y la maloclusión de mordida cruzada anterior en 7 niños (6.7%) en su mayoría con molar clase I y 1 niños en molar con clase III, también se observó 8 niños (7.6%) que no presentaban el hábito de succión digital pero que si presentaban la maloclusión de mordida cruzada anterior en ambos tipos.

4.2. DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue determinar la relación del hábito de succión digital con la mordida cruzada posterior y anterior en infantes de 6 a 11 años de la I.E.P 70029 María Auxiliadora.

De acuerdo a los resultados obtenidos con respecto a la frecuencia de este hábito, se puede observar que la mayoría de los niños no tienen presencia de este hábito de succión digital con un 81.9% (n=86), siendo superiores para los niños de 6 años en comparación de los que tienen la presencia de este hábito. Claramente en este estudio el 81.9% no presento el hábito de succión digital, resultado similar se encontró en Diaz. K en 2016, Vicente. N en 2021, Montes. C en 2021 y Rodríguez. L en 2018 con un 90.5%, un 93.23%, 65% y 88.5% que no presentan el hábito de succión digital. Por el contrario, en el estudio realizado por Sáenz. A en el año 2011 el hábito más frecuente que encontró fue el de succión con un 62.14% (1,7,9,12,26).

Por otra parte, en cuanto a la presencia de la maloclusión de mordida cruzada posterior y anterior, se observó que en el estudio realizado por Rodríguez. L en el año 2018 y Jairo. M en el año 2021, encontraron que el 6.4% y el 13.16% presenta mordida cruzada posterior, estos resultados son similares a los obtenidos en la presente investigación, en donde el 5.7% (n=6) presenta mordida cruzada posterior que en comparación con la mordida cruzada anterior no tuvo predominancia. Además, se encontró que en el estudio realizado por Rodriguez. L que el 1.9% presenta la maloclusión de mordida cruzada anterior con molar clase I y el 5.1% lo presenta con molar clase III, y en el estudio realizado por Jairo. M se encontró que el 0% presenta mordida cruzada anterior con molar clase I y un 3.5 % con molar clase III, resultados que son similares a los encontrados en donde también una minoría presento estas maloclusiones con un 12.3% (n=13) con molar clase I y un 1.9% (n=2) con molar clase III (3,7)



En el presente estudio, en cuanto a la relación entre el hábito de succión digital y la mordida cruzada posterior, se encontró que el 3.8% (n=4) entre niños y niñas equitativamente presentaron esta asociación, siendo todos los casos del tipo unilateral, además fue más predominante en la edad de 10 y 11 años, este resultado coincide con el realizado por Sáenz. A en el año 2007 y Rodríguez. L en el año 2018 en donde en el primer estudio un 9.6% (n=11) niños presentaron esta asociación, pero no coincidió con el presente en lo que refiere a sexo y edad, ya que en el estudio de Saénz fue predominante esta asociación en el sexo masculino y en la edad de 3 a 4 años. En el segundo estudio también demuestra que existe una relación entre el hábito de succión digital y la mordida cruzada posterior con un 0.6% (n=1). En el estudio realizado por Vilela. M en el año 2008 encontró relación directa de hábitos de succión no nutritiva y mordidas cruzadas posteriores, lo que concuerda con la presente investigación realizada. Por el contrario, en el estudio realizado por Tung. H, et al en el año 2018, en el de Hidalgo. M en el año 2015 y en el de Mendoza. L en el año 2014 no se encontraron relación o asociación entre el hábito de succión digital y mordida cruzada posterior, además en el estudio realizado por Mendoza. L la maloclusión que presento asociación directa son el hábito de succión digital fue la Mordida Abierta. (6,7,10,12,18,24).

Así mismo, en cuanto a la relación del hábito de succión digital y la mordida cruzada anterior, se halló que existe asociación en ambos sexos con un 6.7% (n=7) predominando en niñas con un 4.7% (n=5), a los 11 años más predominante y con molar clase I con un 5.7% (n=6), resultados que coinciden con los realizados por Rodríguez. L en el año 2018 en donde demuestra asociación entre los hábitos de succión digital y la maloclusión mordida cruzada anterior con 1.9% (n=3) con predominancia de molar con clase I con un 1.6% (n=3). En el estudio realizado por Sáenz. A en el año 2011 se encontró que la maloclusión sagital asociado con el hábito de succión, digital más frecuente



maloclusión clase I sin mordida cruzada anterior, contrariamente a los resultados obtenidos en el presente estudio. Además, en la investigación hecha por Hidalgo. M en el año 2015 y no encontró asociación del hábito de succión del dedo con la mordida cruzada anterior (7,12,24).

Finalmente, para relacionar el hábito de succión digital con las maloclusiones de mordida cruzada posterior y anterior, se encontró en el presente estudio que, si existe asociación, con la mordida cruzada posterior fue con un 3.8 % (n=4) y mordida cruzada anterior con un 6.7% (n=7), resultados que coinciden con los realizados por Rodriguez. L en el año 2018 en donde encontró una relación entre el hábito de succión con la mordida cruzada posterior con un 0.6% (n=1) y mordida cruzada anterior con un 1.9% (n=3) con predominancia de molar con clase I con un 1.6% (7).



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: “En esta investigación se identificó que la frecuencia del hábito de succión digital fue baja en infantes de 6 a 11 años, por lo que se puede suponer que predominaría otro tipo de hábito ajeno al que se tiene por objeto de estudio.”

SEGUNDA: “Se concluyo que la maloclusión con mayor predominancia en el grupo estudiado fue la mordida cruzada anterior en comparación con la mordida cruzada posterior.”

TERCERA: “En esta investigación se mostró relación entre el hábito de succión digital con la maloclusión de mordida cruzada posterior en ambos sexos de forma equitativa.”

CUARTA: “Se concluyo que hay una relación entre el hábito de succión digital y la maloclusión de mordida cruzada anterior predominantemente del sexo femenino.”

QUINTA: “En esta investigación se determinó que existe una relación entre el hábito de succión digital con ambas maloclusiones de mordida cruzada anterior y posterior, con predominancia con la mordida cruzada anterior.”



VI. RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se sugiere a los futuros tesisistas realizar más investigaciones específicas con los diferentes hábitos no fisiológicos que padecen los niños y demostrar su relación con otros tipos de maloclusiones, así como ampliar la población de estudio.
- SEGUNDA:** A las próximas investigaciones se sugiere que el investigador principal aplique directamente las encuestas o cuestionarios a los padres de familia, priorizando quién ha tenido mayor contacto durante el desarrollo del niño.
- TERCERA:** A las instituciones públicas, como el Ministerio de salud de la región y los profesionales de la salud, se recomienda realizar campañas periódicas dirigidas a la prevención para brindar información sobre las maloclusiones en la población y sobre los hábitos no fisiológicos, con el propósito de comunicar a la población y prevenir gastos futuros en tratamientos de corrección.
- CUARTA:** A los investigadores en el área, realicen estudios que analicen las maloclusiones, no solo de tipo dentario, sino también considerar las maloclusiones de tipo esquelético con uso de instrumentos más específicos.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicente N. "Frecuencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en pacientes del servicio de odontopediatria de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021."
2. Zarate R. "Hábitos bucales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.EP N° 70621, 20 de enero. Juliaca 2019. Universidad Nacional del Altiplano; 2021."
3. Molina J. "Nivel de conocimientos de padres sobre hábitos bucales deletéreos en relación a su prevalencia en pacientes entre 5 y 13 años que acuden a la consulta pediátrica. Clínica San Juan de Dios, Arequipa, 2021. Universidad Católica de Santa María; 2021."
4. Mallqui J. "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;105."
5. Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia R. "Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. Kiru. 2018;15(2):94-8."
6. Mendoza L, Meléndez AF, Ortiz R, Fernández A. "Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev Salud Oral [Internet]. 2016;2(4):220-7. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52835>"
7. Rodríguez L. "Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018."
8. Santos G. "Asociación entre hábitos orales deletéreos y asma en niños : una revisión sistemática y metanálisis. Odontol Pediatr. 2022;1-9."



9. Dias K, Duarte L, Plata C. "Descripción de hábitos orales parafuncionales en niños atendidos en las clínicas del niño de la Universidad Santo Tomas. Vol. 1. Universidad Santo Tomas; 2016."
10. Vilela M, Tornisiello C, Rosenblatt A. "Hábitos de succión no nutritivos, maloclusiones dentales y morfología facial en niños brasileños: un estudio longitudinal. Eur J Orthod. 2008;30(6):580–5."
11. Ovsenik M. "Funciones orofaciales incorrectas hasta los 5 años y su asociación con mordida cruzada posterior. Am J Orthod Dentofac Orthop. 2009;136(3):375–81."
12. Sáenz A. "Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar" [Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2016. Available from: <http://eprints.usanl.mx/id/eprint/2392>.
13. Ocampo Parra A, Johnson García N, Lema Álvarez MC. "Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev Nac Odontol. 2014;9:83–90."
14. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. "Asociación entre hábitos bucales, respiración bucal y maloclusión. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2016;36(5):386–94."
15. Garrido P. "Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años. Universidad de las Américas; 2016."
16. Kanika S Dhull , Tulika Verma y BD. "Prevalencia de hábitos orales nocivos entre niños en edad preescolar de 3 a 5 años en Bhubaneswar, Odisha, India." Clin Pediatr Dent [Internet]. 2018;3:210–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6102427/>
17. Silva S, Manzanares M, Ferreira J, Abreu P, Ustrell J. "Una muestra de hábitos de succión no nutritiva (chupete y dedo) en niños portugueses y su relación con las



- clases molares de ángulo." Sección la Rev Ortod. 2018;10(12):1161–6.
18. "Tung H, Ling B, Hou F, Mineaki K, Sum H, Zhang L, et al. La asociación entre hábitos de succión nutritivos , no nutritivos y oclusión dental primaria. BMC Oral Health. 2018;0:1–10."
 19. Paolantonio E, Ludovici N, Saccomanno S, La Torre G, Grippaudo C. "Asociación entre hábitos bucales, respiración bucal y maloclusión en preescolares italianos. Eur J Paediatr Dent. 2019;20(3):204–8."
 20. Herrero Y. "Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Revista Medica Granma. 2019;23(3):580–91."
 21. César L, Amelia S, Vedovello S, Filho MV, Cesar L, Amelia S, et al. "La ansiedad y los hábitos bucales como factores asociados a la maloclusión. Taylor Fr Gr. 2019;9634:5."
 22. Silvia; Atanaz, Marco; Gatto R. "Malos hábitos bucales y maloclusiones después del uso de chupetes de ortodoncia: un estudio observacional en 3 - Niños de 5 años." *Pediatría BMC* [Internet]. 2019;19:0–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31438904/>
 23. "Mendizabal G. Nivel de informacion acerca de la influencia que ejercen los habitos deletereos sobre la oclusion dentaria, en madres que acuden al servicio de odontologia pediatrica del centro medico naval en el año 2006 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007. Available from: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>"
 24. Hidalgo M. "Lactancia Materna y hábitos de succión no nutritiva en relación a la oclusión decidua de niños de un centro poblado de Huancavelica [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4294>"



25. Mendoza F. "Conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/9515>"
26. Montes C. "Hábitos orales deletéreos y maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años en la I.E.P Edmund Taylor Whittaker. Vol. 1, Universidad Alas Peruanas. Universidad Alas Peruanas; 2021."
27. Cisneros A. "Maloclusiones en población escolar de 3 a 5 años Institución Educativa Inicial N.º 22, distrito de Cangallo Ayacucho 2021 [Internet]. Universidad Continental; 2021. Available from: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11214/1/IV_FCS_5_03_TA_Cisneros_Bautista_2021.pdf"
28. "Rodríguez-Olivos LHG, Chacón-Uscamaita PR, Quinto-Argote AG, Pumahualcca G, Pérez-Vargas LF. Hábitos orales deletéreos relacionados con maloclusión dentaria vertical, transversal y sagital en pacientes pediátricos. BMC Oral Health. 2022;22(1):1–7."
29. Tasayco A. "Influencia de los hábitos de lactancia con las maloclusiones dentales en niños de 3-7 años atendidos en el Centro Odontológico Mini Sonrisas San Miguel - 2022. Universidad Continental; 2022."
30. Cameron A, Widmer R. "Manual de odontología pediátrica. 3rd ed. Elsevier Mosby; 2010. 39–50 p."



31. "M, Guida G, Herrera D, Quirós O. 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. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría. 2012;1(2)."



ANEXOS

ANEXO 1. Autorización para la ejecución

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

MESA DE PARTES		
11 MAY 2023		
REG	HORA	FIRMA
		<i>[Firma]</i>

SOLICITA: AUTORIZACION PARA LA EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACION EN SU INSTITUCION EDUCATIVA A CARGO

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA EMBLEMÁTICA N°70029 MARIA AUXILIADORA - PUNO

Yo, MYRIAN KATHERINE QUIZA RAMOS, identificado(a) con DNI. N° 70078035 y con domicilio(a) en Av. Circunvalación N.° 2071 de la ciudad de Puno, bachiller en ciencias de la Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, ante Ud. Me presento y con el debido respeto expongo:


Es grato dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y manifestarle que debido a que mi proyecto de investigación titulado: "RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Y ANTERIOR EN NIÑOS DE LA IEE N° 70029 MARÍA AUXILIADORA – PUNO, 2023". Se encuentra aprobado y expedido para la ejecución. Es que le solicito a Ud. La autorización para poder ejecutar dicho estudio de investigación en la prestigiosa institución en la cual dirige Ud.

Por la atención brindada al presente, expreso mi sincero agradecimiento.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Acceder a mi solicitud

Puno, 11 de Mayo del 2023




MYRIAN KATHERINE QUIZA RAMOS
FIRMA
DNI N.° 70078035
Bachiller en ciencias de la Odontología

1º E
2º D
3º P
4 A
5 C
6 B

Se autoriza la Ejecución del Proyecto

[Firma]
SUB-DIRECTORA





ANEXO 2. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“RELACIÓN DEL HABITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Y ANTERIOR EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA ESCUELA 70029 MARIA AUXILIADORA - PUNO”

Yo, Myrian Katherine Quiza Ramos; en mi condición de bachiller de la Universidad Nacional del Altiplano, expongo el propósito del estudio: *Determinar la relación del hábito de succión digital con la mordida cruzada posterior y anterior en niños de 6 a 11 años de la escuela 70029 Maria Auxiliadora – Puno.*

La investigación se iniciará realizando un cuestionario a usted padre de familia y/o apoderado del menor hijo. Luego se realizara un examen clínico en el niño/a para determinar la relación del habito de succión digital con la mordida cruzada posterior como anterior. Haciendo conocimiento que este estudio no conlleva a ningún tipo de riesgo, ni efectos adversos para el menor, la investigación no lo compromete a ningún tipo de gasto y los datos obtenidos se mantienen en confidencialidad.

Por lo tanto, yo.....declaro que, habiendo leído la información proporcionada por el bachiller, autorizo a mi menor hijo (a)..... para que se realice este procedimiento clínico.

Firma del padre o apoderado:

DNI:

ANEXO 3. Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola mi nombre es Myrian Katherine Quiza Ramos, estoy realizando un estudio para saber más acerca de los problemas que tienen tus dientecitos, que se llaman maloclusiones y hábitos bucales, y para ello quiero pedirte tu apoyo en el estudio, que consistirá en observar como están tus dientecitos, el cual solo lo tendré yo , y no lo enseñare a otros. El examen es sencillo.

Tu participación es voluntaria, es decir, si tu no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participar o no en el estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor que pongas una (X) en el recuadro que tiene la opción "si", y si no quieres participar marca con una (X) en el recuadro que tiene la opción "no"

 SI NO

Nombres y Apellidos: _____



ANEXO 4. Encuesta para los padres de familia

ENCUESTA DE HÁBITOS BUCALES PARA LOS PADRES DE FAMILIA

Lea con atención las siguientes preguntas y marca con una X la opción que identifique más el comportamiento de su hijo.

Nombre y Apellido del menor:.....

Edad de su menor hijo (a):.....

Grado de instrucción (de ser superior, indique que profesión tiene usted):

1. ¿El niño /a, se chupa el dedo? (Si su respuesta fue "NO" por favor siga con la pregunta 2)	SI	NO
1.1 ¿Con que frecuencia se chupa el dedo?	1 o 2 veces al día	3 o más veces al día
2. ¿Su hijo sufre de alguna enfermedad hereditaria o padece de algún mal que comprometa su vida?	SI	NO
3. ¿Su hijo asiste regularmente al dentista?	SI	NO
4. ¿Su hijo está recibiendo o ha recibido algún tratamiento dental? (de ser afirmativo, indique que tratamiento):	SI	NO
5. ¿Cuánto tiempo su hijo recibió pecho?		
6. ¿Su hijo utilizo chupete o chupón o succiona objetos? (Si es así, indique desde edad y cuando dejo de utilizarlo o lo sigue utilizando):.....	SI	NO
7. ¿Su hijo(a) utilizo biberón? (si es así, indique desde que edad y cuando dejo de utilizarlo o si lo sigue utilizando):.....	SI	NO

- "Molina J. Nivel de conocimientos de padres sobre hábitos bucales deletéreos en relación a su prevalencia en pacientes entre 5 y 13 años que acuden a la consulta pediátrica. Clínica San Juan de Dios, Arequipa, 2021. Universidad Católica de Santa María; 2021" (3).
- "Garrido P. Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años. Universidad de las Américas; 2016" (15).



ANEXO 5. Ficha de observación clínica

FICHA DE OBSERVACION CLINICA

Maloclusión dentaria	Rasgos clínicos, presencia (P) o ausencia (A)	
1. Tipo de maloclusión dentaria vertical	Mordida profunda anterior	
	Mordida abierta anterior	
	Mordida abierta posterior	
	Bis- Bis	
	Normoclusión	
	No registra	
2. Tipo de maloclusión dentaria transversal	Mordida cruzada posterior uni/bilateral	
	Bis-Bis	
	Normoclusión	
3. Tipo de maloclusión dentaria sagital	Molar clase I sin mordida cruzada anterior	
	Molar clase I con mordida cruzada anterior	
	Molar clase II división 1	
	Molar clase II división 2	
	Molar clase III sin mordida cruzada anterior	
	Molar clase III con mordida cruzada anterior	
	No registra	

Nombres y Apellidos: _____

- "Rodríguez L. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018" (7).



ANEXO 6. Prueba piloto y fiabilidad para el instrumento cuestionario

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,815	6

Estadísticas de total de elemento				
	Med ia de escala si el elemento se ha suprimido	Varian za de escala si el elemento se ha suprimido	Correlació n total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta 1	2,0000	3,200	,598	,781
Pregunta 2	2,0909	3,291	,657	,773
Pregunta 3	1,9091	3,091	,605	,779
Pregunta 4	1,8182	3,364	,408	,824
Pregunta 6	1,9091	2,891	,742	,747
Pregunta 7	1,6364	3,255	,499	,803

ANEXO 7. Frecuencia de la población de estudio según género, grado y edad

Tabla 1. Estudiantes que participaron en el estudio de acuerdo al género

Genero	N	FR	%
Femenino	51	0,49	49
Masculino	54	0,51	51

Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

"La tabla anterior muestra los estudiantes que fueron parte del estudio de acuerdo al género, observándose una similitud entre los participantes, teniendo porcentajes similares para ambos generas."

Tabla 2. Estudiantes que participaron en el estudio de acuerdo al grado al que pertenecen

Grado	N	FR	%
Primero	27	0,26	26
Segundo	19	0,18	18
Tercero	18	0,17	17
Cuarto	13	0,12	12
Quinto	12	0,11	11
Sexto	16	0,15	15

Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.



Tabla 3. Estudiantes que participaron en el estudio de acuerdo a la edad

Categorías	N	FR	%
6 años	26	0,25	25
7 años	13	0,12	12
8 años	20	0,19	19
9 años	16	0,15	15
10 años	11	0,1	10
11 años	19	0,18	18

Fuente: Tabulación de Fichas de Recolección de Datos.

INTERPRETACIÓN

"Las tablas anteriores muestran la distribución de niños de acuerdo al grado y edad, teniendo resultados similares, es importante resaltar la cantidad de niños con edad de 6 años y que la mayoría de estos están en primer grado."



ANEXO 8. Análisis de correspondencia múltiple

Contribuciones por celda al estadístico chi-cuadrado
En columnas: Frecuencia habito:Maloclusion/posterior:Edad
En filas: Frecuencia habito:Maloclusion/posterior:Edad

	1 o 2 veces al dia		NO	Unilateral	Bilateral	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	Total
NO	3,44	15,56	0,1	3,28	0,08	0,14	0,01	0,01	0,09	1,00E-05	0,02	22,73
1 o 2 veces al dia	15,56	70,44	0,47	14,83	0,36	0,62	0,05	0,04	0,42	4,60E-05	0,09	102,89
NO	0,1	0,47	0,34	3,77	1,89	0,09	0,05	0,07	0,06	0,18	0,47	7,49
Unilateral	3,28	14,83	3,77	97,15	0,08	0,99	0,5	0,76	0,61	5,96	2,25	130,18
Bilateral	0,08	0,36	1,89	0,08	101,04	0,5	0,25	0,38	0,3	0,21	7,41	112,49
6 años	0,14	0,62	0,09	0,99	0,5	59,44	3,22	4,95	3,96	2,72	4,7	81,33
7 años	0,01	0,05	0,05	0,5	0,25	3,22	80,61	2,48	1,98	1,36	2,35	92,85
8 años	0,01	0,04	0,07	0,76	0,38	4,95	2,48	68,81	3,05	2,1	3,62	86,26
9 años	0,09	0,42	0,06	0,61	0,3	3,96	1,98	3,05	75,44	1,68	2,9	90,48
10 años	1,00E-05	4,60E-05	0,18	5,96	0,21	2,72	1,36	2,1	1,68	84,15	1,99	100,36
11 años	0,02	0,09	0,47	2,25	7,41	4,7	2,35	3,62	2,9	1,99	70,44	96,25
Total	22,73	102,89	7,49	130,18	112,49	81,33	92,85	86,26	90,48	100,36	96,25	923,32

Contribución a la Chi cuadrado

	Autovalor	Inercias	Chi-Cuadrado	(%)	% acumulado
1	0,72	0,52	180,28	19,52	19,52
2	0,66	0,43	148,89	16,13	35,65

Coordenadas fila

	Eje 1	Eje 2
NO	-0,32	0,14
1 o 2 veces al dia	1,46	-0,62
NO	-0,19	-0,09
Unilateral	4,27	-0,64
Bilateral	0,82	5,77
6 años	-0,54	-0,14
7 años	-0,42	-0,24
8 años	-0,28	-0,36
9 años	-0,12	-0,49
10 años	1,11	-0,66
11 años	0,78	1,54



Contribuciones por celda al estadístico chi-cuadrado
 En columnas: Frecuencia habito: Maloclusion/ anterior: Edad
 En filas: Frecuencia habito: Maloclusion/ anterior: Edad

	NO	1 o 2 veces al día	NO	Presenta con molar clase I..	Presente con molar clase I..	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	Total
NO	3,44	15,56	0,25	1,25	0,25	0,14	0,01	0,01	0,09	1,00E-05	0,02	21,02
1 o 2 veces al día	15,56	70,44	1,13	5,66	1,13	0,62	0,05	0,04	0,42	4,60E-05	0,09	95,13
NO	0,25	1,13	2,14	11,14	1,71	0,02	0,07	1,20E-03	0,04	0,26	0,32	17,09
Presenta con molar clase I..	1,25	5,66	11,14	80,61	0,25	0,01	0,23	0,11	0,52	1,36	0,18	101,33
Presente con molar clase I..	0,25	1,13	1,71	0,25	101,04	0,5	0,25	0,38	0,3	0,21	7,41	113,43
6 años	0,14	0,62	0,02	0,01	0,5	59,44	3,22	4,95	3,96	2,72	4,7	80,29
7 años	0,01	0,05	0,07	0,23	0,25	3,22	80,61	2,48	1,98	1,36	2,35	92,61
8 años	0,01	0,04	0,03	0,11	0,38	4,95	2,48	68,81	3,05	2,1	3,62	85,54
9 años	0,09	0,42	0,04	0,52	0,3	3,96	1,98	3,05	75,44	1,68	2,9	90,38
10 años	1,00E-05	0,05	0,26	1,36	0,21	2,72	1,36	2,1	1,68	84,15	1,99	95,83
11 años	0,02	0,09	0,32	0,18	7,41	4,7	2,35	3,62	2,9	1,99	70,44	94,03
Total	21,02	95,13	17,09	101,33	113,43	80,29	92,61	85,54	90,38	95,83	94,03	886,67

Contribución a la Chi cuadrado

	Autovalor	Inercias	Chi-Cuadrado	(%)	% acumulado
1	0,69	0,48	158,49	17,87	17,87
2	0,64	0,41	136,57	15,40	33,28

Coordenadas fila

	Eje 1	Eje 2
NO	-0,31	0,15
1 o 2 veces al día	1,38	-0,67
NO	-0,31	0,10
Presenta con molar clase <u>I..</u>	1,54	-1,34
Presente con molar clase <u>I..</u>	3,76	4,41
6 años	-0,47	-0,07
7 años	-0,49	0,03
8 años	0,01	-0,58
9 años	0,36	-0,99
10 años	-0,71	0,41
11 años	1,08	1,29

ANEXO 9. Galería de fotos





ANEXO 10. Galería fotográfica – fotografías intraorales

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR



FOTOGRAFÍAS INTRAORALES: MORDIDA CRUZADA POSTERIOR



ANEXO 11. Modelos de diagnóstico









AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Myrian Katherine Quiza Ramos
identificado con DNI 70078035 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ODONTOLOGÍA

, informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación para la obtención de Grado

Título Profesional denominado:

"RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR Y ANTERIOR EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA IEE N° 70029 MARIA AUXILIADORA-PUNO, 2023"

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 20 de DICIEMBRE del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Myrian Katherine Quiza Ramos
identificado con DNI 70078035 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ODONTOLOGÍA

, informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación para la obtención de Grado
 Título Profesional denominado:

“RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA MORZIDA CRUZADA POSTERIOR Y ANTERIOR
EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA IFE N°70029 MARIA AUXILIADORA - PUNO, 2023
” Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 20 de DIEMBRE del 20 23

FIRMA (obligatoria)



Huella