

“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

TÍTULO

“HÁBITOS BUCALES Y MALOCLUSIONES DENTARIAS MÁS FRECUENTES EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E. “JOSÉ MARÍA ARGUEDAS” ICA-PARCONA, AÑO 2015.”

AUTORES :

- ✓ CARBAJAL ROMANÍ KATTY MARIBEL
- ✓ HUAMANI QUISPE EDMUNDO EDGAR
- ✓ SANDOVAL QUICHCA LUIS ALEX

ASESOR:

- Mg. Alejo Huamani Silverio

ICA – PERÚ

2016

A Dios quién nos guía por el buen camino, para seguir adelante, enseñándonos a enfrentar las adversidades sin perder nunca la fuerza ni desfallecer en el intento.

A nuestros padres quienes nunca desistieron al aconsejarnos, y continuaron depositando su confianza en nosotros.

*A nuestros familiares y amigos
por su apoyo y consejos.
Gracias...*

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, a nuestros padres, familia, amigos y todos aquellos que nos apoyaron a cumplir con éxito esta etapa de nuestras vidas.

Nuestra gratitud a nuestros maestros y asesor quienes nos orientaron y apoyaron para cumplir con esta labor científica.

Cada uno de ustedes. Están dentro de nuestro corazón, con los mejores recuerdos para la posteridad

ÍNDICE

RESUMEN	1	
ABSTRACT	2	
INTRODUCCIÓN	3	
CAPÍTULO I	MARCO TEÓRICO	
1.1	Antecedentes	5
1.2	Bases teóricas	15
CAPÍTULO II	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
2.1	Planteamiento del problema	42
2.2	Formulación del problema.	45
2.3	Justificación e importancia	45
CAPÍTULO III	HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1	Hipótesis	47
3.2	Variables	47
3.3	Operacionalización de variables	48
CAPÍTULO IV	OBJETIVOS	
4.1	Objetivo general.	50
4.2	Objetivos específicos.	50
CAPÍTULO V	DE LA METODOLOGÍA	
5.1	Tipo y diseño de la investigación	52
5.2	Población y muestra	52
CAPÍTULO VI	DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	
6.1	Recolección de información	55

6.2 Clasificación de datos	55
6.3 Codificación de datos	55
6.4 Tabulación de datos	56
6.5 Análisis estadístico	56
6.6 Presentación de datos	56
CAPÍTULO VII PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	59
CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN	71
CAPÍTULO IX CONCLUSIONES	76
CAPÍTULO X RECOMENDACIONES	78
CAPÍTULO XI FUENTES DE INFORMACIÓN	80
CAPÍTULO XII ANEXOS	85

RESUMEN

Se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar si las maloclusiones dentarias están significativamente asociados a los hábitos bucales en los escolares de 6 a 12 años.

La investigación es de Diseño Observacional, de Nivel descriptivo y de corte transversal. Se seleccionaron 100 alumnos de la I.E José María Arguedas del distrito de Parcona-Ica. Se aplicó como instrumento de investigación una ficha de registro, los datos obtenidos fueron procesados usando el paquete estadístico SPSS 22 y Excel 2015.

Los resultados obtenidos evidencian que las maloclusiones dentarias están significativamente asociados a los hábitos bucales en los escolares de 6 a 12 años. El 16% de alumnos evaluados tiene algún tipo de hábito bucal y el más frecuente es la onicofagia presente en el 14% de alumnos, y el 9% se presenta en el sexo femenino, y el grupo etario más afectado son los de 9 y 10 años respectivamente.

El 100% de alumnos evaluados presenta algún tipo de maloclusión dentaria, la maloclusión Clase I se presenta en el 54% y el 23% tiene maloclusión Clase III. El mayor porcentaje de maloclusiones dentarias se presentan en los alumnos de sexo femenino que representa el 29%.

Palabras claves: Maloclusiones dentarias, Hábitos bucales.

ABSTRACT

The present investigation was conducted to determine whether dental malocclusions are significantly associated with oral habits in schoolchildren aged 6 to 12 years.

Observational research is design, descriptive and cross-sectional level. 100 students of the José María Arguedas I.E district Parcona-Ica were selected. It was applied as a research tool a registration card, the data obtained were processed using SPSS 22 and Excel 2015.

The results show that the dental malocclusions are significantly associated with oral habits in schoolchildren aged 6 to 12 years. 16% of students tested have some kind of oral habit and the most frequent is this onicofagia in 14% of students, and 9% occur in women, and the most affected age group are of 9 and 10 years respectively.

100% of students tested have some type of dental malocclusion, Class I malocclusion occurs in 54% to 23% are Class III malocclusion. The highest percentage of dental malocclusion presented in female students accounting for 29%.

Keywords: dental malocclusions, oral habits.

INTRODUCCIÓN

Cada vez observamos una gran cantidad de maloclusiones en jóvenes y adultos; producto de un hábito nocivo que presentan. Un hábito es considerado como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de una manera consciente y luego inconsciente.

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, que pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y las fuerzas musculares periorales lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito. ⁽¹⁾

Las maloclusiones son un problema que afecta la población ocasionando que el individuo no realice una buena técnica de cepillado provocando la acumulación de placa bacteriana con la consiguiente formación de caries y lesiones gingivales que afectan el equilibrio dental del individuo.

La maloclusión es cualquier contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que trae como resultado sobremordidas, provocando apiñamiento dentario, mordida anormales, dientes incluidos etc. ⁽²⁾

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Álvarez Gonzales M. (Cuba-2014)

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en niños de 6 a 11 años, pertenecientes a las escuelas primarias del área de salud Policlínico de Milanés, en la ciudad de Matanzas (Cuba). El universo estuvo integrado por 2 300 niños de los cuales fue seleccionada una muestra de tipo no aleatoria estratificada según edades, constituida por 506 escolares de ambos sexos matriculados en las escuelas primarias José A Echeverría y Manuel Ascunce, curso 2005-2006, que reciben atención en la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC.

Se identificaron los hábitos: respiración bucal, succión digital y deglución atípica, y fue determinada su relación con las maloclusiones dentarias. El 58,7 % de niños fue identificado con hábitos bucales deformantes. La mayor prevalencia detectada estuvo en la deglución atípica (25,3 %), seguidos por la respiración bucal (19,4 %) y la succión digital (14,0 %).

Las maloclusiones de Clase II división 1 predominaron en los identificados con hábitos, cuyos valores fueron: 34,7 %, 39,4 % y 32 % en los que presentaron respiración bucal, succión digital y deglución atípica, en ese orden. Hubo una disminución progresiva de los hábitos a medida que se incrementaron las edades.

Se concluyó que la mayoría de los niños identificados con hábitos bucales deformantes, estuvieron relacionados con la presencia de maloclusiones dentarias.

En ellos, las anomalías se incrementaron conjuntamente con la edad. Prevalcieron las maloclusiones de Clase II división 1, por sobre las restantes entidades clínicas estudiadas, hecho que alerta sobre la

necesidad de interceptar estas prácticas nocivas en edades tempranas y exigir el cumplimiento de los programas de prevención e interceptación de anomalías dentofaciales en el nivel primario de atención.⁽³⁾

Silva Flores X. y cols. (México-2013)

Se realizó un estudio transversal comparativo en 402 escolares de Tamaulipas – México entre 7 y 12 años de edad, se obtuvieron los siguientes resultados: el 50 % de los escolares nunca había acudido a una consulta dental, la prevalencia de maloclusiones fue de 33%, presencia de caries en un 87%, manifestaciones de gingivitis en un 63% de los escolares evaluados.⁽⁴⁾

Franco Varas V. (España-2012)

Se realizó un estudio epidemiológico longitudinal con una muestra de 225 niños de edades comprendidas entre los 2 y los 10 años en la comunidad autónoma vasca (España). Los datos se han obtenido mediante un cuestionario de hábitos dirigido a los padres y las exploraciones clínicas realizadas a los niños, registrando la presencia de alteraciones en la oclusión como: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.

Se encontró un incremento significativo de las maloclusiones en los niños que mantenían el hábito del chupar. Las mordidas abiertas anteriores mejoraban al abandonar el hábito tempranamente; sin embargo, las mordidas cruzadas posteriores se mantenían o empeoraron, aunque se había producido el abandono del hábito de succión.

Se concluye que el hábito de succión del chupete influye en el desarrollo de la dentición por lo que se hace necesario la detección precoz de las alteraciones que se presenten con el fin de prevenir la instauración de maloclusiones dentales.⁽⁵⁾

Murrieta-Pruneda J. y Cols. (México-2011)

En este estudio evaluaron la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en un grupo de escolares. El estudio fue epidemiológico de carácter descriptivo, observacional y transversal, en el que se incluyeron 211 escolares.

La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales se realizó en dos etapas:

- 1) aplicación de un cuestionario al padre de familia
- 2) valoración clínica del niño.

Como resultados obtuvieron que el 68.2% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal parafuncional, siendo la onicofagia el hábito de mayor prevalencia. La relación entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales resultó ser significativa, mientras que la relación entre el género y los hábitos bucales parafuncionales no estuvieron asociados. Llegaron a la conclusión que la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue alta y estuvo asociada con la edad. ⁽⁶⁾

Aguilar M. y Cols. (España-2011)

Este estudio tuvo como objetivo comprobar la influencia de ciertos hábitos orales nocivos en el desarrollo de las maloclusiones. Realizaron un estudio descriptivo transversal de 525 historias clínicas escogidas al azar de pacientes que acudieron al servicio de Ortodoncia del Hospital San Rafael de Madrid. Se cruzaron las variables de maloclusión en los tres planos del espacio: clase I, II ó III; mordida abierta y/o sobremordida; y mordida cruzada y/o en tijera con los hábitos orales considerados nocivos: succión digital, deglución atípica, respiración oral, onicofagia. Tras el estudio estadístico de correlación de Pearson/ t de Student se concluyó que: la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta.

Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que pacientes de clase I ósea. ⁽⁷⁾

Solarte J. y Cols (Colombia-2011)

En este estudio determinaron la prevalencia de alteraciones de la oclusión en población escolar de 5 a 16 años del corregimiento de Genoy (Pasto-Colombia), durante el año 2010. Utilizaron un método de estudio transversal en 439 escolares en la Institución Educativa Municipal Francisco de La Villota.

Realizaron un examen clínico y se recogieron variables sociodemográficas, presencia de caries, características de los arcos, relación molar derecha e izquierda en dientes deciduos y permanentes y alteraciones de la oclusión. Hicieron un estudio descriptivo de frecuencias totales y por sexo. Cálculo de razones de prevalencia (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) para determinar asociación entre el sexo y las principales alteraciones de la oclusión. Obtuvieron que la prevalencia de caries fue del 88%.

Las alteraciones de la oclusión que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mordida abierta anterior con un 10%; con mayor frecuencia en mujeres sin diferencias significativas y mordida cruzada anterior en un 9,6% con mayor prevalencia en mujeres y diferencias significativas $p < 0,05$.

Los hábitos que presentaron mayor frecuencia fueron: deglución atípica (38%), dificultad en la pronunciación (19%) y onicofagia (15%). Las mujeres presentaron mayor frecuencia de relación molar clase I y los hombres mayor frecuencia de clase II y clase III.

Concluyeron que se presentaron algunas variaciones en el diagnóstico de alteraciones de la oclusión por sexo, siendo mayor frecuencia de clase I, mordida cruzada y abierta anterior en mujeres.

Sugieren estrategias específicas que permitan establecer los principales factores de riesgo para estas alteraciones. ⁽⁸⁾

Versiani L. y Cols. (Brasil-2010)

Este estudio evaluó la relación entre bruxismo, factores oclusales y hábitos bucales en niños y adolescentes, estudiantes de escuelas públicas de la ciudad de Brasilia, distrito federal. Se evaluó un grupo de 680 estudiantes de ambos sexos de 4 a 16 años de edad, quienes fueron seleccionados al azar.

Los datos fueron recogidos mediante cuestionarios y evaluación clínica. Se observaron mordidas cruzadas posteriores y anteriores y para el análisis estadístico utilizaron la prueba de chi-cuadrado, el odds ratio y el software SPSS.

En cuanto a los resultados obtuvieron que el bruxismo tiene una prevalencia de 43 %, mientras que la maloclusión obtuvo el 57%.

Los hábitos bucales se observaron en el 53%. La prevalencia de una maloclusión se incrementó de 42,6% en la dentición temporal a 74,4% en la dentición permanente. Llegaron a la conclusión que no hay una relación estadísticamente significativa entre el bruxismo y los factores estudiados oclusales ($p > 0,05$).

No se encontraron diferencias entre sexos en ambas variables. La onicofagia era el hábito más frecuente (35%), principalmente en el sexo femenino. De la evaluación de los tipos específicos de hábitos, sólo la succión del chupete demostró estar relacionado con el bruxismo. ⁽⁹⁾

Bhayya D., y Cols. (India-2009)

En este estudio evaluaron la prevalencia de hábitos orales en niños 11-13 años de edad en la ciudad Gulbarga, India. Recopilaron datos de 1000 niños del grupo de edad 11-13 años, asistiendo a diferentes

escuelas primarias de la ciudad de Gulbarga. La información relativa del estudio fue obtenida de los padres en forma de cuestionario, seguido de la exploración.

Se obtuvieron resultados, en los cuales de los 1.000 niños examinados, el 38% tenían hábitos orales, de los cuales el 18% tenían hábito de empuje lingual, el 17% tenía el hábito de respiración bucal y sólo el 3% tienen hábito de onicofagia. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de hábitos entre hombre y mujer, excepto para el hábito de morderse las uñas. Prevalencia del hábito oral disminuye con el aumento de edad. Se llega a la conclusión que la mayoría de los niños tenían hábitos orales. ⁽¹⁰⁾

Aguilar M y Cols (España-2009).

En estudio tuvieron como objetivo conocer la frecuencia y grado de maloclusión, así como conocer la frecuencia de los hábitos orales que se consideran factores etiológicos de maloclusión.

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre 1220 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 6 y 12 años escolarizados en colegios públicos de ámbito rural de la provincia de Toledo (España).

Una odontóloga y una higienista hicieron una revisión completa anotando los hábitos orales y las maloclusiones que estos escolares presentaban tras obtener el consentimiento informado firmado de los padres y/o tutores.

Los resultados son: frecuencia de maloclusión 23,49 %; frecuencia de hábitos orales anómalos por orden de frecuencia: onicofagia 44,4%, respiración oral 37,2%, succión digital 3,9% y deglución atípica 3,1%. Concluyeron que es importante conocer la etiología de las

maloclusiones para dar un correcto diagnóstico; y así un tratamiento adecuado que debe ser multidisciplinar, con colaboración de pediatras, odontólogos, psicólogos, ortodoncistas y otorrinolaringólogos. ⁽¹¹⁾

Cambior A. y Cols (Venezuela-2008).

Este estudio realizó un estudio en el Centro Odontopediátrico de Carapa (Venezuela) con una muestra de 10.343 pacientes con edades comprendidas entre 2 y 16 años de edad, que asistían al Centro desde hace 7 años, con finalidad de demostrar la cantidad de pacientes con maloclusión, a su vez informar a la población acerca de este tema, la etiología, prevención y tratamiento a una edad temprana. Debemos tener presente que la apariencia dental y facial, ya sea de un niño o de un adolescente, determina en gran medida su grado de autoestima personal, que suele aumentar a medida que el tratamiento armoniza los dientes, los labios y cara del paciente.

Los datos arrojados fueron los siguientes: el 28, 1% de los pacientes presentaron maloclusiones y el 71,9% de los pacientes no presentaron maloclusiones. El género donde prevalece la mayor cantidad de maloclusiones es el femenino con un 52,3% (1.163 pacientes femeninas), mientras que el género masculino se obtuvo solo un 47,7% (1.058 pacientes masculinos).

Encontraron prevalencia de maloclusiones en el grupo de 8 a 11 años de edad con un 40,43%, lo que equivale a 898 pacientes, seguido por el rango de 2 a 7 años con un 31,83%, y entre 12 a 16 años con un 27,28%. Observaron que la maloclusión que predomina es la clase I tipo 1 con un 36,10%; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% y por último la clase II tipo 1 con un 17,55%. Siendo el hábito más frecuente la deglución atípica con un 12,08%, seguido por los respiradores bucales con un 6,78% y por último la succión digital con 4,71%.

Concluyeron que solo 2.221 pacientes presentan maloclusiones. Siendo la maloclusión tipo I la de mayor predominio y el hábito más frecuente la deglución atípica. ⁽¹²⁾

Acevedo O. y Cols. (Cuba-2008).

En su estudio tuvieron como objetivo identificar los portadores de hábitos bucales deformantes. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, en 341 niños de 5 a 11 años, del municipio Cienfuegos-Cuba, en el período de diciembre 2004 a septiembre 2005. Además del examen clínico, se realizó entrevista a padres/tutores y maestros de cada niño. La información fue almacenada en un formulario de datos y se analizaron variables como: edad, sexo, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

Observaron que la frecuencia de hábitos bucales deformantes fue de 73,9 %, siendo los más frecuentes la protracción lingual (47,2%), la succión de biberón (32,6%) y la onicofagia (23,5%), con predominio de todos ellos en el sexo femenino.

De los niños portadores de hábitos, el 72,2 % desarrolló anomalías, siendo la vestibuloversión (21,1 %), el resalte aumentado (20,2 %) y la incompetencia bilabial (17,9 %) las más frecuentes.

Llegaron a la conclusión que los hábitos bucales deformantes constituyen un problema de salud que afecta el sistema estomatognático, lo que debe ser tratado por el Estomatólogo General Integral de forma directa y sistemática. ⁽¹³⁾

Paredes Gallardo V. y col. (España-2005)

Se realizó un estudio sobre 1.100 escolares con edades comprendidas entre los 4 y los 11 años de edad. El examen clínico lo realizaron un pediatra y un odontólogo, entrenados para ello, durante

los meses de enero a junio de 2003 para la detección de estos hábitos anómalos.

Los resultados mostraron una distribución desigual para cada uno de los diferentes hábitos. Las conclusiones del estudio fueron: a) la prevalencia encontrada de los diferentes hábitos fue del 53%; b) estos hábitos aparecen de igual manera independientemente del sexo, y c) las alteraciones de mordida abierta anterior, compresión maxilar y aumento del resalte están relacionadas con la presencia de hábitos orales, aunque sin ser estadísticamente significativo. ⁽¹⁴⁾

Villarroel (Perú-2005).-realizó un estudio para determinar la frecuencia de hábitos bucales y si existe asociación entre estos y maloclusiones dentarias, en pacientes de 3 a 13 años de edad atendidos en la Clínica dental de la facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en 1999- 2003. Se evaluaron 1430 historias clínicas, de las cuales sólo el 20,9% presentaba hábitos orales nocivos, siendo el más frecuente la onicofagia, seguido por succión digital. La edad más frecuente en que se encontraron estos hábitos fue entre 6 a 9 años. Y de los pacientes que tenían hábitos, el 97,3% presentan maloclusiones, en su mayoría clase I. ⁽¹⁵⁾

Duque de Estrada y col.(Cuba-2004)

En un estudio sobre Factores de Riesgo Asociados con la Maloclusión realizado en Colón-Cuba con 120 niños 60 sanos (sin maloclusión) y 60 afectados (con maloclusión) de 9,12 y 15 años, obtuvieron como resultado que el 63.3% presentaban hábitos deformantes comparado con el 18.3% del grupo control.

La Hipotonía muscular también fue un factor significativo de riesgo, 30% de los que la presentaban tenían maloclusión, los factores

hereditarios y congénitos mostraron el 46.7% ya que en su familia presentaban características similares.

Concluyeron que hubo relación estadísticamente significativa de los hábitos deformantes, hipotonía muscular y herencia lo cual demostró un aspecto multifactorial para presentar maloclusión. ⁽¹⁶⁾

Vásquez (Perú-2002) realizó un estudio para determinar la frecuencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones. Lo realizó en niños de 3 a 13 años de edad que eran pacientes de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, entre los años 1994-1998. Tomó una muestra de 3639 niños, encontrando una prevalencia de hábitos en un 19,90%. De ellos encontró que el 4,6% tenían onicofagia, el 25, 14 % Succión digital, el 9,94 % Muerden lapiceros, 4, 42% Succión digital, y el 7,87 Otros hábitos. De los pacientes que estaban con hábitos bucales, el 97,65% presentaban algún tipo de maloclusión, entre Clase I, II y III. ⁽¹⁷⁾

1.2 BASES TEÓRICAS

1.2.1 HÁBITOS:

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

1.2.1.1 CLASIFICACIÓN: Se clasifican en 2 tipos:

A.- Hábitos fisiológicos:

Son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución. Un ejemplo de hábito correcto es la respiración nasal /abdominal en la que, al permanecer las arcadas dentales aproximadas y los labios sellados, la lengua se apoya en el paladar, promueve un ensanchamiento del mismo, un crecimiento adecuado de las estructuras tanto orales como, nasales, oclusales, faciales y no altera posturas corporales fisiológicas.

B.- Hábitos no fisiológicos:

Son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal.

Son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse.

El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Un hábito erróneo como es la respiración bucal, origina una pérdida de la relación de la lengua con el paladar, una lengua baja y anteriorizada con mayor apoyo mandibular que favorece la deglución con apoyo inferior, provocando alteraciones en el desarrollo de la cara con narices pequeñas, labio superior corto, labio inferior caído y evertido, cara elongada con paladar ojival, alteraciones oclusales con mordida cruzada lateral, pérdida de la sensibilidad intraoral y alteraciones posturales cráneo-faciales secundarias al hecho de adelantar la cabeza para favorecer la respiración bucal y desviaciones posturales raquídeas compensatorias.

1.2.1.2 CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LOS HÁBITOS

- a.- INSTINTIVOS:** como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse en perjudicial, por la persistencia del tiempo.
- b.- PLACENTEROS:** como es el caso de succión digital.
- c.- DEFENSIVOS:** en aquellos pacientes con rinitis alérgica, asma, etc. La respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- d.- HEREDITARIOS:** Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear de por sí un hábito relacionado a dicha malformación, ejemplo: inserciones corta de frenillos linguales.
- e.- ADQUIRIDOS:** como es el caso de la fonación nasal en los figurados, aun después de intervenirlos quirúrgicamente,

especialmente en las conocidas como golpe gótico para los fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la CH.

f.- IMITATIVOS: la forma de colocar los labios y la lengua al hablar, gestos, muecas, etc. Estos son claros ejemplos de actitudes imitativas.^(19,20)

1.2.1.3 FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCIÓN DE UN HÁBITO

a. Duración:

Por su duración pueden subclasificarse:

- **Infantil:** (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
- **Pre-escolar:** (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios.

Si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos.

- **Escolar:** (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueléticas.

b. Frecuencia: Pueden ser intermitente (diurno) o continuos (nocturno).

c. Intensidad: Se clasifican en:

- Poca intensa: presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.
- Intensa: Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable.

1.2.1.4 TIPOS DE HÁBITOS:

1.2.1.4.1. DEGLUCIÓN:

Deglutir significa obtener un cierto volumen en la boca, cerrar los labios y presionar suavemente la lengua contra el paladar, llevando el contenido hacia las vías digestivas.

No hay participación de la musculatura facial, especialmente de los músculos de la mímica (Buccinador, Orbicular de los labios, elevador propio del labio, etc) ⁽²¹⁾

La deglución, así como todas las funciones del aparato estomatognático, en el recién nacido normal y sano son perfectas. En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil).

Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder. La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el

desarrollo del sistema nervioso central (Tubo neural, corteza, placaneural, etc)

A.- DEGLUCIÓN NORMAL:

En la deglución madura normal no se produce protrusión lingual y una postura adelantada, se caracteriza por:

- La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual.
- La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura por el V par.
- No hay actividad contráctil al nivel de los músculos periorales, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.
- La lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.
- En el interior de la cavidad oral se deglute 500-600 veces diarias unas vez cada dos minutos aproximadamente.

B.-DEGLUCIÓN ATÍPICA:

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil.

El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente,

suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.

B.1 Etiología de la deglución atípica:

- Amígdalas hipertróficas.
- Macroglosia (la cual es poco frecuente).
- Alimentación prolongada por medio de biberón.
- Pérdida prematura de los dientes temporales anteriores.

B.2 Consecuencias de la deglución atípica:

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores
- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borla del mentón

B.3 Tratamiento de la deglución atípica:

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia miofuncional, que consiste en una serie de ejercicios que tiene el objetivo de eliminar los esquemas neuromusculares de este hábito y fijar nuevos, enfocados en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitando la posición y función de los músculos de la lengua, labios, mejillas y del velo palatino.

Mientras el paciente educa su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de

deglución de puede realizar tratamiento de tipo ortodónticos.

Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional tenemos:

a) Los restrictores, que poseen como único objetivo el evitar, a través de "obstáculos", que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión: rejillas o trampa lingual removible.

b) Los estimuladores, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: Perla de Tucat en un retenedor tipo Hawley, Pantalla Vestibular.

B.4 Tipos de deglución atípica:

B.4.1 Deglución atípica con interposición labial:

Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, el sellado de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.

Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibulizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto.

Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón.

La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.

Tratamiento de la deglución atípica con interposición labial:

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o LipBumper.

Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.

B.4.2 Deglución con presión atípica de la lengua:

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares.

Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del músculo mentoniano.

Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción.

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

- **Tipo I:** no causa deformación.

- **Tipo II con presión lingual anterior:** la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos, produciendo deformaciones.

Las deformaciones son:

- **Mordida abierta anterior:** la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
- **Mordida abierta y vestibuloversión:** la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular.
- **Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior.** El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.^(22,23)

Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II:

Placa de Hawley superior con una rejilla anterior que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impedidor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impedidora, su altura lleva todo el espacio de la mordida

abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores.

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

- **Tipo III con presión lingual lateral:** la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:
 - **Mordida abierta lateral:** la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.
 - **Mordida abierta lateral y mordida cruzada:** hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado.

Tratamiento de la deglución atípica tipo III:

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

- **Tipo IV con presión lingual anterior y lateral:** La maloclusiones resultantes son:

- Mordida abierta anterior y lateral.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior. ⁽¹⁹⁾

–

1.2.1.4.2. SUCCIÓN:

La palabra succión según el diccionario de la lengua española y Larousse es la extracción de un líquido con los labios de una cosa siendo este un instinto reflejo. El reflejo de succión constituye una respuesta innata que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses. ⁽²⁴⁾

Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo(con participación del musculo buccinador, masetero, orbicular de los labios, músculos extrínseco y intrínsecos de la lengua)

Esta organización nerviosa temprana permite al niño alimentarse de su madre por lo que la succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica. Este reflejo de succión es considerado normal hasta que el niño alcanza los tres años de edad, momento en el cual, con la aparición de las piezas temporales es reemplazado gradualmente con la masticación.

A.- Succión Digital:

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. La Asociación Estomatológica de los Estados

Unidos de América considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes.

Sin embargo, este hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continúa después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y la presión que ejerce la mano y el brazo conduce a una mordida cruzada unilateral por desviación de la mandíbula.

A.1 Etiología

La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otra psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento.

Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos u odontológicos.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar.

A.2 Tipos de hábitos de succión Digital:

A.2.1 Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.

A.2.2 Succión de otros dedos. Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan.

A.3 Consecuencias.- Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

- **La Succión del pulgar:** Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral.

La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una

presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

- **Succión del dedo índice:** Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo índice y medio:** Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo medio y anular:** Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.
- **Succión de varios dedos** producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.
También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores; aumento de la distancia horizontal entre los dientes superiores e inferiores cuando estos están en contacto.

B.- Succión Labial: Este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. En la mayoría el labio inferior es el que está implicado, aunque se ha observado hábitos de mordisqueo del labio superior. La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, una lingualización del frente incisivo mandibular, con el

consiguiendo incremento del resalte y una mordida abierta anterior.

Para el tratamiento de la succión labial está indicado el *ellipbumper*.⁽²⁵⁾

1.2.1.4.3. RESPIRACIÓN:

La respiración nasal o normal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración.

La lengua se eleva y se apoya contra el paladar produciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Las fosas nasales limpian y calienta el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas.⁽²⁶⁾

A.- RESPIRACIÓN BUCAL.-

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua y de la propia cabeza en menor medida, parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. Todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros.

Las alteraciones que produce la respiración bucal pueden catalogarse de dos tipos:

- Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.
- Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre. ⁽²⁷⁾

A.1 Etiología de respiración bucal.-

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides hipertróficas.
- Presencia de pólipos nasales.
- Rinitis alérgicas.
- Desviación del tabique nasal.
- Hipertrofia idiopática de los cornetes.
- Asmas y Bronquitis.
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias.

A.2 Características faciales y dentarias de la respiración bucal

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras).

- Mordida cruzada posterior, uni o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival.
- Retrognatismo del maxilar inferior.
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Perfil convexo.

A.3 Tratamiento de la respiración oral.-

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.
- Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.
- Terapia Miofuncional.

1.2.1.4.4. ONICOFAGIA:

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprimir, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. En algunos casos se observa intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores. ⁽²⁸⁾

1.2.1.4.5. BRUXISMO:

Se define como un hábito no funcional al contacto forzoso entre las superficies oclusales de los dientes, es involuntario, el exceso de molienda, apretar o el roce de los dientes durante los movimientos funcionales del sistema masticatorio. El bruxismo puede ocurrir durante el día o durante la noche. ⁽²⁹⁾

Rechinar los dientes suele ocurrir durante el sueño nocturno, el cual ha sido nombrado bruxismo y está asociada a trastornos cráneo-mandibulares incluyendo dolores de cabeza, molestias en la articulación temporomandibular, dolor muscular, pérdida prematura de los dientes debido al desgaste excesivo y la movilidad, y la interrupción del sueño del individuo, así como de que el compañero de cama.

También tiene consecuencias sobre el aspecto facial, pues se producen hipertrofias musculares, especialmente de los músculos maseteros, provocando la facies maseterino.

La etiología del bruxismo se ha atribuido a factores sistémicos, como los parásitos intestinales, deficiencias nutricionales, alergias y desordenes endocrinos y también a factores locales, especialmente maloclusión o diente supernumerario y factores psicológicos. La genética también juega un rol.

En general se cree que el bruxismo del sueño es más frecuente en la infancia, aunque no es raro en los adultos y ocurre con menos frecuencia en la vejez.

En los últimos años, el bruxismo ha convertido en una preocupación creciente en los niños debido a sus efectos negativos en la calidad de vida y también por ser considerado un importante factor de riesgo para las disfunciones temporomandibulares.

Puede causar desgaste de los dientes y, en casos más graves, trauma dental. En los niños, el bruxismo se está convirtiendo cada vez más en una condición común. ^(30,31)

1.2.2 MALOCLUSIONES DENTARIAS:

1.2.2.1 CONCEPTO.-Se refiere como maloclusiones u oclusión anormal a las relaciones interdentarias atípicas que se presentan aunque la mandíbula en posición retruida coincida con la oclusión habitual con la céntrica; maloclusión funcional si la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica donde la función estomatognática está alterada, maloclusión estructural que es anormal en ciertos rasgos morfológicos por su potencial patógeno

o en apariencia estética y no se ajusta a las normas de la sociedad.⁽³²⁾

Según Angle, la maloclusión, es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.

1.2.2.2 ETIOLOGÍA.-

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

A.- FACTORES GENERALES:

- Herencia
- Defectos congénitos
- Medio ambiente
- Problemas nutricionales
- Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales
- Postura
- Trauma y accidentes

B.- FACTORES LOCALES:

- Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas
- Anomalías en el tamaño de dientes
- Anomalías en la forma de los dientes
- Frenillo labial anormal, barreras mucosas
- Pérdida prematura de dientes
- Retención prolongada de dientes
- Brote tardío de los dientes

1.2.2.3 CLASIFICACIÓN:

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento.

Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.

A.- MALOCLUSIÓN ANTEROPOSTERIOR:

Angle Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas que se distinguen de la oclusión normal. Las clases de maloclusión fueron divididas en I, II y III.

A.1 Clase I:

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar (la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior).

Estos pacientes presentan un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

A.2 Clase II:

Son las maloclusiones en las cuales el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Estos pacientes presentan el perfil convexo.

A.2.1 Clase II división 1: tiene como característica la inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son comunes los desequilibrios de la musculatura facial, causada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores, el perfil es convexo.

A.2.2 Clase II división 2: se caracteriza por presentar incisivos superiores verticalizados o palatinizados. Los perfiles son rectos o ligeramente convexos.

A.3 Clase III:

En esta maloclusión el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. El perfil facial es cóncavo, la musculatura está desequilibrada. Es común la mordida cruzada anterior y posterior.

B.- MALOCLUSIONES VERTICALES:

Son ocasionadas por alteraciones en el crecimiento máxilo-mandibular y presentan un patrón esquelético anormal. Como mecanismo de compensación de ésta displasia esquelética pueden aparecer distintas modificaciones dentoalveolares.

Es decir las maloclusiones verticales son producidas por una alteración en la dimensión vertical.

B.1 Mordida abierta dentoalveolar con patrón de crecimiento horizontal:

Se observa proinclinación de los incisivos superiores e inferiores, como resultado de la protrusión lingual, que se considera uno de los factores etiológicos principales en el desarrollo de dicha alteración.

B.2 Mordida abierta dentoalveolar con patrón de crecimiento vertical:

Frecuentemente se observa protrusión de los dientes anterosuperiores e inclinación lingual de los incisivos inferiores.

B.3 Mordida profunda dentoalveolar:

Se encuentra extrusión de los incisivos centrales anterosuperiores y anteroinferiores, que puede acompañarse de retroinclinación y retrusión de las estructuras dentarias anterosuperiores y anteroinferiores.

B.4 La mordida abierta anterior:

Ocurre cuando existe una falta de superposición vertical de los incisivos superiores e inferiores. La etiología es multifactorial e incluye: hábitos orales, patrones de crecimiento no favorables, hipertrofia adenoidea con respiración bucal.

B.5 La sobremordida:

Suele darse en cualquier clase de Angle pero es típica de patrones braquicefálicos y característica de la clase II/2. Será sobremordida cuando hablemos de un entrecruzamiento de más de 2.5mm.

B.6 La mordida borde a borde o Bis a Bis:

Se da cuando hay sobremordida igual a cero y existe contacto entre los bordes de los incisivos. Se ve en los casos de mordidas abiertas que alcanzan a compensarse y en denticiones desgastadas.

C.- MALOCLUSIONES TRANSVERSALES:

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

C.1 Mordida cruzada posterior:

La mordida cruzada posterior es aquella situación en que las cúspides vestibulares de molares y premolares superiores ocluyen en las fosas de molares y premolares inferiores. Esto puede darse de forma unilateral o bilateral. Cabe destacar que no todas las mordidas cruzadas tienen paladar ojival y no todo paladar ojival se acompaña de mordida cruzada.

C.2 Mordida en Tijera:

Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.

Son mucho menos frecuente que las mordidas cruzadas. Hay tres tipos distintos: la bilateral o Síndrome de Brodie (es la mordida en tijera bilateral donde la arcada superior cubre totalmente a la inferior), la unilateral, o la de una sola pieza (la más frecuente, casi siempre de origen dental). Pueden ser de ambas hemiarcadas o una sola hemiarcada. ⁽³³⁾

D.- OTRAS CLASIFICACIONES

D.1 CLASIFICACIÓN DE LISCHER

La clasificación de Lischer está basada en la de E. Angle.

En 1911 el divide la oclusión patológica en:

- Malposición de los dientes
- Relaciones anormales de las arcadas

- Malposición de los maxilares
- Malposición de la mandíbula

Malposición dentaria: La denomina de forma individualizada y añade el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvió, de la siguiente manera:

- *Mesioversión:* cuando el diente esta mesializado en relación a su posición normal
- *Distoversión:* cuando el diente se encuentra distalizado en relación a su posición ideal.
- *Vestíbuloversión o labioversión:* cuando la corona del diente se encuentra lingualizada en relación a su posición ideal.
- *Linguoversión:* cuando la corona del diente se encuentra lingualizada en relación a su posición ideal.
- *Infraversión:* cuando el diente presenta su cara oclusal sin alcanzar el plano oclusal.
- *Giroversión:* cuando el diente a rotado sobre su eje longitudinal.
- *Axiversión:* cuando existe una inclinación del eje longitudinal del diente.
- *Transversión:* cuando un diente se encuentra en la posición de otro, a esto se le llama transposición dentaria.
- *Perversión:* indica la impactación del diente por falta de espacio.

Los términos descritos por Lischer pueden combinarse cuando un diente presenta dos o más de las características antes descritas por ejemplo: linguosupraversión.

Relaciones anormales de las arcadas:

Lischer adopta la siguiente terminología:

- Neutro-oclusión: relación mesiodistal normal
- Disto-oclusión: relación distal de los molares y las arcadas (Clase II de Angle).
- Mesio-oclusión: relación mesial de las mismas (Clase III de Angle)

Malposición de los maxilares: Adopta el radical “gnatismo” y las divide en:

- Macrognatismo
- Micrognatismo

Malposición de la mandíbula: Establece:

- Ante-versión mandibular, que representa el avance de la mandíbula
- Retro-versión mandibular, que representan el retroceso de toda la mandíbula. ^(34,35)

CAPÍTULO II: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de caries y enfermedad periodontal. En el Perú, tienen una prevalencia del 70%. En el Perú se vienen realizando estudios epidemiológicos sobre maloclusiones desde 1954, existiendo algunos estudios en regiones de la costa, sierra y selva, con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente. ⁽³⁶⁾

Respecto a la prevalencia de hábitos bucales en el Perú, estudios como los de Villarroel y Vásquez indican que el 20,9% presenta hábitos orales nocivos. Un 4,6% tenían onicofagia, el 25, 14 % Succión digital, el 9,94 % Muerden lapiceros, 4, 42% Succión digital, y el 7,87 Otros hábitos. ⁽³⁷⁾

Casi todos los estudios muestran datos de población urbana, especialmente aquellas de fácil acceso, pero existen muy pocos reportes de población rural y de comunidades nativas.

Un hábito es considerado como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de una manera consciente y luego inconsciente. Hay dos tipos de hábitos, siendo uno de ellos los fisiológicos o funcionales, como la respiración nasal, masticación, el habla y deglución, y los no fisiológicos como la succión del dedo, chupón o labio, respiración bucal, interposición lingual en reposo y deglución infantil. ⁽³⁸⁾

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y las fuerzas musculares periorales lo que conlleva al final a

una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse; pudiendo modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla.

Las maloclusiones son un problema que afecta la población ocasionando que el individuo no realice una buena técnica de cepillado y esto provoca la acumulación de placa dentobacteriana la formación de caries y la gingivitis y como consecuencia llegar hasta la periodontitis, teniendo múltiples factores que afectan el equilibrio dental del individuo.⁽³⁹⁾

La maloclusión es cualquier contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que trae como resultado sobremordidas, y mordidas cruzadas, lo que indica una diferencia en la proporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento, en mordida anormales, así mismo los dientes supernumerarios, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.

Por lo referido, esta investigación pretendió determinar los hábitos específicos que influyen en las diversas maloclusiones, enfocándonos en niños en edad escolar para contribuir a su detección temprana y posterior corrección.

Las maloclusiones o problemas de oclusión dental, son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación,

deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial. En la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose unos sobre otros. Sin embargo, se pueden definir dos componentes principales en su etiología, que son la predisposición genética y los factores exógenos o ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial⁽⁴⁰⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de caries y enfermedad periodontal. En el Perú, tienen una prevalencia del 70%. El conocimiento de la situación epidemiológica de la población peruana es esencial para la implementación de programas que contemplen acciones preventivas, interceptivas y de tratamiento.

En el Perú se vienen realizando estudios epidemiológicos sobre maloclusiones desde 1954, sobre todo en la capital peruana, existiendo algunos estudios en regiones de la costa, sierra y selva, con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente. Siendo esta última región la que menos datos reportados presenta. Casi todos los estudios muestran datos de población urbana, especialmente aquellas de fácil acceso, pero existen muy pocos reportes de población rural y de comunidades nativas.

Considerando que Perú es un país con una amplia diversidad racial, existen poblaciones excluidas y dispersas con características particulares que aún no han sido estudiadas. Por tal motivo, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de poblaciones excluidas y dispersas pertenecientes a diversos caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, según sexo y edad^(41,42).

2.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias más frecuentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E. “José María Arguedas” Ica-Parcona- Año 2015?

2.3.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El problema de las maloclusiones ocasiona diversas alteraciones en la musculatura, en el ATM, en el sistema estomatognático, problemas de la estética y el lenguaje. Las maloclusiones son originadas por mala alineación de los dientes, por malos hábitos, o por pérdida prematura de los dientes.

Esta investigación se justifica porque los resultados de este tipo de estudio, en el cual se observaron los diferentes hábitos perniciosos y las maloclusiones dentarias más frecuentes, proporcionando una información útil a los profesionales de odontología, y así realizar una odontología preventiva, identificando los hábitos precozmente.

Además, ésta investigación pretende motivar a la U.N.ICA a estudiantes de la Facultad de Odontología para que realicen actividades donde se dé información educativa a los padres de familia que tienen niños con problemas de hábitos bucales; así como también brindar charlas preventivas a los propios niños para evitar que se sigan generando problemas de maloclusiones producto de hábitos bucales perniciosos.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS ALTERNA:

Las maloclusiones dentarias están asociados significativamente a los hábitos bucales en los escolares de 6 a 12 años de la I.E. “José María Arguedas” en Parcona-Ica, año 2015.

1.2 HIPÓTESIS NULA:

Las maloclusiones dentarias no están asociados significativamente a los hábitos bucales en los escolares de 6 a 12 años de la I.E. “José María Arguedas” en Parcona-Ica, año 2015.

1.3 VARIABLES

Variable Independiente:

- Hábitos bucales

Variable Dependiente

- Maloclusiones dentarias

Variables Intervinientes:

- Sexo
- Edad

3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Tipo	Indicador	Escala	Instrumento
V. Independiente *Hábitos bucales	Es la costumbre o practica adquirida por la repetición constante de un mismo acto.	Cualitativa	*Deglucion atípica +Empuje lingual *Respiracion bucal *Succion digital *Succion labial *Onicofagia *Bruxismo	Nominal politomica	Ficha de registro
V. Dependiente *Maloclusiones dentarias	Es cualquier grado de contacto irregular de los dientes entre ambos maxilares.	Cualitativa	*Anteroposterior: -Clase I -Clase II Division 1 -Clase II Division 2 -Clase III Vertical: *Mordida abiertaanterior *Mordidaabierta profunda *Transversal: -Mordidacruzada posterior -Mordida en tijera	Nominal politomica	Ficha de registro
V. Intervenientes *Edad *Sexo	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo Condición que distingue al macho de la hembra en los seres humanos	Cualitativa	-Años *Fenotipo: -Masculino -Femenino	Nominal dicotomica	Ficha de registro

CAPÍTULO IV: OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias más frecuentes en escolares de 6 a 12 años de la I.E. “José María Arguedas” en Parcona-Ica, año 2015.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los hábitos bucales más frecuentes según género en escolares de 6 a 12 años de la I.E. “José María Arguedas” en Parcona-Ica, año 2015.
- Determinar las maloclusiones dentarias anteroposteriores más frecuentes según género en escolares de 6 a 12 años de la I.E. “José María Arguedas” en Parcona-Ica, año 2015.
- Determinar las maloclusiones dentarias verticales más frecuentes según género en escolares de 6 a 12 años de la I.E. “José María Arguedas” en Parcona-Ica, año 2015.
- Determinar las maloclusiones dentarias transversales más frecuentes según género en escolares de 6 a 12 años de la I.E. “José María Arguedas” en Parcona-Ica, año 2015.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 TIPO DE ESTUDIO

- *La investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal no probabilístico.*

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1. POBLACIÓN

Todos los niños escolares pertenecientes a la I.E. José María Arguedas del distrito de Parcona-Ica.

5.2.2. POBLACIÓN DIANA

Todos los niños escolares matriculados en el nivel primario de la I.E. José María Arguedas del distrito de Parcona-Ica en el 2015, a los cuales podemos generalizar los resultados.

5.2.3. POBLACIÓN ACCESIBLE

Todos los niños escolares del nivel primario de la I.E. José María Arguedas del distrito de Parcona-Ica, con presencia de hábitos bucales y maloclusiones.

5.2.4. MUESTRA

Se evaluaron un promedio de 100 niños del nivel primario de la I.E. José María Arguedas del distrito de Parcona-Ica, entre 6 y 12 años de edad que tenían hábitos bucales y maloclusiones.

5.2.5 MUESTREO

No probabilístico y por conveniencia.

Es No Probabilístico porque las unidades se escogen utilizando métodos en los que no interviene el azar, de modo

que no es posible estimar la probabilidad de que cada elemento haya sido incluido en la muestra y no todos los elementos tiene la posibilidad de ser incluidos.

Es por conveniencia o intencional porque se selecciona a los individuos que convienen al investigador para la muestra.

5.2.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños matriculados en la I.E José María Arguedas año 2015
- Niños escolares entre 6 y 12 años de edad.

5.2.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños escolares menores de 6 años.
- Niños escolares mayores de 12 años.
- Niños que no pertenecen a la I.E José María Arguedas.
- Niños escolares que no desearon participar voluntariamente.

CAPÍTULO VI: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

6.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Previo permiso al director del colegio “José María Arguedas” se procedió a informar a los maestros y niños sobre los Hábitos bucales y maloclusión dentaria asimismo se les brindó una charla preventiva sobre salud bucal dando a conocer los objetivos de la investigación, luego se les entregó un formato de consentimiento informado que fue firmado por sus padres, cumpliendo de esta manera con los aspectos éticos y legales de la investigación.

Para la recolección de datos se empleó una ficha de registro de los datos del niño escolar participante de forma voluntaria. Se anotaron la edad y sexo.

Para la exploración bucal se utilizaron sillas, mesas, espejos dentales, regla milimetrada, hilo dental para medir la línea media y luz del día. De igual manera se cuidaron los aspectos relacionados con la asepsia y la antisepsia para lo cual se utilizaron guantes desechables, cofia y mascarilla.

6.1.1 ASPECTOS ETICOS:

En el presente trabajo no existen implicancias contra la ética y la moral del participante debido a que se le evaluó mediante un previo consentimiento informado y llenado de ficha de registro respectivo.

6.2 CLASIFICACIÓN DE DATOS

Es esta etapa se procesaron los datos y consistió en seleccionar los datos obtenidos en función de los criterios a tener en cuenta como la validez de datos, diseño seleccionado, estadígrafos a emplear, etc.

6.3 CODIFICACIÓN DE DATOS

La codificación de datos consistió en asignar códigos o valores a cada uno de los datos obtenidos con el objetivo de favorecer su identificación, así como el procesamiento estadístico a realizar.

6.4 TABULACIÓN DE DATOS

Se utilizó el programa estadístico SPSS 22 y Excel 2015 y una PC Pentium con procesador Core I7 este procedimiento es de forma automática y a través de un par de clics.

6.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La información que se ha recolectado se analizó mediante la estadística descriptiva y la estadística inferencial, no paramétrica.

La estadística inferencial nos permitió comprobar la hipótesis es decir se determinó si la hipótesis es congruente con los datos que se han obtenido. Se empleó la prueba de Chi cuadrado.

Se calculó las distribuciones de frecuencia y se elaboró las representaciones gráficas correspondientes, utilizando la última versión del programa SPSS que es la versión 22 y el programa Excel 2015 del paquete OFICCE 2015.

6.6 PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos que fueron procesados, y los resultados obtenidos de la investigación son presentados mediante tablas y gráficos.

TABLAS

Se usaron tablas generales y tablas específicas, donde se cruzaron las variables según los objetivos formulados.

GRÁFICAS

Los mismos datos de las tablas se presentan de manera visual y objetiva mediante gráficos, los cuales complementan las tablas.

CAPÍTULO VII

PRESENTACIÓN,

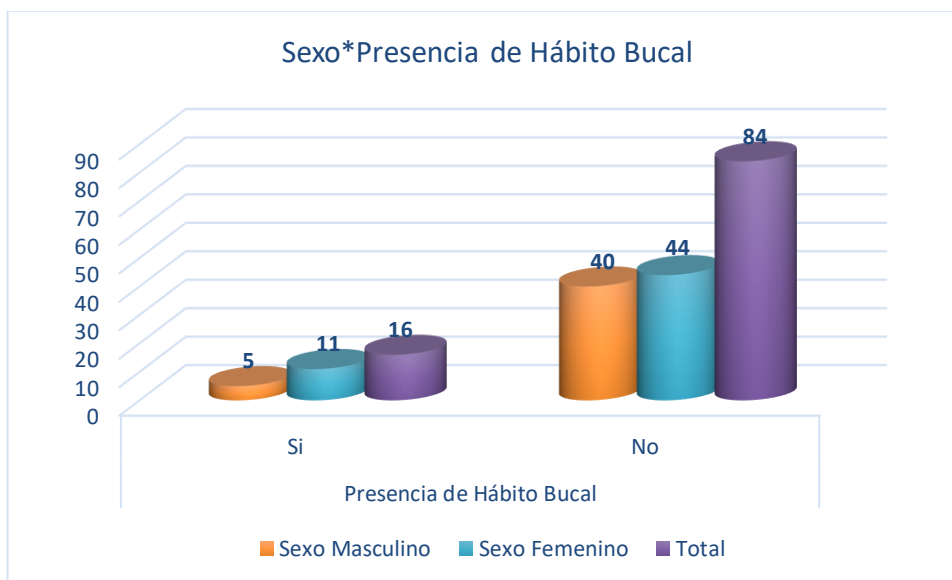
INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1

SEXO*PRESENCIA DE HÁBITO BUCAL

		Presencia de Hábito Bucal				Total	
		Si		No			
Sexo	Masculino	5	5%	40	40%	45	45%
	Femenino	11	11%	44	44%	55	55%
Total		16	16%	84	84%	100	100%



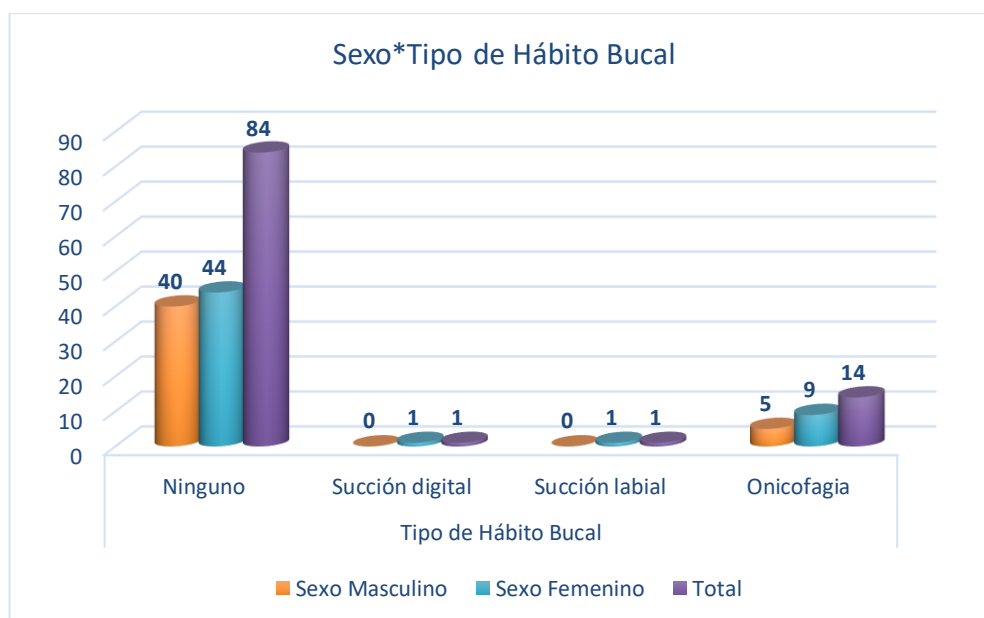
En la tabla y gráfico N°1 podemos observar que 84 alumnos no presentan hábitos bucales, de los cuales 40 son de sexo masculino que representan el 40% y 44 pacientes son de sexo femenino que representan el 44%. Mientras que 16 alumnos que es el 16% tienen hábitos bucales, 05 son de sexo masculino representando el 5% y 11 son de sexo femenino que es el 11%.

En total participaron 100 alumnos; 45% son de sexo masculino y 55% son de sexo femenino.

TABLA Y GRÁFICO N° 2

SEXO*TIPO DE HÁBITO BUCAL

		Tipo de Hábito Bucal								Total	
		Ninguno		Succión digital		Succión labial		Onicofagia			
Sexo	Masculino	40	40%	0	0%	0	0%	5	5%	45	45%
	Femenino	44	44%	1	1%	1	1%	9	9%	55	55%
Total		84	84%	1	1%	1	1%	14	14%	100	100%

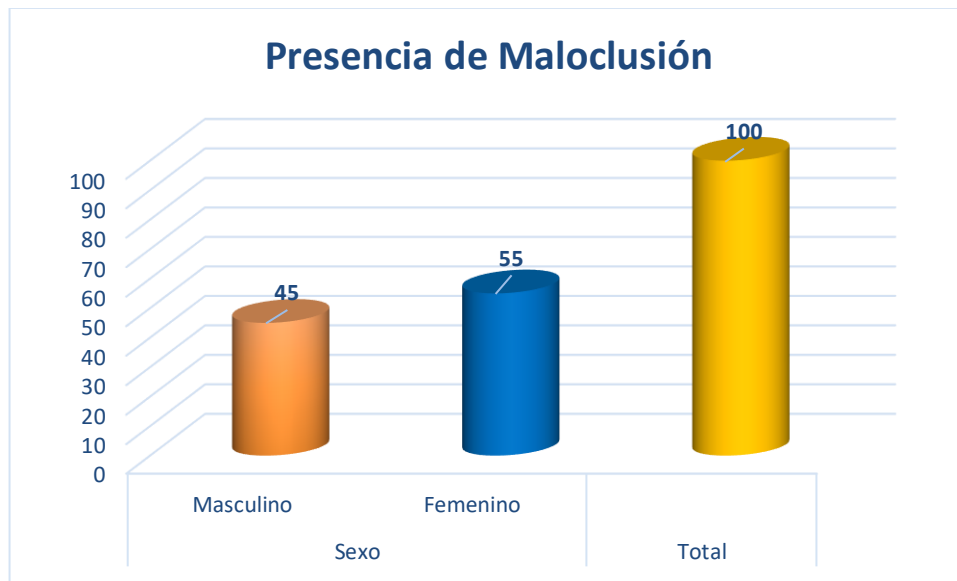


En la tabla y gráfico N°2 observamos que el 84% de alumnos no presentan hábitos bucales, de los cuales 40% son de sexo masculino y de sexo femenino es el 44%. El 16% de alumnos presenta algún tipo de hábito bucal. El 14% de alumnos tienen onicofagia, 9% son de sexo femenino y el 5% es de sexo masculino. El 1% presenta succión labial y es de sexo femenino. Y el 1% presenta succión digital y también es de sexo femenino.

TABLA Y GRÁFICO N° 3

SEXO*PRESENCIA DE MALOCLUSIÓN

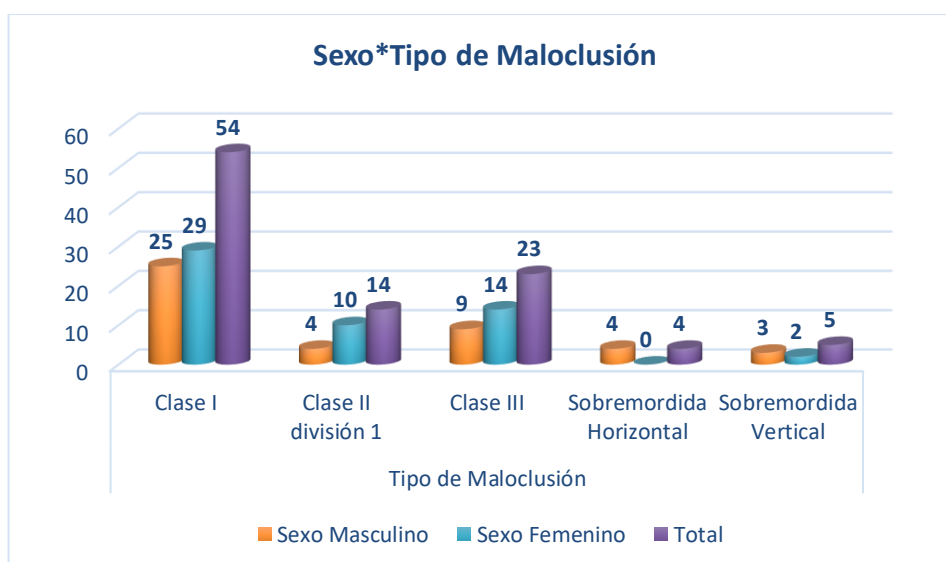
		Presencia de Maloclusión	Total	
		Si		
Sexo	Masculino	45%	45	45%
	Femenino	55%	55	55%
Total		100%	100	100%



En la tabla y gráfico N° 3 observamos que el 100% de alumnos presentan maloclusión dentaria, de los cuales 45% son de sexo masculino y de sexo femenino es el 55%.

TABLA Y GRÁFICO N° 4
SEXO*TIPO DE MALOCLUSIÓN

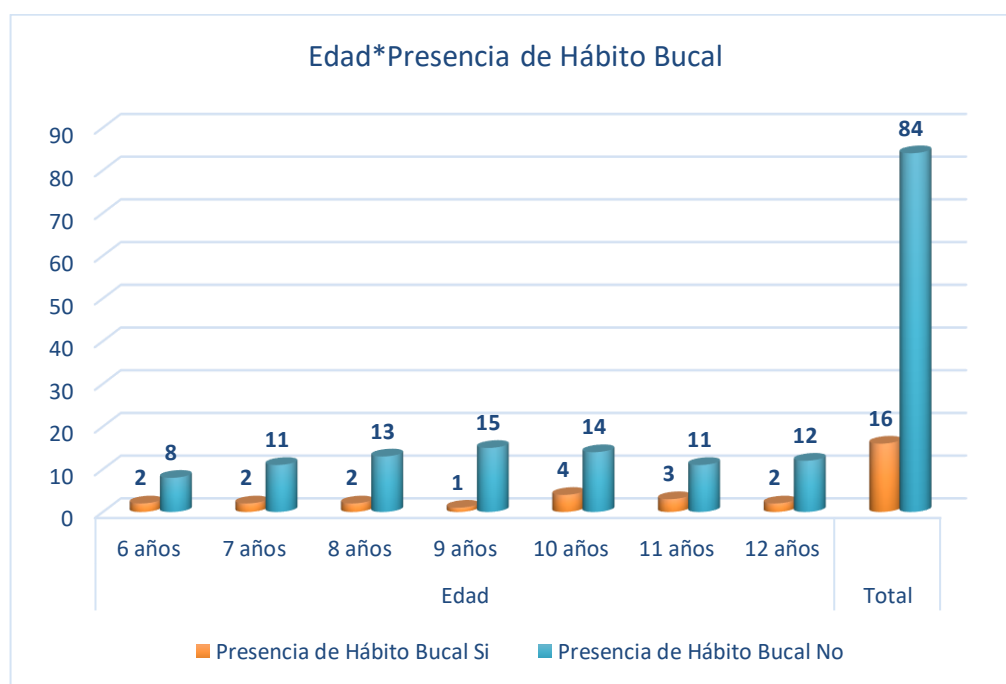
		Tipo de Maloclusión										Total	
		Clase I		Clase II división 1		Clase III		Sobremordida Horizontal		Sobremordida Vertical			
Sexo	Masculino	25	25%	4	4%	9	9%	4	4%	3	3%	45	45%
	Femenino	29	29%	10	10%	14	14%	0	0%	2	2%	55	55%
Total		54	54%	14	14%	23	23%	4	4%	5	5%	100	100%



En la tabla y gráfico N° 4 observamos que el 54% de alumnos presentan maloclusión Clase I, de los cuales 29% son de sexo femenino y de sexo masculino es el 25%. El 14% de alumnos presentan maloclusión Clase II división 1, el 10% son de sexo femenino y el 4% es de sexo masculino. El 23% de alumnos presentan maloclusión Clase III, el 14% son de sexo femenino y el 9% es de sexo masculino. Sobremordida Horizontal presenta el 4% de alumnos evaluados y son de sexo masculino. Y Sobremordida vertical presenta el 5% de alumnos evaluados, de sexo masculino es el 3% y el 2% es de sexo femenino.

TABLA Y GRÁFICO N° 5
EDAD*PRESENCIA DE HÁBITO BUCAL

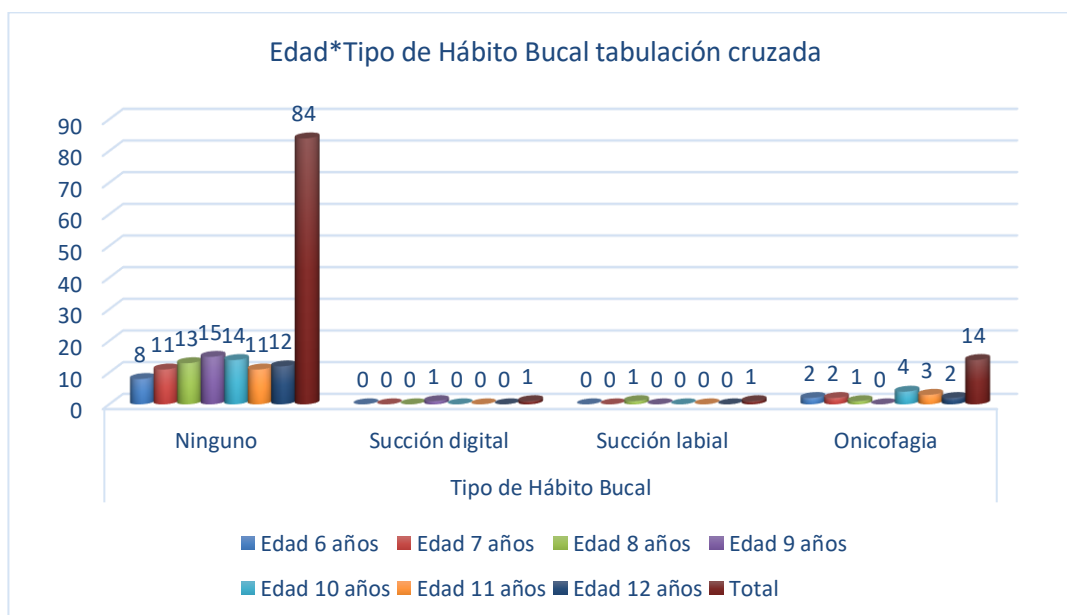
		Presencia de Hábito Bucal				Total	
		Si		No			
Edad	6 años	2	2%	8	8%	10	10%
	7 años	2	2%	11	11%	13	13%
	8 años	2	2%	13	13%	15	15%
	9 años	1	1%	15	15%	16	16%
	10 años	4	4%	14	14%	18	18%
	11 años	3	3%	11	11%	14	14%
	12 años	2	2%	12	12%	14	14%
Total		16	16%	84	84%	100	100%



En la tabla y gráfico N°5 observamos que el 84% de alumnos no presentan hábitos bucales, sólo el 16% presenta hábitos bucales. En orden decreciente los que presenta hábitos bucales son: el 4% de niños de 10 años seguidos de los de 11 años y los 6, 7, 8, y 12 años con el 2% cada uno. Sólo el 1% en los niños de 9 años.

TABLA Y GRÁFICO N° 6
EDAD*TIPO DE HÁBITO BUCAL

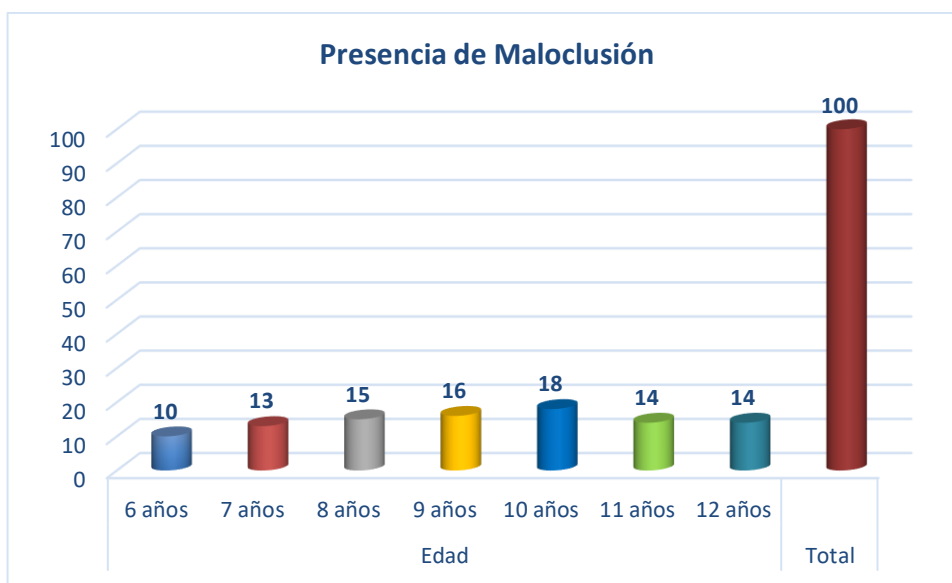
		Tipo de Hábito Bucal								Total	
		Ninguno		Succión digital		Succión labial		Onicofagia			
Edad	6 años	8	8%	0	0%	0	0%	2	2%	10	10%
	7 años	11	11%	0	0%	0	0%	2	2%	13	13%
	8 años	13	13%	0	0%	1	1%	1	1%	15	15%
	9 años	15	15%	1	15%	0	0%	0	0%	16	16%
	10 años	14	14%	0	0%	0	0%	4	4%	18	18%
	11 años	11	11%	0	0%	0	0%	3	3%	14	14%
	12 años	12	12%	0	0%	0	0%	2	2%	14	14%
Total		84	84%	1	1%	1	1%	14	14%	100	100%



En la tabla y gráfico N° 6 observamos que el 84% de alumnos no presentan hábitos bucales, sólo un 16% presenta algún hábito bucal. El 14% de alumnos presentan onicofagia; el 4% de alumnos tienen 10 años, el 3% tienen 11 años. Ningún alumno de 9 años tiene onicofagia. Los demás alumnos de 6, 7, 8, y 12 años presentan onicofagia en un 2% cada grupo etario. Succión digital sólo presente en el 1% de 9 años, y la succión labial en el 1% de 8 años.

TABLA Y GRÁFICO N° 7
EDAD*PRESENCIA DE MALOCLUSIÓN

		Presencia de Maloclusión	Total	
		Si		
Edad	6 años	10	10	10%
	7 años	13	13	13%
	8 años	15	15	15%
	9 años	16	16	16%
	10 años	18	18	18%
	11 años	14	14	14%
	12 años	14	14	14%
Total		100	100	100%

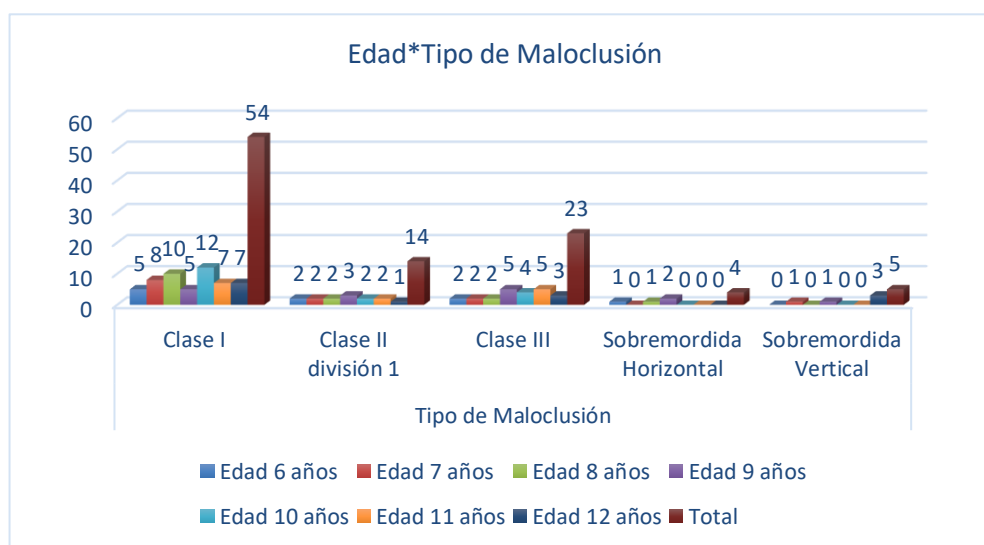


En la tabla y gráfico N°7 observamos que el 100% de alumnos presentan algún tipo de maloclusión dentaria, el 18% son alumnos de 10 años, seguidos de los alumnos de 9 años con el 16%, un 15% son niños de 8 años, los niños de 11 y 12 años respectivamente tienen 14% cada uno. El 13% son niños de 7 años. Sólo el 10% son niños de 6 años.

TABLA Y GRÁFICO N° 8

EDAD*TIPO DE MALOCLUSION

		Tipo de Maloclusión										Total	
		Clase I		Clase II división 1		Clase III		Sobremordida Horizontal		Sobremordida Vertical			
Edad	6 años	5	5%	2	2%	2	2%	1	1%	0	0%	10	10%
	7 años	8	8%	2	2%	2	2%	0	0%	1	1%	13	13%
	8 años	10	10%	2	2%	2	2%	1	1%	0	0%	15	15%
	9 años	5	5%	3	3%	5	5%	2	2%	1	1%	16	16%
	10 años	12	12%	2	2%	4	4%	0	0%	0	0%	18	18%
	11 años	7	7%	2	2%	5	5%	0	0%	0	0%	14	14%
	12 años	7	7%	1	1%	3	3%	0	0%	3	3%	14	14%
Total		54	54%	14	14%	23	23%	4	4%	5	5%	100	100%



En la tabla y gráfico N° 8 observamos que el 54% presentan maloclusión Clase I, el 12% tienen 10 años, el 10% son niños de 8 años. El 14% de los niños presentan maloclusión Clase II división 1, el 3% son niños de 9 años, seguidos de las demás edades con un 2% cada una, excepto el grupo de 12 años con un 1%. El 23% presentan maloclusión Clase III, el grupo etario de 9 y 11 años tienen un 5% cada uno, el de 10 años con un 4%, el de 12

años con un 3% y los demás grupos etarios evaluados presentan un 2% cada uno. Sobremordida Horizontal presenta el 4% de alumnos evaluados, el 2% corresponde al grupo de 9 años. Sobremordida vertical presenta el 5% de alumnos evaluados, siendo el grupo de 12 años con un 3%.

Contrastación de la Hipótesis:

Luego de analizados los resultados de los cuadros, gráficos y tablas respectivas procedemos a contrastar nuestras hipótesis, utilizando la prueba estadística de Chi Cuadrado.

Tipo de Hábito Bucal			
	N observado	N esperada	Residuo
Ninguno	84	25,0	59,0
Succión digital	1	25,0	-24,0
Succión labial	1	25,0	-24,0
Onicofagia	14	25,0	-11,0
Total	100		

Tipo de Maloclusión			
	N observado	N esperada	Residuo
Clase I	54	20,0	34,0
Clase II división 1	14	20,0	-6,0
Clase III	23	20,0	3,0
Sobremordida Horizontal	4	20,0	-16,0
Sobremordida Vertical	5	20,0	-15,0
Total	100		

Estadísticos de prueba		
	Tipo de Maloclusión	Tipo de Hábito Bucal
Chi-cuadrado	84,100 ^a	190,160 ^b
gl	4	3
Sig. asintótica	,000	,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 20,0.

b. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 25,0.

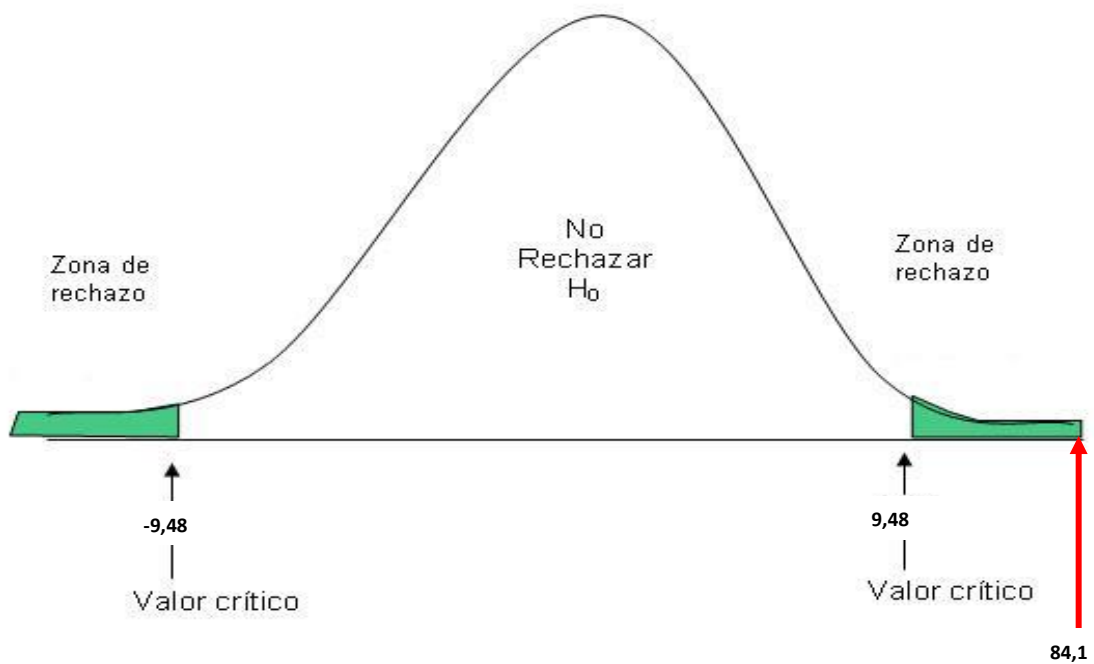
ESTIMACIÓN DEL P VALOR PARA TIPO DE MALOCLUSIÓN

Grados de libertad:4

Valor de la Tabla: 9,48

Valor calculado: 84,1

Valor de P = 0.000(2,3545E-17)



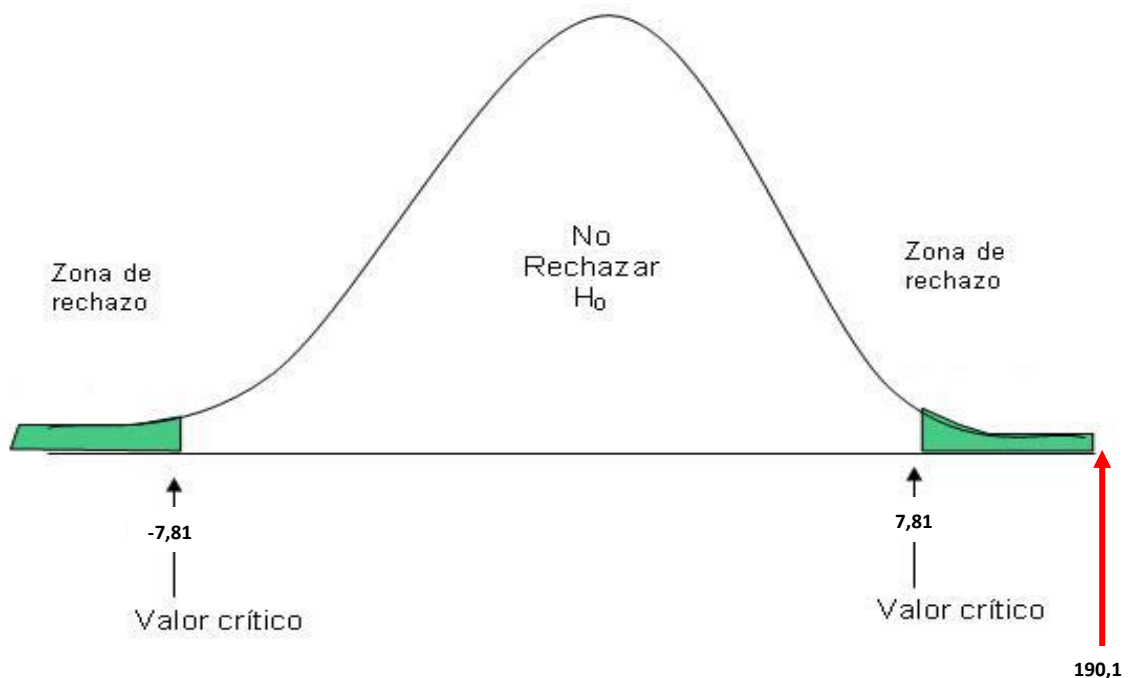
ESTIMACIÓN DEL P VALOR PARA TIPO DE MALOCLUSIÓN

Grados de libertad :3

Valor de la Tabla: 7,81

Valor calculado: 190,1

Valor de P = 0.000(5,637E-41)



Por tanto interpretando el valor de P en ambas contrastaciones vemos que el P valor < 0,05 y con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado "Las maloclusiones dentarias están asociados significativamente a los hábitos bucales en los escolares de 6 a 12 años de la I.E. "José María Arguedas" en Parcona-Ica, año 2015".

CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Los estudios de *Álvarez Gonzales M. (2014) en Cuba*, indican que el 58,7 % de niños tiene hábitos bucales deformantes. La mayor prevalencia detectada estuvo en la deglución atípica (25,3 %), respiración bucal (19,4 %) y succión digital (14,0 %) éstas guardan relación con las maloclusiones dentarias. Las maloclusiones de Clase II división 1. Nuestro estudio determinó que sólo un 16% presentan algún tipo de hábito bucal. El 14% tienen onicofagia, 1% presenta succión labial y el 1% presenta succión digital. El 100% presentan maloclusión dentaria, el 54% de alumnos presentan maloclusión Clase I, el 14% presentan maloclusión Clase II división 1, el 23% presentan maloclusión Clase III, Sobremordida Horizontal presenta el 4% y Sobremordida vertical presenta el 5%.

Nuestros resultados se diferencian de las *investigaciones en México de Murrieta-Pruneda J. y Cols. (2011) que concluyen que el 68.2% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal parafuncional, siendo la onicofagia el hábito de mayor prevalencia. Llegaron a la conclusión que la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue alta y estuvo asociada con la edad. Nuestros resultados indican que sólo el 16% presenta algún tipo de hábito bucal y el 14% de pacientes estudiados presentan onicofagia.*

En tanto el estudio de *Silva Flores X. y cols. En México (2013) determinó que la prevalencia de maloclusiones fue de 33%, presencia de caries en un 87%, manifestaciones de gingivitis en un 63% de los escolares evaluados. Nuestros resultados indican que el 100% presenta algún tipo de maloclusiones.*

Solarte J. y Colsen el 2011 en Colombia, concluye que en su estudio, las alteraciones de la oclusión que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mordida abierta anterior con un 10%; y mordida cruzada anterior en un 9,6%; los hábitos que presentaron con mayor frecuencia fueron: deglución atípica (38%), dificultad en la pronunciación (19%) y onicofagia

(15%). Las mujeres presentaron mayor frecuencia de relación molar clase I y los hombres mayor frecuencia de clase II y clase III. Nuestros resultados muestran que el 14% de pacientes estudiados presentan onicofagia; la maloclusión Clase I presente en el 54% de pacientes, el 29% son de sexo femenino y de sexo masculino es el 25%. Clase II división 1, el 10% son de sexo femenino y el 4% es de sexo masculino. El 23% de alumnos presentan maloclusión Clase III, el 14% son de sexo femenino y el 9% es de sexo masculino.

Los estudios de Bhayya D., y Cols.en la India (2009) obtuvieron resultados, que indican el 38% tenían hábitos orales, de los cuales el 18% tenían hábito de empuje lingual, el 17% tenía el hábito de respiración bucal y sólo el 3% tienen hábito de onicofagia. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de hábitos entre hombre y mujer, excepto para el hábito de morderse las uñas. Nuestro estudio determinó que sólo un 16%, el 14% de pacientes presentan onicofagia; 9% son de sexo femenino y el 5% es de sexo masculino.

Los resultados de Aguilar M y Colsen España (2009) indican que 23,49 %; presenta maloclusión, hábitos orales anómalos: onicofagia 44,4%, respiración oral 37,2%, succión digital 3,9% y deglución atípica 3,1%. Nuestros resultados muestran que el 100% presentan maloclusión dentaria, el 14% de pacientes presentan onicofagia;1% presenta succión labial y el 1% presenta succión digital.

Camblor A. y Colsen Venezuela (2008) muestran que el 28,1% de los pacientes presentaron maloclusiones y el 71,9% de los pacientes no presentaron maloclusiones. El género donde prevalece la mayor cantidad de maloclusiones es el femenino con un 52,3%, mientras que el género masculino se obtuvo solo un 47,7%. Observaron que la maloclusión que predomina es la clase I tipo 1 con un 36,10%; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% y por último la clase II tipo 1 con un 17,55%. Siendo el hábito más frecuente la deglución atípica con un 12,08%, seguido por los

respiradores bucales con un 6,78% y por último la succión digital con 4,71%.

Nuestro estudio determinó que sólo un 16% presentan algún tipo de hábito bucal. El 14% tienen onicofagia, 1% presenta succión labial y el 1% presenta succión digital. El 100% presentan maloclusión dentaria, el 54% de alumnos presentan maloclusión Clase I, el 14% presentan maloclusión Clase II división 1, el 23% presentan maloclusión Clase III, Sobremordida Horizontal presenta el 4% y Sobremordida vertical presenta el 5%.

Acevedo O. y Cols. En Cuba (2008) Observaron que la frecuencia de hábitos bucales deformantes fue de 73,9 %, siendo los más frecuentes la protracción lingual (47,2%), la succión de biberón (32,6%) y la onicofagia (23,5%), con predominio de todos ellos en el sexo femenino. *Paredes Gallardo V. y col. (España-2005)* Los resultados mostraron prevalencia encontrada de los diferentes hábitos fue del 53%. *Duque de Estrada y col. (Cuba-2004)* obtuvieron como resultado que el 63.3% presentaban hábitos deformantes comparado con el 18.3%. Nuestro estudio determinó que sólo un 16% presentan algún tipo de hábito bucal. El 14% tienen onicofagia. El 100% presentan maloclusión dentaria, el 54% de alumnos presentan maloclusión Clase I.

Los estudios de Villarroel (Perú-2005).-determinó que existe asociación entre hábitos bucales y las maloclusiones dentarias, evaluaron 1430 historias clínicas, de las cuales sólo el 20,9% presentaba hábitos orales nocivos, siendo el más frecuente la onicofagia, seguido por succión digital. La edad más frecuente en que se encontraron estos hábitos fue entre 6 a 9 años. Y de los pacientes que tenían hábitos, el 97,3% presentan maloclusiones, en su mayoría clase I. Nuestro estudio determinó que sólo un 16% presentan algún tipo de hábito bucal. El 14% tienen onicofagia. El 100% presentan maloclusión dentaria, el 54% de alumnos presentan maloclusión Clase I.

Vásquez (Perú-2002) con una muestra de 3639 niños, encontró una prevalencia de hábitos en un 19,90%. De ellos encontró que el 4,6% tenían onicofagia, el 25,14% Succión digital, el 9,94% Muerden lapiceros, el 4,42% Succión digital, y el 7,87% Otros hábitos; el 97,65% presentaban algún tipo de maloclusión, entre Clase I, II y III. Nuestro estudio determinó que sólo un 16% presentan algún tipo de hábito bucal. El 14% tienen onicofagia. El 100% presentan maloclusión dentaria, el 54% de alumnos presentan maloclusión Clase I.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Luego del análisis e interpretación de los resultados de la investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se evidencia que las maloclusiones dentarias están significativamente asociados a los hábitos bucales en los escolares de 6 a 12 años de la I.E. "José María Arguedas" en Parcona-Ica, año 2015.
2. De los 100 escolares evaluados el 16% de alumnos presento algún tipo de hábito bucal y el más frecuente es la onicofagia presente en el 14% de alumnos, y el 9% se presenta en el sexo femenino, y el grupo etario más afectado son los de 9 y 10 años respectivamente.
3. De los 100 escolares evaluados el 100% de alumnos presento algún tipo de maloclusión dentaria, siendo la maloclusión Clase I y maloclusión Clase III son las más frecuentes, que se observa en el 54% y 23% de alumnos respectivamente.
4. De los 100 escolares evaluados el mayor porcentaje de maloclusiones dentarias se presentan en los alumnos de sexo femenino que representa el 29%.

CAPÍTULO X

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Informar a los profesores, padres de familia y alumnos, que las maloclusiones dentarias que se presentan están significativamente asociados a los hábitos bucales que puedan tener.
2. Promover charlas preventivas de salud bucal para lograr la difusión y favorecer la participación de la comunidad educativa en valorar la salud bucal.
3. Motivar a los profesionales odontólogos a evaluar periódicamente a escolares de diferentes sectores para concientizar acerca de la importancia de la salud bucal.
4. La Facultad de Odontología debe asumir el rol de coordinar con las entidades educativas y de salud a través de la Dirección Regional de Educación y Salud para brindar apoyo de promoción y prevención de salud bucal.
5. Sugerir que sigan realizándose investigaciones similares con la finalidad de ampliar los resultados en la región, donde se incluya un cuestionario en el cual se pueda evaluar la duración, frecuencia e intensidad del hábito.

CAPÍTULO XI
REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRAFIA:

1. Laboren M., et al. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia .
2. Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010: 1-30. URL disponible en: www.ortodoncia.ws.
- 3.Álvarez GM, Lauzurique A, Martínez B, García NM, Suárez OR. Hábitos deformantes bucales y maloclusiones dentales en niños de 5-11 años. Revista Médica Electrónica. 2014; 36 (4): 396-407.
- 4.Silva FD, Ruiz BR, Cornejo BJ, Llanas RJ. Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. Revista Odontológica Mexicana. 2013; 17,(4): 221–227
- 5.Franco Varas V., Gorritxo Gil B.Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. Anales de Pediatría. 2012; 77 (6): 374–380.
- 6.Murrieta - Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, Juárez-López LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo AF et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(1): 26-33.
- 7.Aguilar R M, Nieto SI, De la Cruz PJ. Relación entre Hábitos Nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2011: 1-13.

- 8.Solarte SJ, Ánderon RB, Andrés A, Agudelo S. Prevalencia de alteraciones de la oclusión en población escolar de 5 a 16 años del corregimiento de Genoy (Pasto-Colombia), durante el año 2010. Rev. Fac Odontol Univ. Antioq. 2011; 23 (1): 111-125.
- 9.Versiani GL, Orlando A, Simone AM. La relación entre bruxismo, factores oclusales y hábitos bucales en niños y adolescentes, estudiantes de escuelas públicas de la ciudad de Brasilia, distrito federal. Dental Press J. Orthod. 2010. 101v. 15, Nº. 2, p. 97-104.
- 10.Bhayya D.P. ; T.R. Shyagali Prevalencia de hábitos orales en niños 11-13 años de edad en la ciudad Gulbarga, India. Publishedon. 2009.
- 11.Aguilar Roldán M.; Villaizá, Perez C.; Nieto Sanchez I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2009: 1-13.
12. Camblor A, V Cogorno, H Gutiérrez, J Veitia. Estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antímano - Caracas en el período 2000 – 2007. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2007.
- 13.Acevedo Sierra Odalys, Clara Rosa Rosell Silvia, Clotilde Mora Pérez Elsie María Padilla Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2005.
- 14.Paredes Gallardo V., Paredes Cencillo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Anales de Pediatría. 2005, 62 (3). 261–265.
- 15.Villarroel CI. Asociación entre los hábitos bucales y maloclusiones en pacientes de 3 a 13 años de edad atendidos en la clínica Dental de la

Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en los años 1999- 2003. [tesis bachiller] Universidad Peruana Cayetano Heredia 2005.

16. Duque de Estrada Riverón Yohany, Rodríguez Calzadilla Amado, Coutin Marie Gisele, González García Noraysi. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Revista Cubana Estomatológica. 2004; 41(1).

17. Vásquez L. Hábitos bucales y maloclusiones en niños de 3 a 13 años de edad pacientes de la Clínica Estomatológica central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, entre los años 1994 - 1998. [Tesis bachiller] Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2000.

18. Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010: 1-30. URL disponible en: www.ortodoncia.ws.

19. Ackerman, Ronald, I., Lewis K. Tongue position and open-bite key roles of growth and the nasopharyngeal airway. Journal of dentistryforchildren. 1981.339-342.

20. Ash Major M. Anatomía dental, fisiología y oclusión. 1994. Editorial Interamericana. p407.

21. Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2011: 1-30. URL disponible en: www.ortodoncia.ws.

22. Ash Major M. Anatomía dental, fisiología y oclusión. 1994. Editorial Interamericana. p407.

23. Braham-Morris. Odontología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires. 1989. 420-423, 726.

24. Filho E. Hábitos de Succión. Manejo clínico en Odontología. Vol. 15, N° 3. 1991.

25. Finn S. B. "Hábitos bucales infantiles". Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana. Cuarta edición. 1976. 326-337.

26. Quiros A., Oscar (2006). Bases Biomecánicas y aplicaciones clínicas en Ortodoncia interceptiva. Editorial Amolca. Caracas Venezuela
27. Ponce Palomares M, Hernández Molinar Y. Frecuencia y distribución de Maloclusion en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí Mexico. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2006: 1-8.
28. RODRIGUEZ., E. 2008. Ortodoncia Contemporánea, Diagnóstico y Tratamiento. s.l. Amolca. pp.
29. Alves Cardoso RJ. Hábitos y sus influencias en la oclusión. En: Hetcht M, Virginia S. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pulo-Brasil: Artes Médicas; 2002 p.
30. Adilén Camblor, Valentina Cogorno, Hilda Gutierrez, Jesymar Veitia. Estudio retrospectivo de Maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antímano - Caracas en el período 2000 – 2007. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2008: 1-14
31. Alves Cardoso RJ. Hábitos y sus influencias en la oclusión. En: Hetcht M, Virginia S. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pulo-Brasil: Artes Médicas; 2002 p. 69-79.
32. .Canut B.,J.A.: (2000) Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2º edición, Barcelona, Editorial Masson
33. Proffit W R. Etiología de los problemas Ortodónticos. En: Tello Rodríguez Al. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2008.P.150-160.
34. Proffit W R. Etiología de los problemas Ortodónticos. En: Tello Rodríguez Al. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2008.P.150-160.

35. Bodorni; Rojas, E; Mercado, C. Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1er edición Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana. 2010.

36. Quirós A. Oscar. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC Acta odontológica. N° 41 - 1 - 2003 http://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/13.asp

37. Canut A. 2000, Ortodoncia Clínica y Terapéutica, Barcelona, editorial Masson, pp. 495-514

38. Laboren M., et al. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia .

39. Quirós A. Oscar. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC Acta odontológica. N° 41 - 1 - 2003

40. Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica. 2011: 1 - 17.

41. Chu C. Prevalencia de maloclusiones en individuos de 12 a 18 años en la comunidad nativa de San Antonio de Sonamor, provincia de Satipo (Tesis de Bachiller). Lima. Universidad Peruana de Cayetano Heredia, 1988.

42. Kohatsu D. Prevalencia de maloclusiones en individuos de 12 a 18 años de edad pertenecientes a la población rural de Satipo. Junin. (Tesis de Bachiller). Lima. Universidad Peruana de Cayetano Heredia, 1988.

CAPÍTULO XII

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1

HÁBITOS BUCALES Y MALOCLUSIONES DENTARIAS MAS FRECUENTES EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE LA I.E. "JOSÉ MARÍA ARGUEDAS" EN PARCONA-ICA, AÑO 2015.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD: 6 años () 7 años () 8 años ()
9 años () 10 años () 11 años () 12 años ()

GÉNERO: Masculino () Femenino ()

REGISTRO DE HÁBITOS BUCALES

- Deglución Atípica ()
- Empuje Lingual ()
- Respiración bucal ()
- Succión digital ()
- Succión de labio ()
- Onicofagia ()
- Bruxismo ()

REGISTRO DE MALOCLUSIÓN

- Clase I ()
- Clase II División 1 ()
- Clase II División 2 ()
- Clase III ()
- Sobremordida Vertical ()
- Sobremordida Horizontal ()

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se ha solicitado la participación de mi menor hijo (a) en este estudio de Investigación con el objetivo de determinar la presencia de hábitos bucales y maloclusión dentaria. La participación de mi hijo (a) consistirá en:

- ✓ Un examen clínico con espejos bucales para observar la presencia de hábitos bucales y maloclusión dentaria.

Se me ha informado que se publicarán los resultados del estudio pero sin revelar nombres o identidad de mi hijo (a).

Tengo conocimiento que al participar no recibiré retribución económica ya que mi hijo (a) participa de forma voluntaria.

Por tanto otorgo mi consentimiento a mi menor hijo (a) con pleno uso de mis facultades físico y mental para lograr los objetivos del proyecto en mención.

Apellidos y Nombres del Padre o Apoderado:

Apellidos y Nombres del niño (a) participante.....

Fecha:/...../2015

Firma.....