

REPÚBLICA DOMINICANA

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



Correlación entre los hábitos nutritivos y no nutritivos con las maloclusiones en niños de dentición mixta temprana de 6-10 años en la clínica de Postgrado de odontopediatría de UNIBE, en el periodo 2018-2023.

Sustentante:

Dra. Carilaura Escalante Brito 23-1063

Asesor Especializado:

Dra. Marie Victoria Morrobel Guzmán

Asesor Metodológico:

Dra. Julissa Gómez

Los conceptos expuestos en este proyecto de investigación son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Santo Domingo, DN

27 de Marzo de 2025

Correlación entre los hábitos nutritivos y no nutritivos con las maloclusiones en niños de dentición mixta temprana de 6-10 años de edad en la clínica de Postgrado de odontopediatría de UNIBE, en el periodo 2018-2023.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Iberoamericana (UNIBE), especialmente a la Escuela de Odontología, por brindarme la oportunidad de adquirir los conocimientos y herramientas necesarias para mi formación como profesional en el área de la salud bucal.

A la Dra. Marie Victoria Morrobel Guzmán, por su paciencia, orientación y apoyo incondicional durante todo el proceso de elaboración de esta tesis. Su dedicación y compromiso me guiaron en cada paso, ayudándome a superar los obstáculos que se presentaron a lo largo de esta investigación.

A todos mis profesores y doctores, por sus enseñanzas, consejos y apoyo constante. Gracias por transmitir sus conocimientos de manera excepcional y por su compromiso en formar profesionales competentes y éticos que en el futuro representen a nuestra universidad con orgullo.

A la República Dominicana y a todos los centros de salud, tanto públicos como privados, donde tuve la oportunidad de rotar y aprender. Gracias por abrirme las puertas a la enseñanza y por ayudarme a ser una persona comprometida, dedicada y humilde ante esta noble profesión.

Finalmente, a mi familia y amigos por su amor, apoyo y confianza incondicionales. Sin su compañía, este logro no habría sido posible.

Dra. Carilaura Escalante Brito

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes con su amor, sacrificio y apoyo incondicional me han impulsado a alcanzar cada una de mis metas. A ellos, que siempre creyeron en mí y me inspiraron a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

También dedico este logro a mis profesores y mentores, cuyas enseñanzas y orientación han sido fundamentales para mi desarrollo personal y profesional. A mis amigos, por su compañía y aliento en cada paso del camino. Y, sobre todo, a Dios, por darme la fortaleza y la sabiduría para seguir este camino de aprendizaje y crecimiento.

Dra. Carilaura Escalante Brito

RESUMEN

El presente estudio analiza la correlación entre los hábitos orales y las maloclusiones en niños con dentición mixta temprana, con edades entre 6 y 10 años, atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023. Se empleó un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, analizando 180 fichas clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión. Los resultados mostraron una asociación significativa entre los hábitos no nutritivos y la presencia de maloclusiones ($p < 0.000$). La succión digital se identificó como un factor determinante en el desarrollo de maloclusiones de Clase II. Así mismo, se observó que las niñas presentaron una mayor prevalencia de maloclusiones de Clase I (40%) y Clase III (18%), mientras que los niños mostraron mayor incidencia de Clase II (30%). En relación con la lactancia materna, se encontró que los niños amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida tuvieron una menor prevalencia de maloclusiones, con una reducción del 15%. Se recomienda la implementación de programas preventivos en clínicas y escuelas para corregir hábitos no nutritivos e involucrar a un equipo multidisciplinario (odontopediatras, ortodoncistas y logopedas) en la atención temprana de maloclusiones. La educación a padres y niños sobre prácticas orales saludables es fundamental para reducir el impacto de estos hábitos en el desarrollo dental infantil.

Palabras clave: Maloclusiones, hábitos orales, succión digital, lactancia materna.

ABSTRACT

This study analyzes the correlation between oral habits and malocclusions in children with early mixed dentition, aged 6 to 10 years, who attended the Postgraduate Pediatric Dentistry Clinic at UNIBE during the period 2018-2023. A quantitative, descriptive, and cross-sectional approach was employed, analyzing 180 clinical records that met the inclusion criteria. The results showed a significant association between non-nutritive habits and the presence of malocclusions ($p < 0.000$). Digital sucking was identified as a determining factor in the development of Class II malocclusions. Additionally, it was observed that girls had a higher prevalence of Class I (40%) and Class III (18%) malocclusions, whereas boys showed a higher incidence of Class II (30%). Regarding breastfeeding, it was found that children who were exclusively breastfed during the first six months of life had a lower prevalence of malocclusions, with a 15% reduction. However, this effect was influenced by the duration and exclusivity of breastfeeding. The implementation of preventive programs in clinics and schools is recommended to correct non-nutritive habits and involve a multidisciplinary team (pediatric dentists, orthodontists, and speech therapists) in the early management of malocclusions. Educating parents and children about healthy oral practices is essential to reducing the impact of these habits on pediatric dental development.

Keywords: Malocclusions, oral habits, digital sucking, breastfeeding.

CONTENIDO

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1.- INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2.1.-Definición del problema.....	13
2.2.-Justificación.....	15
CAPÍTULO III. OBJETIVOS	16
3.1.-Objetivos del estudio	16
3.1.2.-Objetivo General	16
3.1.3.-Objetivos Específicos	16
CAPÍTULO IIII. MARCO TEÓRICO	17
4.1.- Antecedentes y Referencias.....	17
4.2.- Tipos de Dentición	18
4.3 -Definición y clasificación de maloclusiones.....	20
4.4. - Factores etiológicos de las maloclusiones.....	22
4.5.-Prevención de maloclusiones	24
4.6.-Edad Dental	25
4.7.1.- Definición de Hábito	28
4.7.2. Tipos de hábitos	28
4.8.-Influencia de los hábitos orales en las maloclusiones	32

4.9.-Tipos de hábitos no nutritivos	33
4.10.1.-Factores genéticos y ambientales.....	36
4.10.2.-Efectos en la Oclusión	37
4.11.-Prevención de maloclusiones	39
4.12.-Evaluación de la salud bucal infantil	40
4.13.-Importancia de la intervención temprana	42
CAPÍTULO V. HIPÓTESIS.....	44
5.1.1 Hipótesis General	44
5.1.2 Hipótesis Específicas	44
CAPÍTULO IV. MATERIALES Y METODOS	46
6.1. Tipo de Estudio.....	46
6.3 Criterios de inclusión y exclusión	47
6.3.1 Criterios de Inclusión:.....	47
6.3.2 Criterios de Exclusión:.....	47
6.4.1 Operacionalización de las Variables.....	48
6.5.1 Técnicas y procedimientos para la recolección y presentación de la información	50
Instrumentos de Recolección de Datos	50
6.7 Población y muestra.....	51
6.8. Instrumento de recolección de datos	52
6.8.1 Unidad de análisis estadístico	52

6.8.2 Plan de Análisis de resultados	53
6.9. Aspectos éticos implicados en la investigación	54
CAPÍTULO VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	55
7.1 RESULTADOS.....	56
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN	68
CAPITULO IX. CONCLUSIÓN	64
CAPÍTULO X. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	71
CAPÍTULO XI. RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
CAPÍTULO XII. ANEXOS	78
ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos	78

Índice de Tabla

Tabla 1- Distribución de Maloclusiones, Alimentación y Hábitos por Género	56
Tabla 2- Distribución de Maloclusiones por Género.....	58
Tabla 3- Distribución de alimentación por genero	62

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribución de Maloclusiones por Género.	58
Gráfico 2- Hábitos observados de acuerdo con el género de los pacientes.....	60
Gráfico 3- Mordida cruzada observada de acuerdo con el género de los pacientes..	61
Gráfico 4- Distribución de Maloclusiones, Alimentación y Hábitos por Género.....	62
Gráfico 5- Alimentación dada de acuerdo con la maloclusión de los pacientes.	64
Gráfico 6- Hábitos observados de acuerdo con la maloclusión de los pacientes.....	65
Gráfico 7- Mordida cruzada de acuerdo con la maloclusión de los pacientes.....	66

Índice de Figuras

Figura 1- Dentición Mixta	9
Figura 2- Clasificación de maloclusiones	13
Figura 3- Mordida Abierta.....	21
Figura 4.Succión Digital	25
Figura 5- Efectos del uso prolongado del chupete	33
Figura 6- Succión Labial	34

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1.- INTRODUCCIÓN

La dentición mixta temprana, que abarca las edades de 6 a 10 años, es una etapa de gran importancia en el desarrollo dental de los niños. Durante este periodo, los niños suelen exhibir diversos hábitos de succión, tanto nutritivos como no nutritivos. Los hábitos nutritivos, como la lactancia materna, proporcionan beneficios emocionales y nutricionales significativos, mientras que los hábitos no nutritivos, como la succión digital o el uso del chupete, a menudo se emplean como mecanismos de consuelo. Sin embargo, existe una creciente preocupación entre los profesionales de la odontopediatría respecto a la influencia de estos hábitos en el desarrollo de maloclusiones.

Las maloclusiones representan una alteración en la alineación de los dientes y la relación entre las arcadas dentarias, afectando tanto la estética como la funcionalidad oral. Estas condiciones pueden manifestarse de diversas formas, incluyendo sobremordida horizontal, mordida cruzada y apiñamiento dental. Las maloclusiones no solo impactan la apariencia física, sino que también pueden interferir con la masticación, la fonación y la higiene oral, llevando a problemas de salud más serios si no se tratan adecuadamente.

Diversos estudios han sugerido que los hábitos de succión no nutritivos pueden contribuir significativamente a la aparición de estas maloclusiones. La succión digital y el uso prolongado del chupete se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar mordida abierta anterior y otros tipos de maloclusiones. Sin embargo, la correlación específica entre estos hábitos y las maloclusiones en la dentición mixta temprana aún no está completamente establecida, lo que subraya la necesidad de investigaciones adicionales en este campo.

La presente investigación se centra en analizar la relación entre los hábitos nutritivos y no nutritivos y la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 10 años se les atendió

en la clínica de posgrado de odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023. Utilizando un enfoque retrospectivo y cualitativo, esta investigación revisará los registros clínicos existentes para identificar patrones y asociaciones entre estos hábitos y las maloclusiones dentales. Se recopilarán datos de las fichas clínicas de los pacientes, evaluando tanto los antecedentes de hábitos de succión como la presencia de maloclusiones diagnosticadas durante sus visitas a la clínica.

El objetivo de este estudio es proporcionar una comprensión más clara de cómo los hábitos de succión en esta etapa determinante del desarrollo dental pueden influir en la salud oral a largo plazo. Además, se espera que los hallazgos de esta investigación puedan identificar mejores prácticas y recomendaciones para la prevención y tratamiento de las maloclusiones en niños. Al identificar los factores de riesgo asociados con estos hábitos, los profesionales de la salud dental podrán desarrollar estrategias de intervención más efectivas y personalizadas para cada paciente, mejorando así la calidad de vida y el bienestar oral de la población infantil.

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.-Definición del problema

Las maloclusiones dentales representan uno de los problemas más prevalentes en la odontopediatría, afectando tanto la funcionalidad como la estética dental de los niños en etapa de crecimiento. Durante la dentición mixta temprana, los niños de 6 a 10 años experimentan una serie de cambios en su desarrollo oral, donde los hábitos nutritivos y no nutritivos juegan un papel preponderante (1).

Los hábitos no nutritivos, como la succión digital y el uso prolongado del chupete, son conductas comunes en esta etapa que pueden proporcionar consuelo emocional pero también impactar negativamente en el desarrollo dental. Por otro lado, los hábitos nutritivos, como la succión durante la lactancia, aunque necesarios, pueden tener diferentes implicaciones en la salud bucal de los infantes (2).

La relación entre estos hábitos y la aparición de maloclusiones se ha estudiado en diversas investigaciones, pero los resultados no siempre han sido concluyentes. Es de vital importancia entender cómo estos comportamientos específicos contribuyen al desarrollo de maloclusiones para poder establecer estrategias preventivas y correctivas más efectivas (3). En este contexto, la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE ofrece un entorno ideal para llevar a cabo una investigación detallada debido a su acceso a una amplia base de datos de pacientes y su enfoque en la salud dental infantil.

Este estudio retrospectivo se centrará en revisar los registros clínicos de niños atendidos en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023. Se recopilarán datos sobre los hábitos nutritivos y no nutritivos de los pacientes, así como la presencia y tipo de maloclusiones diagnosticadas.

Los resultados de este estudio no solo contribuirán a la literatura existente sobre la etiología de las maloclusiones, sino que también ofrecerán una base para el desarrollo de intervenciones preventivas dirigidas a minimizar los riesgos asociados con los hábitos no nutritivos en la población infantil.

A continuación, se presentan las preguntas de investigación que guiarán este estudio:

1. ¿Cuál es la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 10 años que presentan hábitos no nutritivos como la succión digital y el uso del chupete en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023?
2. ¿Existe una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de maloclusiones entre niños que practican hábitos nutritivos, como la succión durante la lactancia, y aquellos que no los practican en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE?
3. ¿Qué tipos de maloclusiones son más comunes en niños que tienen hábitos no nutritivos en comparación con aquellos que no tienen estos hábitos, según los registros clínicos de la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE?
4. ¿De qué manera la duración y frecuencia de los hábitos no nutritivos afectan la severidad de las maloclusiones en niños de 6 a 10 años en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE?
5. ¿Qué otros factores pueden influir en la relación entre los hábitos nutritivos/no nutritivos y las maloclusiones en la población estudiada en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023?

2.2.-Justificación

Esta investigación aborda la relación entre los hábitos orales y el desarrollo de maloclusiones en la dentición mixta temprana, un problema que puede afectar la salud bucal infantil y la calidad de vida a largo plazo. En particular, se analiza cómo los hábitos nutritivos, especialmente la lactancia materna, influyen en la prevención de maloclusiones, considerando su duración y exclusividad como factores clave. Además, se exploran las interacciones entre los hábitos no nutritivos y su potencial en desarrollar maloclusiones dentales a temprana edad (4).

La importancia de este estudio radica en su potencial para generar evidencia científica que permita desarrollar estrategias de prevención e intervención más efectivas en odontopediatría. Identificar la correlación entre hábitos orales y maloclusiones facilitará la implementación de campañas de concienciación y programas educativos dirigidos a reducir la prevalencia de hábitos no nutritivos perjudiciales (5).

A nivel social, esta investigación contribuye a la mejora de la salud bucal infantil y podría influir en políticas de salud pública, promoviendo intervenciones tempranas que reduzcan la incidencia de maloclusiones y sus consecuencias a largo plazo (6).

CAPÍTULO III. OBJETIVOS

3.1.-Objetivos del estudio

3.1.2.-Objetivo General

Estudiar la correlación de hábitos nutritivos y no nutritivos con las maloclusiones en niños de dentición mixta temprana de 6-10 años en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE en 2018-2023.

3.1.3.-Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 10 años que presentan hábitos no nutritivos como la succión digital y el uso del chupete en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE.
2. Comparar la incidencia de maloclusiones entre niños que practican hábitos nutritivos y aquellos que no los practican en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE.
3. Identificar los tipos de maloclusiones más comunes en niños con hábitos no nutritivos en comparación con aquellos sin estos hábitos, según los registros clínicos de la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE.
4. Evaluar si la duración y frecuencia de los hábitos influyen en la severidad de las maloclusiones en niños de 6 a 10 años atendidos en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

La dentición mixta temprana, que ocurre aproximadamente entre los 6 y 10 años, es una fase crítica en el desarrollo dental infantil. Durante este período, la coexistencia de dientes primarios y permanentes puede influir significativamente en la formación de la oclusión dental. Las maloclusiones son condiciones comunes que pueden surgir durante esta etapa. La presente investigación se enfoca en la correlación entre los hábitos nutritivos y no nutritivos y la aparición de maloclusiones en niños de dentición mixta temprana, específicamente en la clínica de posgrado de odontopediatría de UNIBE, durante el período 2018-2023.

4.1.- Antecedentes y Referencias

La dentición en los seres humanos es un proceso complejo y dinámico que implica la formación, erupción y reemplazo de los dientes en diferentes etapas de la vida. Este proceso comienza con la dentición decidua o primaria, continúa con la dentición mixta, y culmina con la dentición permanente. Comprender las características y particularidades de cada tipo de dentición es crucial para evaluar y manejar de manera efectiva las maloclusiones, especialmente en la etapa de dentición mixta, donde coexisten dientes primarios y permanentes (7).

La dentición mixta es particularmente relevante en el desarrollo de maloclusiones, ya que es un período en el cual los hábitos orales y las influencias ambientales pueden afectar de manera significativa la posición y alineación de los dientes permanentes que están erupcionando (8).

4.2.- Tipos de Dentición

Dentición Decidua

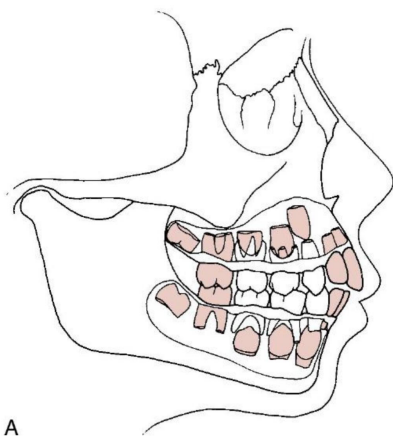
La dentición decidua, conocida como dentición primaria, es la primera etapa en el desarrollo dental y comprende 20 dientes, que suelen comenzar a erupcionar hacia los seis meses. Estos dientes son temporalmente importantes, ya que mantienen el espacio en la arcada dental para los futuros dientes permanentes y juegan un rol esencial en el desarrollo del habla y la masticación durante los primeros años de vida (9).

La pérdida prematura de dientes deciduos ya sea por lesión de caries o trauma, puede resultar en una pérdida de espacio, lo que puede afectar la erupción normal de los dientes permanentes y predisponer a maloclusiones (9).

Dentición Mixta

La dentición mixta es un período transitorio donde coexisten dientes primarios y permanentes en la boca, y se divide en dos etapas: dentición mixta temprana y dentición mixta tardía (10).

Figura 1- Dentición mixta



Fuente: Ortodoncia Contemporánea, Quinta Edición

- **Dentición mixta temprana**

La dentición mixta temprana ocurre aproximadamente entre los 6 y 9 años. Durante esta etapa, se encuentran erupcionados solo los primeros molares permanentes e incisivos de ambas arcadas (11). Es un período determinante, ya que los dientes permanentes comienzan a emerger mientras algunos dientes primarios aún están presentes. Los primeros molares permanentes suelen ser los primeros en aparecer, seguidos por los incisivos centrales y laterales. La correcta erupción y alineación de estos dientes son fundamentales para establecer una base sólida para la futura dentición (12).

Los problemas que se pueden presentar en esta etapa, como la pérdida prematura de dientes primarios o la erupción ectópica de dientes permanentes, pueden conducir a maloclusiones que requieran intervención ortodóntica temprana (13).

La importancia de esta etapa radica en el hecho de que los dientes permanentes que emergen en este periodo son más susceptibles a los factores ambientales y hábitos orales. Se ha descrito que la succión digital o el uso prolongado del chupete durante la dentición mixta temprana puede alterar la posición de los incisivos y los primeros molares, llevando a maloclusiones como la mordida abierta o la mordida cruzada (14).

- **Dentición Mixta Tardía**

La dentición mixta tardía se presenta entre los 9 y 12 años. Durante este periodo, se presenta la erupción de los caninos y premolares, concluyendo el recambio dental (15). La dentición mixta tardía es igualmente crucial, ya que la posición y alineación de los caninos y premolares determinan en gran medida la forma y función de la arcada dental (16).

Los caninos, en particular, juegan un papel vital en la guía y la estabilidad de la mordida. Su erupción correcta es esencial para evitar problemas como el apiñamiento dental o las mordidas cruzadas (17). Durante esta etapa, el desarrollo de la mandíbula

y el maxilar está en un punto crítico. Cualquier disfunción en esta fase puede afectar la oclusión y requerir tratamientos ortodónticos más complejos (18).

Además, los cambios hormonales asociados con la pubertad pueden influir en el crecimiento y desarrollo dental, haciendo que esta fase sea un período dinámico y crítico para la intervención ortodóntica (19).

Dentición Permanente

La dentición permanente es la fase final del desarrollo dental, compuesta por 32 dientes que reemplazan a los dientes deciduos y se mantienen durante toda la vida adulta (20). El proceso de erupción de los dientes permanentes generalmente comienza alrededor de los seis años y continúa hasta los 12-13 años, aunque los terceros molares pueden erupcionar más tarde, entre los 17 y 25 años (21).

Es crucial que los dientes permanentes emerjan en las posiciones correctas dentro de la arcada dental para asegurar una oclusión adecuada y prevenir problemas de alineación, función y salud oral a largo plazo (22).

4.3 -Definición y clasificación de maloclusiones

Se define a una maloclusión como una desviación importante de la llamada oclusión normal o ideal. La clasificación de Angle de las maloclusiones en la década de 1890 supuso un paso importante en el desarrollo de las áreas como la ortodoncia y ortopedia, ya que no solo subclasificó los principales tipos de maloclusión, sino que acuñó además la primera definición clara y sencilla de la oclusión normal en la dentición natural (15).

La maloclusión Clase I es la más común. En esta la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye con el surco vestibular del primer molar inferior permanente. Sin embargo, pueden existir problemas de alineación en otros dientes, como apiñamiento, rotaciones, diastemas, etc (23).

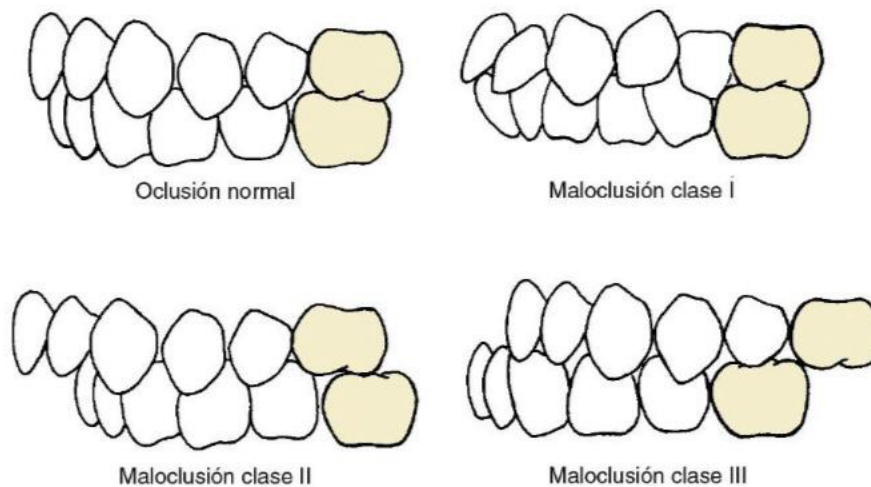
La maloclusión de Clase II, se caracteriza por una discrepancia en la relación anteroposterior entre los maxilares, donde los dientes superiores se proyectan hacia adelante y se superponen significativamente a los inferiores. En este tipo de maloclusión, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye mesial al surco vestibular del inferior. Esta clase de maloclusión se subdivide en dos dependiendo de la posición de los incisivos superiores (23).

- División 1: los incisivos superiores están protruidos o inclinados hacia adelante, lo que causa una sobremordida horizontal aumentada. Este patrón puede resultar en una apariencia facial con un perfil convexo, donde el labio superior puede verse más prominente (23). Esta forma de maloclusión es a menudo más visible y puede tener un impacto considerable en la estética facial.
- División 2: los centrales superiores se encuentran retroinclinados y los laterales proinclinados. En este caso, el perfil facial tiende a ser menos convexo en comparación con la División 1. Los incisivos laterales superiores pueden estar más inclinados hacia afuera, lo que puede dar lugar a una apariencia de sonrisa invertida (23). Aunque esta división puede parecer menos severa en términos de protrusión de los dientes, puede igualmente afectar la función masticatoria y causar problemas en la articulación temporomandibular si no se trata adecuadamente (23).

Las maloclusiones de Clase II pueden impactar significativamente la estética facial, creando un desequilibrio en la proporción de los rasgos faciales. Además, en casos severos, pueden interferir con la función masticatoria y contribuir a problemas de habla, como la dificultad en la pronunciación de ciertos sonidos. El tratamiento ortodóntico para la Clase II a menudo implica la corrección del crecimiento maxilofacial en la infancia o adolescencia, y en casos más severos, puede requerir intervención quirúrgica en adultos (23).

La maloclusión Clase III, ocurre cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye distal al surco del primer molar inferior. Este tipo de maloclusión puede ser por una mandíbula inferior prominente o una superior retraída. La Clase III puede provocar un perfil facial cóncavo y puede ser más difícil de corregir sin intervención quirúrgica, especialmente si se diagnostica en una etapa tardía (23).

Figura 2. Clasificación de maloclusiones



Fuente: Ortodoncia Contemporánea, Quinta Edición.

4.4. - Factores etiológicos de las maloclusiones

Los factores que contribuyen al desarrollo de maloclusiones son múltiples y se dividen principalmente en genéticos y ambientales. También se identifican los factores genéticos como uno de los principales determinantes en la aparición de maloclusiones (24).

La herencia genética puede influir en la forma y tamaño de los dientes, la estructura ósea de las mandíbulas y la alineación general de la mordida. Por ejemplo, padres con problemas de maloclusión tienen una mayor probabilidad de transmitir estas

características a sus hijos, perpetuando patrones de mordida inadecuados a través de las generaciones (25).

Por otro lado, los factores ambientales son fundamentales en el desarrollo de maloclusiones. Entre estos, los hábitos orales adquiridos durante la infancia son particularmente influyentes. La succión digital, el uso del chupete y la respiración bucal son algunos de los hábitos más comunes que pueden alterar la posición de los dientes y la estructura maxilofacial (25).

La succión digital, si persiste más allá de los 3 a 4 años, puede ejercer presión sobre los dientes frontales superiores, empujándolos hacia adelante y creando una mordida abierta o un aumento del overjet. Este hábito, cuando se prolonga durante la etapa de desarrollo dental, puede deformar la arcada dental superior, causando una maloclusión que requiere intervención ortodóntica para corregirse. Es fundamental que este hábito sea abordado a tiempo, ya que la intervención temprana puede prevenir la necesidad de tratamientos ortodónticos más complejos en el futuro (26).

El uso prolongado del chupete puede tener efectos similares. Aunque los chupetes pueden proporcionar consuelo y ayudar a calmar a los bebés, su uso más allá de los dos o tres años puede interferir con el desarrollo dental normal. El chupete puede empujar los dientes superiores hacia adelante y los inferiores hacia atrás, contribuyendo a la formación de una mordida abierta y otras maloclusiones (27).

La respiración bucal, a menudo resultante de obstrucciones nasales crónicas como las alergias o los adenoides agrandados, puede afectar el crecimiento y desarrollo de las estructuras faciales y dentales. La respiración bucal crónica puede llevar a un desarrollo insuficiente del maxilar superior, provocando una mordida cruzada posterior y un perfil facial alargado. Este hábito también puede contribuir a una postura lingual incorrecta, que a su vez afecta la posición de los dientes (28).

Además, otros factores ambientales como la alimentación inadecuada y la falta de estimulación masticatoria pueden influir en el desarrollo de maloclusiones. Una dieta

blanda y la falta de alimentos que requieran masticación vigorosa pueden resultar en un desarrollo insuficiente de los músculos masticatorios y de los huesos maxilares, contribuyendo a problemas de alineación dental (29).

Es importante considerar que la interacción entre los factores genéticos y ambientales es compleja y multifactorial. Aunque los genes pueden predisponer a un individuo a ciertas características dentales y faciales, los hábitos y el entorno pueden exacerbar o mitigar estos efectos. La identificación temprana y la intervención en hábitos perjudiciales son esenciales para prevenir el desarrollo de maloclusiones y garantizar una salud bucal óptima (30).

4.5. Prevención de maloclusiones

La prevención de maloclusiones a través de la modificación de hábitos orales es un área clave de investigación y práctica clínica. Se ha descrito que las intervenciones educativas dirigidas a padres y cuidadores sobre la importancia de evitar hábitos no nutritivos y fomentar hábitos nutritivos saludables pueden ser efectivas en la reducción de la prevalencia de maloclusiones (31). Estas intervenciones pueden incluir estrategias para desalentar la succión del pulgar y el uso prolongado del chupete, así como la promoción de la lactancia materna y la introducción de alimentos sólidos que requieren masticación activa a edades apropiadas.

Las campañas de educación y concienciación pueden desempeñar un rol vital en la prevención de maloclusiones. Proporcionar a los padres información sobre los riesgos asociados con los hábitos no nutritivos y ofrecerles técnicas para ayudar a sus hijos a dejar estos hábitos puede marcar una diferencia significativa (32).

El uso de recompensas y refuerzos positivos para animar a los niños a dejar de succionar el pulgar o el chupete puede ser una estrategia eficaz. Además, el asesoramiento sobre la alimentación adecuada, incluyendo la promoción de alimentos que requieren una masticación vigorosa, puede ayudar a desarrollar los músculos orofaciales y a mantener una alineación dental correcta (33).

La detección temprana y la intervención son esenciales para prevenir el desarrollo de maloclusiones severas. Las visitas regulares al odontopediatra desde una edad temprana permiten la identificación temprana de hábitos perjudiciales y problemas de alineación dental. Los odontopediatras pueden proporcionar orientación a los padres y realizar intervenciones tempranas, como la colocación de dispositivos que dificulten la succión del pulgar o el uso del chupete. Estas intervenciones pueden incluir el uso de aparatos ortopédicos preventivos que guíen el crecimiento de los maxilares y ayuden a corregir la mordida antes de que se establezcan problemas más graves (34).

La colaboración entre profesionales de la salud, como pediatras, odontopediatras y logopedas, también es fundamental para abordar los factores que contribuyen a las maloclusiones. Los pediatras pueden identificar problemas respiratorios o de alimentación que podrían afectar el desarrollo dental y derivar a los pacientes a especialistas adecuados. Los logopedas pueden trabajar con niños que tienen hábitos orales perjudiciales, como la succión digital o la deglución atípica, para corregir estos comportamientos y prevenir problemas de alineación dental (35).

Además, la investigación continua es de vital importancia para desarrollar nuevas estrategias de prevención y tratamiento de las maloclusiones. Estudios longitudinales que sigan a los niños desde una edad temprana pueden proporcionar información valiosa sobre cómo evolucionan los hábitos orales y su impacto en la salud dental. La investigación sobre nuevos materiales y técnicas ortodónticas también puede mejorar la eficacia de las intervenciones preventivas (36).

4.6. Edad Dental

La edad dental del individuo expresa con bastante fidelidad su grado de desarrollo, similar al desarrollo filogenético de la dentadura. El cambio en la fórmula dentaria refleja los cambios evolutivos en nuestra especie. Si este proceso funciona correctamente, es probable que se establezca a una buena oclusión en la mayoría de

los casos. Por otro lado, la alteración en su clasificación cronológica o secuencia puede perturbar significativamente el establecimiento de un correcto engranaje dental (37).

El desarrollo dental está relacionado con el crecimiento general del individuo. La edad dental puede utilizarse para prever el momento adecuado para ciertos tratamientos ortodónticos, ya que algunas intervenciones son más efectivas durante períodos específicos de desarrollo. La expansión del maxilar superior puede realizarse más eficazmente durante la fase de crecimiento rápido antes de la pubertad, cuando los huesos son más maleables (38).

La alteración en la secuencia de erupción dental puede tener varias causas, incluyendo factores genéticos y ambientales. Los trastornos genéticos pueden afectar la cronología de la erupción dental, como se observa en condiciones como la displasia cleidocraneal, donde la erupción de los dientes puede retrasarse significativamente. Además, factores ambientales como la malnutrición, enfermedades sistémicas y traumas pueden alterar la secuencia normal de erupción dental (39).

Un estudio demostró que los niños con deficiencias nutricionales presentaban un retraso en la erupción dental comparado con sus pares bien nutridos. Esto sugiere que una adecuada nutrición durante los primeros años de vida es determinante para el desarrollo dental adecuado. Otro estudio realizado destacó la influencia de factores sistémicos y locales en la erupción dental, subrayando la importancia de una evaluación integral del paciente (40).

El desarrollo dental es un proceso influenciado por múltiples factores, entre ellos la nutrición, el estado sistémico del paciente y las condiciones locales de la cavidad oral. Estudios han demostrado que los niños con deficiencias nutricionales experimentan un retraso en la erupción dental en comparación con aquellos que mantienen una alimentación adecuada (41).

La nutrición desempeña un papel esencial en la formación y mineralización de los dientes, ya que nutrientes como el calcio, el fósforo, la vitamina D y las proteínas son

fundamentales para el desarrollo del esmalte y la estructura ósea maxilofacial. Un déficit de estos nutrientes puede no solo retrasar la erupción dental, sino también comprometer la calidad del esmalte y la resistencia ósea, aumentando la susceptibilidad a caries y maloclusiones (42).

Además de la nutrición, la erupción dental está influenciada por factores sistémicos como alteraciones endocrinas, trastornos genéticos y enfermedades crónicas. Se ha identificado que condiciones como el hipotiroidismo, la deficiencia de hormona de crecimiento y el raquitismo pueden afectar el cronograma de erupción dental, prolongando o alterando la secuencia natural de aparición de los dientes. Asimismo, factores locales como el espacio disponible en los maxilares, la presencia de hábitos orales perjudiciales y la integridad del tejido periodontal pueden modificar el patrón eruptivo. Por ello, es crucial realizar una evaluación integral del paciente para detectar posibles alteraciones y establecer estrategias de prevención y tratamiento oportunas (43).

La edad dental también es un factor clave en la planificación ortodóntica, ya que el momento óptimo para iniciar un tratamiento depende en gran medida del desarrollo de la dentición. Se ha demostrado que los tratamientos ortodónticos iniciados en etapas específicas del crecimiento dental, particularmente durante la transición de la dentición mixta a la permanente, tienen mayores tasas de éxito y estabilidad a largo plazo. Durante este periodo, el crecimiento óseo y la plasticidad de los tejidos permiten una mejor respuesta a los movimientos ortodónticos, facilitando la corrección de maloclusiones y reduciendo la necesidad de procedimientos más invasivos en la adultez (44).

Un diagnóstico temprano y una intervención adecuada pueden prevenir alteraciones estructurales severas, optimizar el desarrollo oclusal y mejorar la armonía funcional y estética de la cavidad oral. Por ello, el monitoreo del crecimiento dental y la identificación de factores de riesgo desde la infancia son esenciales para la

planificación de tratamientos ortodónticos efectivos y la promoción de una salud bucal óptima a lo largo de la vida (35).

4.7.1.- Definición de Hábito

Un hábito es una conducta repetitiva que se realiza de manera automática, sin necesidad de un esfuerzo consciente. En el contexto dental, los hábitos orales pueden influir significativamente en el desarrollo y la salud de la cavidad oral. (36)

4.7.2. Tipos de hábitos

Hábito Funcional

Los hábitos funcionales son aquellos que se consideran normales y beneficiosos para el desarrollo oral y general. Entre ellos, se encuentran actividades como la masticación, respiración y deglución, esenciales para el desarrollo de los músculos orofaciales. La masticación, no solo permite la trituración de los alimentos para facilitar la digestión, sino que también estimula el crecimiento y la fortaleza de los huesos y músculos de la mandíbula. Del mismo modo, la deglución es un proceso natural que ayuda a mantener una correcta postura de la lengua y una función respiratoria adecuada (37).

Por otro lado, está la respiración nasal, que es un hábito fisiológico natural esencial para la salud general y el desarrollo craneofacial. Al inhalar y exhalar por la nariz, el aire se filtra, humedece y calienta antes de llegar a los pulmones, mejorando su calidad para el intercambio gaseoso (38).

Desde el punto de vista ortodóntico, la respiración nasal favorece el desarrollo equilibrado de los huesos faciales y la mandíbula, manteniendo la lengua en una posición adecuada en el paladar. Sin embargo, obstrucciones crónicas como alergias o desviaciones del tabique nasal pueden alterar este proceso, causando respiración bucal (39). Esto afecta negativamente el crecimiento del maxilar superior y puede

generar maloclusiones, como mordida cruzada o apiñamiento dental, que requieren tratamiento ortodóntico.

Hábito Parafuncional

Los hábitos parafuncionales, son aquellos que no cumplen una función necesaria y que pueden tener efectos perjudiciales en la salud oral. Estos incluyen la succión digital, respiración oral, morderse las uñas y el bruxismo. La succión digital y el uso del chupete, si se prolongan más allá de la edad temprana, pueden causar desalineaciones dentales como la mordida abierta y la mordida cruzada. El bruxismo puede llevar al desgaste excesivo de los dientes, dolor en la mandíbula y otros problemas temporomandibulares (40).

Figura 3- Mordida Abierta



Fuente: *Propias del autor.*

Hábito Nutritivo

Un hábito nutritivo se relaciona con la alimentación y proporciona beneficios nutricionales y emocionales. Estos hábitos son esenciales en las primeras etapas de la vida, ya que influyen en el desarrollo físico, emocional y social del individuo.

Ejemplos de hábitos nutritivos incluyen la lactancia materna, el uso del biberón para la alimentación, y la introducción de alimentos sólidos adecuados en la dieta infantil (41).

La lactancia materna, en particular, es un hábito altamente recomendable debido a sus múltiples beneficios. Aporta nutrientes esenciales fundamentales para el crecimiento y desarrollo óptimo del bebé, y es crucial en el desarrollo adecuado de la mandíbula y los músculos orofaciales. Durante la lactancia materna, el bebé realiza un esfuerzo muscular considerable para succionar la leche del pecho (42).

Este esfuerzo contribuye a la correcta formación del paladar, promueve un crecimiento equilibrado de los huesos maxilares y favorece una adecuada alineación de los dientes. Además, este hábito se asocia con una menor incidencia de maloclusiones en comparación con otros métodos de alimentación, como el uso prolongado del biberón o del chupete, los cuales pueden generar hábitos orales perjudiciales si se utilizan incorrectamente (43).

El uso del biberón, aunque también proporciona nutrientes esenciales, puede no ofrecer los mismos beneficios orofaciales que la lactancia materna. La técnica de succión es diferente y, si el biberón se utiliza de manera inadecuada o durante un tiempo prolongado, puede llevar al desarrollo de maloclusiones como la mordida abierta anterior o el apiñamiento dental. Es por esto por lo que se recomienda supervisar y limitar el uso del biberón una vez que el niño comienza a aceptar alimentos sólidos, para minimizar el riesgo de problemas dentales futuros (44).

La comprensión de los diferentes tipos de hábitos orales y su impacto en la salud dental es fundamental para la prevención y tratamiento de maloclusiones y otros problemas dentales. Identificar y corregir hábitos parafuncionales, como la succión digital o el uso prolongado del chupete, y fomentar hábitos nutritivos desde una edad temprana, como la lactancia materna y una alimentación equilibrada, puede contribuir significativamente a la salud oral a largo plazo. El establecimiento de hábitos nutritivos adecuados desde la infancia no solo garantiza un desarrollo físico saludable, sino que

también sienta las bases para una buena salud dental y una menor necesidad de intervenciones ortodónticas en el futuro (45).

Hábitos no nutritivos

Los hábitos orales no nutritivos, como la succión del pulgar y el uso del chupete, junto con factores genéticos, son determinantes clave en el desarrollo de maloclusiones en niños. Si bien la genética juega un rol crucial, estos hábitos pueden modificar de manera significativa la alineación dental si no se abordan adecuadamente desde una edad temprana (1).

La American Academy of Pediatric Dentistry ha subrayado la importancia de identificar y corregir estos hábitos a tiempo. La intervención temprana es esencial para minimizar los riesgos asociados a estos comportamientos, lo que puede ayudar a evitar complicaciones ortodónticas a largo plazo. La atención temprana y el asesoramiento a los padres son estrategias recomendadas para la prevención de estos problemas (2).

Algunas investigaciones han mostrado que la succión digital, especialmente cuando se mantiene más allá de los primeros años de vida, se asocia con la aparición de maloclusiones como la mordida abierta anterior y el aumento del overjet. Este hallazgo pone de relieve la importancia de las intervenciones preventivas en la infancia, tanto para corregir estos hábitos como para educar sobre sus efectos adversos (3).

Además, se ha demostrado que el uso del chupete puede influir en la forma de las arcadas dentales y en la relación entre los maxilares. Aunque el uso de chupetes es común y, en muchos casos, aceptable durante los primeros años de vida, su uso prolongado puede llevar a desequilibrios en el desarrollo craneofacial, lo que hace que su control y limitación sean cruciales para evitar problemas ortodónticos futuros (4).

La identificación y modificación de los hábitos orales no nutritivos desde la infancia es fundamental para prevenir maloclusiones y asegurar un desarrollo dental saludable.

Es importante que tanto los padres como los profesionales de la salud dental trabajen en conjunto para desalentar estos hábitos, garantizando así una mejor salud oral para los niños (5).

4.8.-Influencia de los hábitos orales en las maloclusiones

Numerosos estudios han demostrado que los hábitos orales influyen significativamente en el desarrollo de maloclusiones, ya que ejercen una presión constante sobre las estructuras dentofaciales. La duración, frecuencia e intensidad de estos hábitos son factores determinantes en la severidad de las alteraciones oclusales (6).

El uso prolongado del chupete y la succión digital son hábitos no nutritivos asociados con un mayor riesgo de maloclusiones, especialmente mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. Se ha observado que la persistencia de la succión digital después de los cinco años incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar maloclusiones en la dentición mixta, debido a la presión ejercida sobre los incisivos y el paladar (7).

Por otro lado, la lactancia materna desempeña un papel clave en el desarrollo orofacial adecuado, ya que promueve el crecimiento equilibrado de los huesos maxilares y favorece la correcta alineación dental. Durante la lactancia, el bebé realiza un esfuerzo muscular que estimula la actividad de los músculos orofaciales, lo que contribuye a un adecuado posicionamiento mandibular y al desarrollo del paladar. Este proceso es crucial para la formación de una oclusión dental saludable y para prevenir alteraciones como la mordida abierta o la mordida cruzada posterior (8).

En contraste, la alimentación con biberón involucra un mecanismo de succión diferente que puede generar un desarrollo desbalanceado de las estructuras orales. La succión menos natural asociada con el biberón puede contribuir a la alteración del crecimiento del paladar y a la predisposición a maloclusiones. Estudios han demostrado que los niños que fueron amamantados tienen una menor incidencia de maloclusiones en comparación con aquellos alimentados con biberón, lo que resalta la importancia de

fomentar la lactancia materna como un factor protector en la salud bucodental infantil (9).

Dado que el desarrollo transversal y sagital de la base apical es posible mientras exista potencial de crecimiento, la identificación temprana de anomalías en la dentición es clave para corregir maloclusiones de manera efectiva. La intervención a tiempo permite aprovechar el proceso natural de crecimiento y reducir la necesidad de tratamientos ortodónticos complejos en el futuro (10).

4.9.-Tipos de hábitos no nutritivos

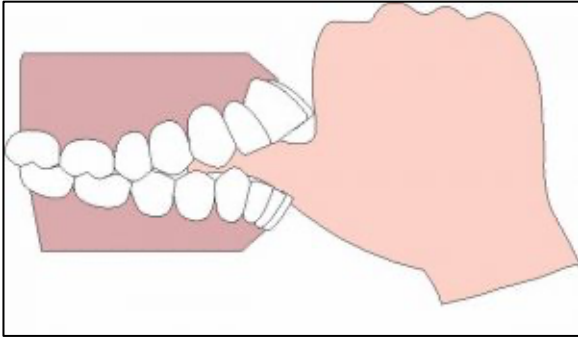
Succión Digital

La succión digital es uno de los hábitos orales más comunes que producen anomalías dentofaciales. Consiste en posicionar el pulgar u otros dedos dentro de la boca muchas veces durante el día y la noche, ejerciendo una presión definida al succionar. Usualmente, la succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentofaciales, especialmente en el sector anterior (11).

Si la succión digital se interrumpe alrededor de los 6 años o con la erupción de los incisivos, cualquier alteración de las estructuras dentofaciales podrá ser reversible. Sin embargo, si esta continúa las alteraciones suelen ser irreversibles y solo podrán ser corregidas con tratamiento ortodóntico (11).

La presencia y severidad de alteraciones en las estructuras dentofaciales dependerán de la frecuencia, intensidad, duración y posición del dedo dentro de la boca. La succión digital ocasiona efectos de tipo dental, ortopédico, funcional y de remodelación dentoalveolar (11).

Figura 4- Succión Digital



Fuente: Proclinic

Uso Prolongado del Chupete

Aunque el uso del chupete es un mecanismo de consuelo aceptado en los primeros años de vida, su uso prolongado más allá de los 2 o 3 años puede ocasionar efectos negativos en la alineación dental. Entre las consecuencias más frecuentes se encuentran la mordida abierta anterior, la compresión del maxilar superior, la mordida cruzada posterior y alteraciones en la función lingual, lo que puede comprometer el desarrollo normal de la cavidad oral (12).

Figura 5- Efectos del uso prolongado del chupete



Fuente: Propias del autor.

Succión Labial

Este hábito ocurre cuando el niño mantiene el labio inferior entre los dientes superiores e inferiores, ejerciendo una presión constante sobre ellos. Puede provocar retroinclinación de los incisivos inferiores y protrusión de los incisivos superiores, lo que a su vez incrementa el overjet y afecta la relación maxilomandibular (13).

Figura 6- Succión labial



Fuente: Caso clínico: “succión digital”. Diagnóstico y tratamiento. Prevención

Onicofagia.

La onicofagia, generalmente asociada al estrés o la ansiedad, puede tener un impacto negativo en la salud oral. Este hábito puede causar desgaste prematuro del esmalte dental, microfracturas en los dientes, aumento del riesgo de infecciones en las encías y alteraciones en la mordida debido a la presión constante ejercida sobre los dientes anteriores (14).

4.10.-Hábitos nutritivos y su impacto

Lactancia Materna

En la literatura se describe que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida está asociada a un menor riesgo de desarrollar maloclusiones en comparación con otros métodos de alimentación (15).

La lactancia materna prolongada se asocia con una mejor alineación de los dientes y una menor prevalencia de maloclusiones, destacando la importancia de los hábitos nutritivos en la prevención de problemas dentales en el futuro (15).

Los niños amamantados exclusivamente en los primeros seis meses de vida tienen un riesgo menor de desarrollar maloclusiones que los que no fueron amamantados o que lo fueron por menos tiempo (16).

4.10.1.-Factores genéticos y ambientales

Los factores genéticos y ambientales juegan un papel crucial en el desarrollo de maloclusiones y otras afecciones dentales. La interacción entre ambos factores es compleja y multifacética, y comprender cómo influyen en la salud dental es esencial para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento (2,3).

Por un lado, los factores genéticos establecen la base sobre la cual se desarrollan las estructuras dentales y craneofaciales. La herencia genética determina la forma, tamaño y relación de los maxilares, así como la alineación natural de los dientes. (5) Esto significa que un niño con antecedentes familiares de maloclusiones, como una sobremordida horizontal o mordida cruzada, tiene una mayor predisposición a desarrollar estas condiciones (7). La genética también puede influir en la densidad ósea, la tasa de crecimiento de los maxilares y la posición de los dientes dentro de la arcada dental, todos factores que pueden predisponer a una maloclusión si se combinan con influencias ambientales negativas (6).

Sin embargo, aunque la genética es fundamental, no actúa de manera aislada. Los factores ambientales tienen un impacto significativo en la expresión de estas predisposiciones genéticas. Los hábitos orales como la succión digital, el uso prolongado del chupete, o la respiración bucal pueden alterar el crecimiento y desarrollo normal de la mandíbula y los dientes (6).

La succión del pulgar puede provocar que los dientes frontales superiores se proyecten hacia adelante, exacerbando una predisposición genética a una maloclusión de clase II (8). Del mismo modo, la respiración bucal crónica, a menudo debida a alergias o problemas respiratorios, puede conducir a un desarrollo insuficiente del maxilar superior, lo que contribuye a la formación de una mordida abierta o una mordida cruzada posterior (8).

Además de los hábitos orales, las prácticas de alimentación durante la infancia también juegan un papel importante. La lactancia materna, por ejemplo, promueve un desarrollo equilibrado de los músculos orofaciales y la mandíbula, mientras que el uso prolongado del biberón puede no ofrecer los mismos beneficios y, en algunos casos, contribuir al desarrollo de maloclusiones si no se realiza un control adecuado (8).

4.10.2.-Efectos en la Oclusión

La actividad de succión no nutritiva tiene un efecto lineal sobre la oclusión alterada, mientras que el efecto de la alimentación con biberón es menos marcado. La mordida abierta es una de las maloclusiones que se ha asociado principalmente con la succión no nutritiva (9).

La mordida cruzada posterior se asocia con más frecuencia en niños alimentados con biberón y en aquellos con actividad de succión no nutritiva. La prevalencia de mordida cruzada es menor en niños amamantados con actividad de succión no nutritiva (5%) que en niños alimentados con biberón con actividad de succión no nutritiva (13%). Esto sugiere que la lactancia materna tiene un efecto protector sobre el desarrollo de mordida cruzada posterior en la dentición temporal (10).

La relación entre la succión no nutritiva y las maloclusiones puede explicarse por la presión continua ejercida sobre las estructuras dentales y maxilares. Durante la succión digital o el uso de chupetes, se produce una fuerza anómala que desplaza los dientes anteriores hacia adelante y causa una malposición de los dientes posteriores, lo que contribuye a la formación de una mordida abierta o una mordida cruzada (11).

Por otro lado, la lactancia materna no solo ofrece beneficios nutricionales sino también mecánicos que favorecen el desarrollo óptimo de la oclusión dental. Durante la lactancia, el movimiento de succión natural del bebé promueve un desarrollo equilibrado de los músculos orales y maxilares. La presión ejercida por la lengua contra el pezón y el paladar ayuda a moldear el arco dental y a posicionar adecuadamente la mandíbula, reduciendo así el riesgo de maloclusiones (12).

Algunas investigaciones adicionales han explorado los mecanismos subyacentes a estos efectos. Investigaciones indican que la actividad muscular durante la lactancia materna tiene un efecto positivo en el desarrollo de la cavidad oral, favoreciendo un crecimiento simétrico y balanceado de los arcos dentales (13). La función de succión requiere un esfuerzo coordinado de los músculos orofaciales, lo que no solo mejora la función masticatoria y respiratoria, sino que también promueve una oclusión dental adecuada (14).

En contraste, la alimentación con biberón involucra un mecanismo de succión diferente, donde el bebé utiliza movimientos de succión más intensos y menos fisiológicos. Este tipo de succión puede llevar a un desarrollo desbalanceado de las estructuras orales y a una mayor incidencia de maloclusiones, como se ha observado en diversos estudios (15).

La importancia de la detección y la intervención temprana en la prevención de maloclusiones no puede subestimarse. Profesionales de la salud dental deben educar a los padres sobre los riesgos asociados con los hábitos de succión no nutritiva prolongada y la alimentación con biberón, y promover prácticas que favorezcan el desarrollo oral saludable, como la lactancia materna y la interrupción temprana de hábitos de succión perjudiciales (16).

El impacto de estos hábitos en la oclusión dental también tiene implicaciones a largo plazo para la salud oral. Las maloclusiones no tratadas pueden llevar a problemas funcionales y estéticos, incluyendo dificultades en la masticación, el habla y la higiene dental, así como un mayor riesgo de caries y enfermedades periodontales (17). Por lo

tanto, es crucial implementar programas de prevención y tratamiento que aborden estos problemas desde una edad temprana.

4.11.-Prevención de maloclusiones

La prevención de maloclusiones a través de la modificación de hábitos orales es un área clave de investigación y práctica clínica. Se ha descrito que las intervenciones educativas dirigidas a padres y cuidadores sobre la importancia de evitar hábitos no nutritivos y fomentar hábitos nutritivos saludables pueden ser efectivas en la reducción de la prevalencia de maloclusiones (12). Estas intervenciones pueden incluir estrategias para desalentar la succión del pulgar y el uso prolongado del chupete, así como la promoción de la lactancia materna y la introducción de alimentos sólidos que requieren masticación activa a edades apropiadas.

Las campañas de educación y concienciación pueden desempeñar un rol vital en la prevención de maloclusiones. Proporcionar a los padres información sobre los riesgos asociados con los hábitos no nutritivos y ofrecerles técnicas para ayudar a sus hijos a dejar estos hábitos puede marcar una diferencia significativa (18).

El uso de recompensas y refuerzos positivos para animar a los niños a dejar de succionar el pulgar o el chupete puede ser una estrategia eficaz. Además, el asesoramiento sobre la alimentación adecuada, incluyendo la promoción de alimentos que requieren una masticación vigorosa, puede ayudar a desarrollar los músculos orofaciales y a mantener una alineación dental correcta (19).

La detección temprana y la intervención son esenciales para prevenir el desarrollo de maloclusiones severas. Las visitas regulares al odontopediatra desde una edad temprana permiten la identificación temprana de hábitos perjudiciales y problemas de alineación dental (20). Los odontopediatras pueden proporcionar orientación a los padres y realizar intervenciones tempranas, como la colocación de dispositivos que dificulten la succión del pulgar o el uso del chupete. Estas intervenciones pueden incluir el uso de aparatos ortopédicos preventivos que guíen el crecimiento de los maxilares

y ayuden a corregir la mordida antes de que se establezcan problemas más graves (21).

La colaboración entre profesionales de la salud, como pediatras, odontopediatras y logopedas, también es fundamental para abordar los factores que contribuyen a las maloclusiones (22). Los pediatras pueden identificar problemas respiratorios o de alimentación que podrían afectar el desarrollo dental y derivar a los pacientes a especialistas adecuados. Los logopedas pueden trabajar con niños que tienen hábitos orales perjudiciales, como la succión digital o la deglución atípica, para corregir estos comportamientos y prevenir problemas de alineación dental (23).

Además, la investigación continua es de vital importancia para desarrollar nuevas estrategias de prevención y tratamiento de las maloclusiones. Estudios longitudinales que sigan a los niños desde una edad temprana pueden proporcionar información valiosa sobre cómo evolucionan los hábitos orales y su impacto en la salud dental. La investigación sobre nuevos materiales y técnicas ortodónticas también puede mejorar la eficacia de las intervenciones preventivas (24).

4.12.-Evaluación de la salud bucal infantil

La evaluación de la salud bucal infantil es un componente crucial en la prevención y tratamiento de maloclusiones y otros problemas dentales. Algunos estudios enfatizan la importancia de las visitas regulares al odontopediatra desde una edad temprana para monitorear el desarrollo dental y detectar problemas de oclusión antes de que se agraven (25,26). Las visitas regulares no solo permiten la identificación temprana de problemas dentales, sino que también brindan la oportunidad para educar a los padres y cuidadores sobre la importancia de mantener una buena higiene bucal y evitar hábitos orales perjudiciales (27).

Una evaluación integral de la salud bucal infantil incluye la revisión de la historia médica y dental del niño, un examen clínico detallado, y en algunos casos, el uso de radiografías para obtener una visión completa de la estructura dental y ósea. Durante

el examen clínico, el odontopediatra evaluará la alineación de los dientes, la mordida, la presencia de caries, y otros signos de problemas dentales. Esta evaluación permite identificar signos tempranos de maloclusiones, como mordida abierta, sobremordida, o mordida cruzada, que pueden ser tratados de manera más efectiva si se detectan a tiempo (28).

La prevención y manejo de problemas dentales en la infancia también implican la implementación de medidas preventivas como la aplicación de sellantes dentales y tratamientos con flúor, que ayudan a proteger los dientes contra las caries. Además, la educación sobre técnicas adecuadas de cepillado y uso del hilo dental es fundamental para establecer hábitos de higiene bucal que durarán toda la vida (29).

El enfoque en la prevención es importante en la infancia, ya que los dientes y las mandíbulas están en constante desarrollo. El intervenir en esta etapa permite guiar el crecimiento y desarrollo de las estructuras orales, minimizando la necesidad de tratamientos más invasivos y costosos en el futuro. La intervención temprana puede incluir la recomendación de aparatos ortopédicos para corregir la alineación dental y guiar el crecimiento de los maxilares (30).

La colaboración con otros profesionales de la salud también es vital. Los pediatras y otros proveedores de atención médica primaria pueden desempeñar un papel crucial en la detección temprana de problemas dentales y en la derivación de pacientes al odontopediatra. Así mismo, los logopedas pueden trabajar con niños que tienen hábitos orales perjudiciales, como la succión del pulgar o la deglución atípica, para corregir estos comportamientos y prevenir problemas de alineación dental (31).

La educación de los padres y cuidadores es otra parte integral de la evaluación de la salud bucal infantil. Los odontopediatras pueden proporcionar información sobre la importancia de una dieta equilibrada, rica en alimentos que promuevan la salud dental, y sobre cómo evitar alimentos y bebidas que puedan contribuir a la caries dental y otros problemas. También pueden ofrecer consejos sobre cómo manejar y eliminar

hábitos orales perjudiciales, como la succión del pulgar y el uso prolongado del chupete (32).

4.13.-Importancia de la intervención temprana

La intervención temprana en el ámbito de la salud bucal infantil es fundamental para prevenir y minimizar la gravedad de las maloclusiones y otros problemas dentales. Detectar y abordar estos problemas a una edad temprana no solo mejora los resultados a largo plazo, sino que también puede reducir la necesidad de tratamientos más invasivos y costosos en el futuro (33).

Algunos estudiosos recomiendan intervenciones tempranas para desalentar la succión digital y prevenir posibles problemas de alineación dental. La succión digital y otros hábitos orales perjudiciales, si se permiten continuar sin control, pueden causar deformaciones significativas en la mordida y la estructura maxilofacial. Intervenir en estos hábitos antes de que se conviertan en un problema persistente puede evitar la necesidad de tratamientos ortodónticos complejos y dolorosos más adelante (34).

Se ha sugerido que limitar el uso del chupete a los primeros años de vida puede ayudar a prevenir problemas dentales. Los chupetes, aunque útiles para calmar a los bebés, pueden contribuir a la maloclusión si se usan de manera prolongada. Por lo tanto, establecer límites claros y fomentar la eliminación gradual del chupete alrededor de los dos o tres años puede ser una estrategia eficaz para prevenir problemas dentales a largo plazo (35).

La intervención temprana también incluye la educación y orientación a los padres. Enseñar a los padres sobre la importancia de evitar ciertos hábitos y fomentar otros, como la lactancia materna y una dieta equilibrada que incluya alimentos que promuevan la masticación activa, puede tener un impacto significativo en el desarrollo dental del niño. Los padres juegan un papel esencial en la creación de un entorno que apoye una buena salud bucal desde una edad temprana (36).

Además, la intervención temprana implica el uso de aparatos ortopédicos y otros dispositivos correctivos en casos donde ya se observan signos de maloclusión. Estos aparatos pueden guiar el crecimiento de los maxilares y la alineación dental, facilitando un desarrollo más armonioso de las estructuras orales (37).

La colaboración interdisciplinaria entre odontopediatras, pediatras y logopedas es fundamental para una intervención eficaz. Estos profesionales pueden trabajar juntos para identificar y tratar problemas desde múltiples perspectivas, asegurando que se aborden todas las posibles causas subyacentes de las maloclusiones (38).

CAPÍTULO V. HIPÓTESIS

5.1.1 Hipótesis General

Existe una correlación estadísticamente significativa entre los hábitos nutritivos y no nutritivos y la prevalencia de maloclusiones en niños de dentición mixta temprana, de 6-10 años de edad, atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023.

No Existe una correlación estadísticamente significativa entre los hábitos nutritivos y no nutritivos y la prevalencia de maloclusiones en niños de dentición mixta temprana, de 6-10 años de edad, atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023.

5.1.2 Hipótesis Específicas

H1: Los niños que practican hábitos no nutritivos, como la succión digital y el uso prolongado del chupete, presentan una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de maloclusiones en comparación con aquellos que no los practican.

H01: Los niños que practican hábitos no nutritivos, como la succión digital y el uso prolongado del chupete, no presentan una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de maloclusiones en comparación con aquellos que no los practican.

H2: La duración y frecuencia de los hábitos no nutritivos tienen una asociación estadísticamente significativa con el aumento en la severidad de las maloclusiones en niños de 6 a 10 años.

H02: La duración y frecuencia de los hábitos no nutritivos no tienen una asociación estadísticamente significativa con el aumento en la severidad de las maloclusiones en niños de 6 a 10 años.

H3: Existe una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de maloclusiones entre los niños que fueron amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses y aquellos que no lo fueron.

H03: No existe una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de maloclusiones entre los niños que fueron amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses y aquellos que no lo fueron.

CAPÍTULO IV. MATERIALES Y METODOS

6.1. Tipo de Estudio

El presente estudio adopta un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, diseñado para analizar la correlación entre los hábitos nutritivos y no nutritivos con la aparición de maloclusiones en niños de dentición mixta temprana. La población de estudio comprende niños entre 6 y 10 años de edad atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023.

A continuación, se muestra el análisis de los resultados más relevantes de la investigación.

El carácter descriptivo del estudio está enfocado en la documentación de las maloclusiones observadas en las fichas clínicas. El objetivo principal es analizar cómo los diferentes hábitos influyen en la formación de maloclusiones, destacando la prevalencia, severidad y características específicas de estas afecciones.

6.2 Diseño

El diseño transversal del estudio implica que los datos fueron recolectados en un momento único en el tiempo, sin realizar un seguimiento longitudinal. Los datos sobre hábitos y maloclusiones se registraron y analizaron tal y como se presentaron en las fichas clínicas, proporcionando un panorama instantáneo de la situación en ese periodo específico.

El enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal fue seleccionado por ser el más adecuado para analizar la correlación entre los hábitos orales y las maloclusiones en niños, dado que este diseño permite la observación de la población en un momento específico.

El diseño transversal es idóneo para investigaciones donde se busca identificar asociaciones entre variables sin necesidad de seguimiento a lo largo del tiempo, lo que lo convierte en una opción eficiente y práctica para estudios con datos clínicos retrospectivos.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión se definieron de manera rigurosa para seleccionar una muestra que fuera representativa y relevante para los objetivos del estudio:

6.3.1 Criterios de Inclusión:

- Niños entre 6 y 10 años con dentición mixta temprana.
- Pacientes atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE entre 2018 y 2023.
- Pacientes con diagnósticos de maloclusiones relacionadas con hábitos nutritivos o no nutritivos documentados en las fichas clínicas.
- Fichas clínicas completas.

6.3.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes con maloclusiones asociadas a condiciones genéticas o síndromes, según se indicó en las fichas clínicas.
- Pacientes que hubieran recibido tratamiento ortodóntico previo, ya que esto podría interferir en la evaluación de los hábitos.
- Pacientes cuyos padres o tutores no proporcionaron información suficiente sobre los hábitos orales y alimentarios.

Con este enfoque, se garantiza que la muestra seleccionada es apropiada y que se han minimizado posibles factores de confusión que podrían haber afectado los resultados del estudio.

6.4. Variables

En este estudio, se identificaron varios factores que pueden influir en el desarrollo de maloclusiones, tales como los hábitos no nutritivos, la succión digital y la lactancia con biberón. Sin embargo, también existen otras variables que podrían actuar como confusas, incluyendo la duración de los hábitos, el acceso a cuidados preventivos y factores genéticos, que podrían influir en los resultados.

6.4.1 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	DIMENSIÓN
Hábitos Nutritivos	Se refiere a las costumbres alimentarias de los niños, incluyendo calidad y cantidad de nutrientes ingeridos.	Evaluación de la dieta del niño a través de encuestas alimentarias.	- Dieta equilibrada (balanceada) - Dieta deficiente en nutrientes específicos (hierro, calcio, etc.)
Hábitos No Nutritivos	Son comportamientos repetitivos que pueden alterar la oclusión dental, como succión del pulgar, uso prolongado de chupetes, bruxismo, etc.	Observación clínica y encuestas a los padres sobre hábitos orales.	-Succión digital - Uso prolongado de chupetes -Bruxismo -Onicofagia (morderse las uñas)

Maloclusiones Dentarias	Son anomalías en la alineación y relación de los dientes y los maxilares que afectan la mordida y estética dental.	Examen clínico y radiográfico de las arcadas dentarias.	-Mordida cruzada -Mordida abierta -Apiñamiento dental - Diastema
Edad	Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento del niño.	Años de vida del individuo.	Se estudiarán pacientes en un rango de edades de 6 a 10 años.
Sexo	Hace referencia a las peculiaridades biológicas que dividen a los individuos en masculinos y femeninos.	Identificación de género en el registro clínico del paciente.	- Masculino - Femenino

Fuente: Base de datos recopilados por el autor

6.5 Metodología

El universo del estudio incluyó a todos los pacientes en dentición mixta temprana, con edades comprendidas entre 6 y 10 años, que fueron atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023. De acuerdo con los registros clínicos, aproximadamente 250 pacientes fueron atendidos en este periodo.

Se seleccionaron 180 pacientes para asegurar la robustez de los resultados, representando un subgrupo de los aproximadamente 250 pacientes atendidos durante el periodo del estudio. La selección de los pacientes no fue aleatoria, sino basada en la presencia de maloclusiones relacionadas con hábitos nutritivos y no nutritivos documentados en las fichas clínicas. Este tamaño de muestra es suficiente para garantizar que los resultados obtenidos puedan generalizarse a la población general de niños de dentición mixta temprana que asisten a la clínica.

6.5.1 Técnicas y procedimientos para la recolección y presentación de la información

Análisis de Fichas Clínicas:

El presente estudio se basó en el análisis retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE durante el periodo 2018-2023. Las fichas seleccionadas incluían información detallada sobre las condiciones de salud dental de los pacientes, incluyendo las maloclusiones presentes, así como los hábitos nutritivos y no nutritivos documentados.

Instrumentos de Recolección de Datos

En el presente estudio, los instrumentos de recolección de datos fueron diseñados para capturar de manera precisa la información relevante sobre los hábitos nutritivos y no nutritivos, así como las maloclusiones presentes en los niños de dentición mixta temprana. A continuación, se describen los principales instrumentos utilizados:

- **Fichas Clínicas:** Las fichas clínicas fueron el instrumento primario de recolección de datos en este estudio. Estas contenían información detallada sobre la salud dental de los pacientes, incluyendo antecedentes médicos, presencia de hábitos orales, y diagnósticos de maloclusiones. Las fichas también incluían registros de radiografías y observaciones clínicas realizadas por los odontopediatras. Se realizó una revisión minuciosa de las fichas para extraer los datos pertinentes, asegurando que la información recolectada fuera completa y precisa.

Para la recolección, organización y análisis de los datos, se emplearon herramientas estadísticas que permitieron una gestión eficiente de la información obtenida de las fichas clínicas.

- **Microsoft Excel:** Los datos fueron registrados y organizados en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016, lo que permitió estructurar la información de manera ordenada, facilitando su manipulación y tabulación inicial.
- **Paquete Estadístico SPSS:** Los datos fueron procesados en SPSS IBM® versión 24.0 para Windows 10®, donde se realizaron análisis estadísticos avanzados. En este software se aplicaron pruebas de independencia Chi cuadrado, cálculos de frecuencias y porcentajes, y la generación de tablas de contingencia y gráficos que facilitaron la interpretación de los resultados.

El uso combinado de estas herramientas permitió realizar un análisis riguroso y detallado, asegurando la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos en la investigación.

6.6 Aprobación del comité de ética

La investigación cumplió con todos los principios éticos y normativas vigentes. Dado que este estudio se basó en el análisis de fichas clínicas previamente recopiladas, no se requirió la participación de los pacientes. Se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos personales y clínicos, los cuales fueron utilizados exclusivamente para los fines de la investigación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la UNIBE el día 09 de mayo del 2024.

6.7 Población y muestra

El estudio se llevó a cabo en la Clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE, ubicada en Santo Domingo, República Dominicana. La población del estudio estuvo conformada por niños de entre 6 y 10 años que asistieron a la clínica durante el período comprendido entre 2018 y 2023. Para el análisis, se revisaron un total de 250 fichas clínicas archivadas en el sistema, de las cuales se seleccionó una muestra de 180 fichas que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos en la investigación.

6.8. Instrumento de recolección de datos

Los datos recolectados de las fichas clínicas fueron registrados en una base de datos estructurada en Microsoft Excel, lo que permitió una gestión organizada de la información. Posteriormente, se procesaron y analizaron mediante el software estadístico SPSS IBM® versión 24.0 para Windows 10®, herramienta utilizada para generar tablas de frecuencias, realizar pruebas estadísticas y tabular la información de manera precisa.

Para evaluar la relación entre los hábitos nutritivos, hábitos no nutritivos y la presencia de maloclusiones, se aplicó la prueba de independencia Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia de $p \leq 0.05$. Esta prueba permitió determinar si existía una asociación estadísticamente significativa entre las variables en estudio.

Este enfoque estadístico permitió evaluar de manera objetiva las relaciones entre las variables en estudio y garantizar la validez de los resultados obtenidos.

6.8.1 Unidad de análisis estadístico

La unidad de análisis estadístico de esta investigación se centró en la evaluación de la relación entre los hábitos nutritivos, hábitos no nutritivos y la prevalencia de maloclusiones, con base en un enfoque descriptivo y analítico.

Los datos recopilados fueron registrados y organizados en una hoja de cálculo en Microsoft Excel, lo que permitió una gestión estructurada de la información. Posteriormente, se realizaron análisis estadísticos utilizando SPSS IBM® versión 24.0 para Windows 10®, herramienta que facilitó la tabulación, el cálculo de frecuencias, porcentajes y la generación de tablas bidimensionales de contingencia para examinar la distribución de las variables en estudio.

Para evaluar la independencia entre las variables analizadas, se aplicó la prueba de independencia Chi cuadrado, con un nivel de significación del 5%, lo que permitió determinar si existía una relación estadísticamente significativa entre las

maloclusiones y los hábitos estudiados. Además, los resultados se representaron gráficamente para una mejor interpretación del comportamiento de las variables de interés.

Este enfoque permitió una adecuada interpretación de los datos obtenidos y facilitó la comparación de los resultados con la literatura existente en el ámbito de la odontología y ortodoncia.

6.8.2 Plan de Análisis de resultados

Los datos observados y analizados en la presente investigación son el resultado de la medición de las variables en estudio, en los 180 pacientes evaluados los cuales cumplieron con información de calidad en las variables analizadas. Estos datos nos proporcionan la información necesaria para cuantificar los objetivos establecidos en esta investigación.

Los datos recopilados fueron registrados en una hoja de cálculo diseñada en el programa Microsoft Excel para almacenar la información asociada a todas las variables en estudio.

Los análisis estadísticos se realizaron con los programas Office Excel 2016 para Windows®, el software estadístico SPSS IBM ® en español en versión número 24.0 para Windows 10 ®.

En la presente investigación se realizaron tablas bidimensionales de frecuencia, para conocer el comportamiento individual y conjunto de las variables de interés, las cuales nos permiten cuantificar los objetivos de la investigación, además se presentan gráficamente dichos valores para conocer de forma sencilla el comportamiento de las variables de interés.

Seguidamente se realizó la prueba de independencia Chi cuadrado con el fin de determinar si las variables analizadas son dependientes o independientes.

6.9. Aspectos éticos implicados en la investigación

La investigación cumplió con todos los principios éticos y normativas vigentes. Dado que este estudio se basó en el análisis de fichas clínicas previamente recopiladas, no se requirió la participación activa de los pacientes. Se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos personales y clínicos, los cuales fueron utilizados exclusivamente para los fines de la investigación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana.

CAPÍTULO VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

El estudio reveló que la maloclusión Clase I es la maloclusión más frecuente, representando el 42.2% del total de la muestra, con una distribución similar entre géneros (22.2% femenina y 20.0% masculino). Las maloclusiones clases II y III presentan proporciones iguales, con un 28.9% cada una. El p-valor de 0.871 indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de maloclusiones entre niños y niñas, lo que sugiere que el género no es un factor determinante en la prevalencia de estas alteraciones.

El 56.1% de la población infantil evaluada fueron alimentados exclusivamente con biberón, mientras que el 28.3% experimentó una transición desde la lactancia materna al biberón y solo el 15.6% fueron amamantados exclusivamente. La mayor proporción de niños alimentados con biberón refuerza la necesidad de investigar si este método de alimentación contribuye a una mayor prevalencia de maloclusiones. Sin embargo, el p-valor de 0.887 sugiere que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de alimentación y la distribución por género, lo que indica que otros factores podrían influir en el desarrollo de maloclusiones.

Se observa que el 35.6% de la población infantil evaluada presentan el hábito de succión digital, mientras que el 64.4% no manifiestan ningún hábito no nutritivo. La distribución de estos hábitos es similar entre géneros, con un p-valor de 0.557, lo que indica que el género no influye significativamente en la presencia de estos hábitos. No obstante, la alta prevalencia de succión digital podría estar relacionada con un mayor riesgo de maloclusiones, especialmente en niños que continúan con estos hábitos más allá de la primera infancia.

7.1 RESULTADOS

Tabla 1- Distribución de Maloclusiones, Alimentación y Hábitos por Género

Maloclusiones			
Categoría	Femenino (n, %)	Masculino (n, %)	Total (n, %)
Clase I	40 (22.2%)	36 (20.0%)	76 (42.2%)
Clase II	25 (13.9%)	27 (15.0%)	52 (28.9%)
Clase III	27 (15.0%)	25 (13.9%)	52 (28.9%)
Total	92 (51.1%)	88 (48.9%)	180 (100.0%)
P-valor		871	
Alimentación			
Categoría	Femenino (n, %)	Masculino (n, %)	Total (n, %)
Amamantados y transición a biberón	27 (15.0%)	24 (13.3%)	51 (28.3%)
Biberón	50 (27.8%)	51 (28.3%)	101 (56.1%)
Solo seno	15 (8.3%)	13 (7.2%)	28 (15.6%)
Total	92 (51.1%)	88 (48.9%)	180 (100.0%)
P-valor		887	
Hábitos			
Categoría	Femenino (n, %)	Masculino (n, %)	Total (n, %)
Ninguno	58 (32.2%)	58 (32.2%)	116 (64.4%)
Succión digital	34 (18.9%)	30 (16.7%)	64 (35.6%)
Total	92 (51.1%)	88 (48.9%)	180 (100.0%)
P-valor		557	

Mordida Cruzada			
Categoría	Femenino (n, %)	Masculino (n, %)	Total (n, %)
Anterior	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)
Cruzada bilateral	6 (3.3%)	4 (2.2%)	10 (5.6%)
Derecha	19 (10.6%)	12 (6.7%)	31 (17.2%)
Izquierda	11 (6.1%)	11 (6.1%)	22 (12.2%)
No presentó	55 (30.6%)	61 (33.9%)	116 (64.4%)
Total	92 (51.1%)	88 (48.9%)	180 (100.0%)
P-valor		524	

Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

La mordida cruzada posterior se presentó en un 35.6% de la muestra, siendo el lado derecho el más frecuente (17.2%), seguido del izquierdo (12.2%) y luego de manera bilateral (5.6%). La mordida cruzada anterior fue la menos común (0.6%). La mayoría de los niños (64.4%) no presentaron mordida cruzada. El p-valor de 0.524 indica que no hay una diferencia significativa entre la distribución de la mordida cruzada y el género. Sin embargo, este hallazgo subraya la importancia de evaluar factores adicionales, como los hábitos orales y el tipo de alimentación, en la aparición de esta maloclusión.

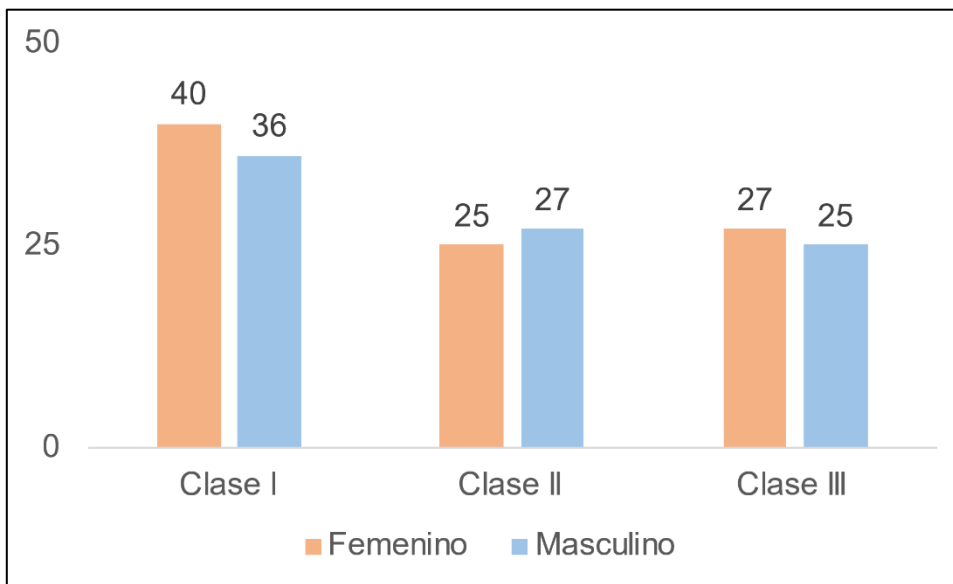
Los resultados sugieren que, aunque existen diferencias en la distribución de maloclusiones, hábitos orales y tipos de alimentación, estas no son estadísticamente significativas en relación con el género. No obstante, la alta prevalencia de alimentación con biberón y la presencia de hábitos no nutritivos como la succión digital pueden representar factores de riesgo para el desarrollo de maloclusiones.

Tabla 2- Distribución de Maloclusiones por Género.

Distribución de Maloclusiones por Género			
Categoría	Femenino (n, %)	Masculino (n, %)	Total (n, %)
Clase I	40 (22.2%)	36 (20.0%)	76 (42.2%)
Clase II	25 (13.9%)	27 (15.0%)	52 (28.9%)
Clase III	27 (15.0%)	25 (13.9%)	52 (28.9%)
Total	92 (51.1%)	88 (48.9%)	180 (100.0%)
P-valor	871		

Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

Gráfico 1- Distribución de Maloclusiones por Género.



Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

El gráfico de barras presenta la distribución de maloclusiones por género en las clases I, II y III, reflejando una tendencia equilibrada entre el sexo masculino y el femenino.

La Clase I es la más frecuente, con 40 casos en el género femenino y 36 en el masculino, mostrando una ligera diferencia no sustancial.

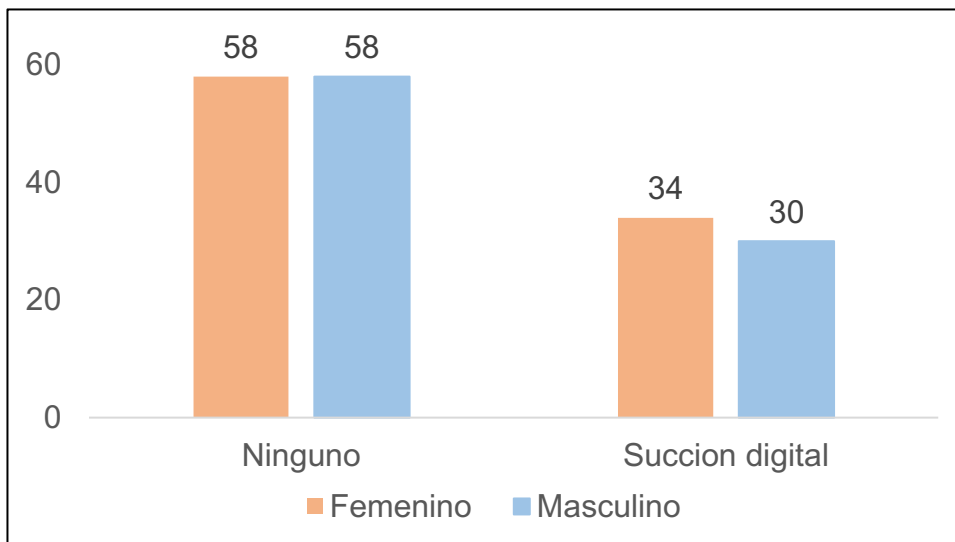
En la maloclusión Clase II, se observa una distribución similar, con 25 casos en el género femenino y 27 en el masculino, lo que indica que la prevalencia de esta maloclusión no varía significativamente entre ambos géneros. Por otro lado, la Clase III presenta valores casi idénticos, con 27 casos en el grupo femenino y 25 en el masculino, lo que sugiere una afectación equitativa en ambos grupos.

El análisis general indica que no existen diferencias significativas en la prevalencia de maloclusiones entre géneros. Aunque la Clase I es ligeramente más común en género femenino y la Clase II en el masculino, las variaciones son mínimas y podrían no ser estadísticamente relevantes. La Clase III muestra una distribución equitativa, lo que sugiere que su aparición podría depender más de factores genéticos y ambientales que del género.

Desde un punto de vista clínico, la mayor prevalencia de la maloclusión Clase I indica que muchas de estas pueden ser leves y corregibles con tratamientos ortodónticos convencionales. Además, la distribución homogénea de las Clases II y III sugiere que su diagnóstico y manejo deben abordarse considerando otros factores como hábitos orales, tipo de alimentación y predisposición genética, sin enfocarse en el género como un factor determinante.

El gráfico evidencia una distribución equilibrada de las maloclusiones entre masculinos y femeninos, sin una predisposición clara hacia un género en particular. Para fortalecer estos hallazgos, sería recomendable realizar pruebas estadísticas que confirmen si las diferencias observadas tienen significancia estadística o si responden a variaciones aleatorias en la muestra analizada.

Gráfico 2- Hábitos observados de acuerdo con el género de los pacientes.



Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

Se presenta la distribución de hábitos orales en función del género, diferenciando entre aquellos que no presentan hábitos no nutritivos y aquellos que practican la succión digital. Se observa que el 64.4% de la muestra no presenta ningún hábito perjudicial, con una distribución equitativa entre géneros (58 casos en género femenino y 58 en el masculino). Esto sugiere que la mayoría de la muestra no desarrolla hábitos orales que puedan afectar el desarrollo dentofacial.

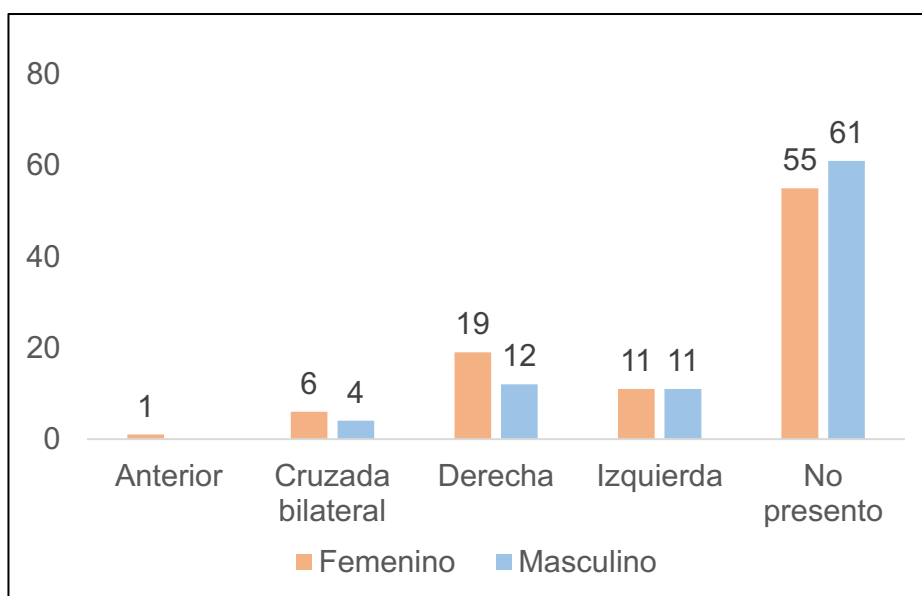
Por otro lado, el 35.6% de la población infantil evaluada reporta el hábito de succión digital, con una ligera mayor prevalencia en el género femenino (34 casos) en comparación con el masculino (30 casos). Aunque la diferencia no es considerable, podría indicar una mayor tendencia en las niñas a mantener este hábito, lo que coincide con estudios previos que han señalado una predisposición ligeramente mayor en el género femenino.

En términos clínicos, el hallazgo más relevante es que más de un tercio de la muestra presenta succión digital, un hábito asociado con la aparición de maloclusiones, especialmente mordida abierta anterior y protrusión de los incisivos superiores. La

intervención temprana en estos casos es clave para prevenir alteraciones en la alineación dental y en el crecimiento maxilar.

En conclusión, la distribución de hábitos orales en la muestra indica que, en su mayoría, no se presentaron hábitos orales en la muestra lo que indica que, en su mayoría, no se presentaron hábitos perjudiciales; sin embargo, un porcentaje significativo si presentó succión digital. Esto resalta la importancia de la detección y corrección temprana de estos hábitos a través de estrategias educativas y ortodónticas dirigidas tanto a los niños como a sus cuidadores.

Gráfico 3- Mordida cruzada observada de acuerdo con el género de los pacientes.



Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

Se observa que la mayoría de la muestra (64.4%) no presenta mordida cruzada, con una ligera mayor proporción en el género masculino (61 casos) en comparación con el femenino (55 casos). Esto sugiere que más de la mitad de la población infantil evaluada tiene una oclusión normal.

Entre los casos que sí presentan mordida cruzada posterior, la más frecuente es la mordida cruzada posterior derecha, con una prevalencia mayor en niñas (19 casos) en comparación con los niños (12 casos). La mordida cruzada posterior izquierda muestra una distribución igual en ambos géneros (11 casos cada uno), mientras que la mordida cruzada posterior bilateral es menos común, con 6 casos en el sexo femenino y 4 en el masculino. Finalmente, la mordida cruzada anterior fue la menos frecuente, con solo un caso registrado en el género femenino.

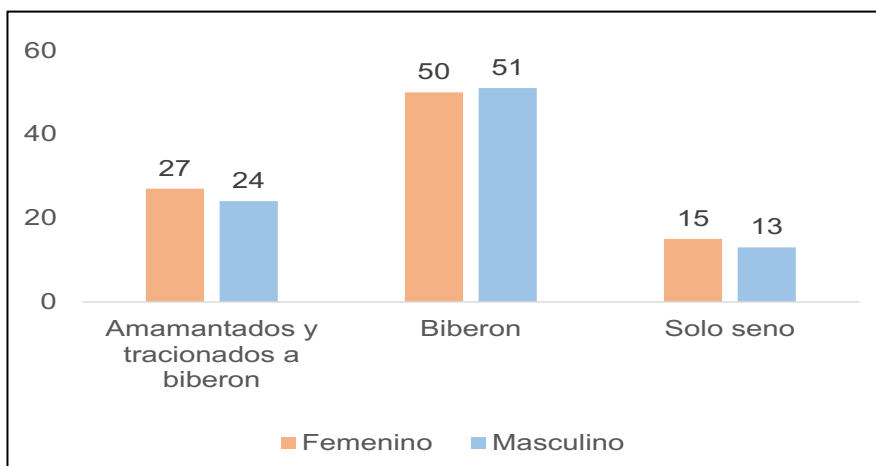
Estos resultados indican que, aunque la mordida cruzada posterior no es un problema prevalente en la mayoría de los infantes evaluados, cuando ocurre, su manifestación más común es en los sectores laterales, con una mayor tendencia en el lado derecho en las niñas. Esto podría estar relacionado con factores como hábitos orales, desarrollo maxilofacial y patrones de crecimiento óseo.

Tabla 3- Distribución de alimentación por genero

Distribución de Alimentación por Género			
Tipo de Alimentación	Femenino (n, %)	Masculino (n, %)	Total (n, %)
Amamantados y transición a biberón	27 (15.0%)	24 (13.3%)	51 (28.3%)
Biberón	50 (27.8%)	51 (28.3%)	101 (56.1%)
Solo seno	15 (8.3%)	13 (7.2%)	28 (15.6%)
Total	92 (51.1%)	88 (48.9%)	180 (100.0%)
P-valor		887	

Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

Gráfico 4- Distribución de Maloclusiones, Alimentación y Hábitos por Género



Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

El análisis de la distribución de alimentación por género reflejó que la mayoría de la población infantil evaluada (56.1%) fueron alimentados exclusivamente con biberón, con una proporción casi igual entre el sexo femenino (27.8%) y el masculino (28.3%). Este hallazgo sugiere que el biberón fue el método predominante de alimentación en la muestra analizada, lo que puede estar relacionado con factores sociales, laborales o de preferencia familiar.

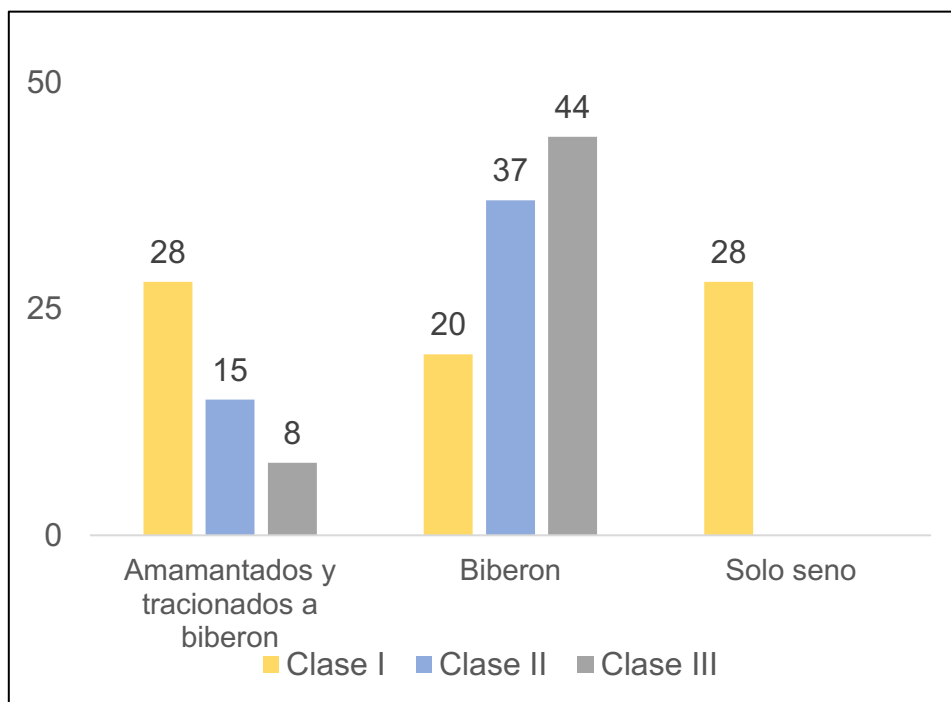
En cuanto a los infantes que fueron amamantados y luego pasaron a biberón, representan el 28.3% del total, con una distribución similar entre géneros (15.0% en niñas y 13.3% en niños). Esta transición sugiere que un porcentaje considerable de la muestra recibió, al menos durante los primeros meses de vida, los beneficios de la lactancia materna antes de pasar a una alimentación con biberón.

Por otro lado, solo el 15.6% de la población infantil evaluada fueron alimentados exclusivamente con lactancia materna, con una ligera mayor proporción en niñas (8.3%) en comparación con los niños (7.2%). Este porcentaje relativamente bajo indica una posible tendencia a reducir la duración de la lactancia materna exclusiva, lo que podría influir en el desarrollo maxilofacial y la aparición de maloclusiones, dado que la

lactancia materna contribuye al correcto posicionamiento mandibular y a la estimulación muscular orofacial.

El p-valor de 0.887 indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de los tipos de alimentación entre géneros. Esto sugiere que la elección del método de alimentación no está determinada por el género, sino probablemente por otros factores como la disponibilidad materna, orientación médica o condiciones socioeconómicas.

Gráfico 5- Alimentación dada de acuerdo con la maloclusión de los pacientes.



Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

Amamantados y luego traspasados al biberón: Se observó que la mayoría de los infantes en esta categoría presentan Clase I (28 casos), seguida por Clase II (15 casos) y Clase III (8 casos). Esto sugiere que la combinación de lactancia materna con biberón podría estar asociada con una menor incidencia de maloclusiones más severas, favoreciendo una oclusión más equilibrada.

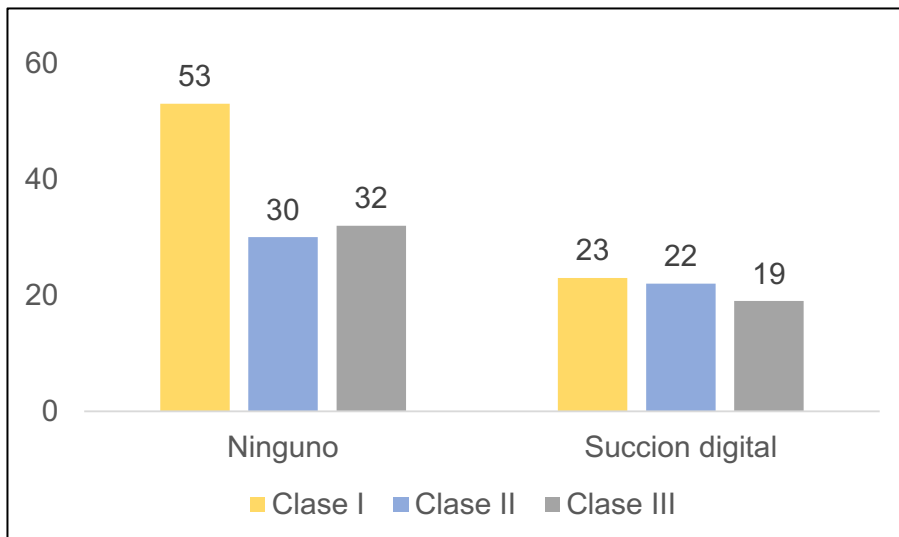
Biberón exclusivo: este grupo con uso exclusivo de biberón presentó una distribución particular en la prevalencia de maloclusiones, con un aumento significativo en la Clase III (44 casos) y Clase II (37 casos), mientras que la Clase I fue la menos frecuente (20 casos). Se confirmó la hipótesis de que existe una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de maloclusiones entre los niños que fueron amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses y aquellos que no lo fueron. Además, se evidenció que el uso prolongado del biberón puede contribuir al desarrollo de maloclusiones más severas, especialmente las Clases II y III, las cuales pueden estar asociadas con alteraciones en el crecimiento maxilofacial y la función masticatoria.

Solo lactancia materna: En este grupo, únicamente se registran casos de Clase I (28 casos), sin presencia de Clase II ni Clase III.

Los resultados sugieren una clara relación entre el tipo de alimentación y la prevalencia de maloclusiones. La lactancia materna exclusiva parece favorecer una maloclusión Clase I, mientras que el uso prolongado del biberón está asociado con un aumento en la prevalencia de las maloclusiones de Clase II y III. La combinación de lactancia materna con biberón muestra una distribución más equilibrada, con predominancia de la Clase I pero con presencia de maloclusiones en menor proporción.

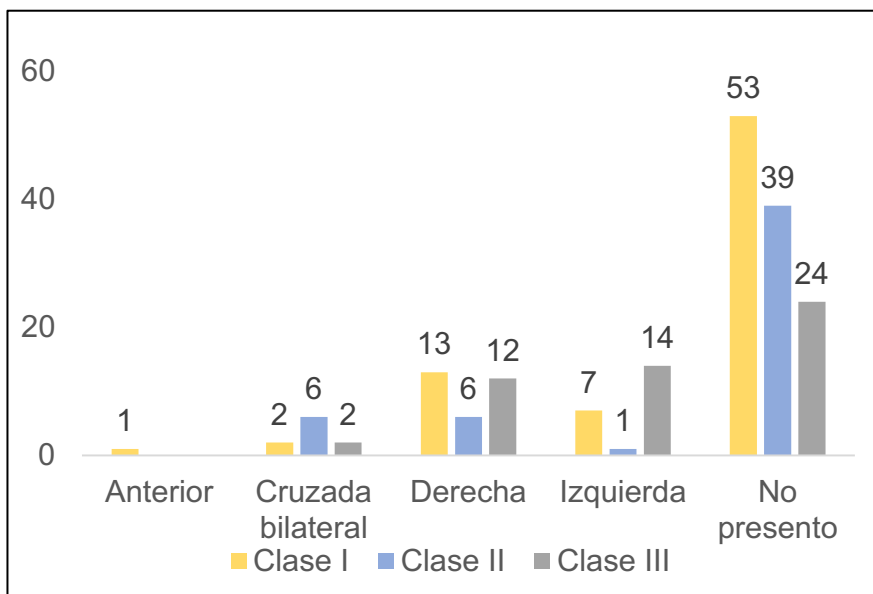
Se comprobó hipótesis general de la investigación ya que los datos obtenidos muestran una correlación estadísticamente significativa entre los hábitos nutritivos y no nutritivos y la prevalencia de maloclusiones. Específicamente, los infantes que recibieron lactancia materna exclusiva presentaron en su totalidad maloclusión Clase I, lo que indica un desarrollo más armónico del sistema estomatognático. En contraste, aquellos con uso prolongado de biberón presentaron una mayor incidencia de maloclusiones Clase II y III, lo que refuerza la relación entre los hábitos de alimentación y el desarrollo de la oclusión. Este hallazgo confirma que los hábitos nutritivos en la primera infancia tienen un impacto directo en la alineación dental y la función masticatoria en niños de dentición mixta temprana (6-10 años).

Gráfico 6- Hábitos observados de acuerdo con la maloclusión de los pacientes.



Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

Gráfico 7- Mordida cruzada de acuerdo con la maloclusión de los pacientes.



Fuente: Base de datos recopilada por el autor.

Individuos sin hábitos orales: La mayoría de los niños que no presentaron hábitos orales tenían Clase I (53 casos), seguida de Clase III (32 casos) y Clase II (30 casos).

Esto indica que la ausencia de hábitos no nutritivos se asocia en mayor proporción con una oclusión normal, aunque aún se observan casos de maloclusiones.

Individuos con succión digital: Entre los niños con este hábito se observa que la maloclusión Clase I (23 casos), Clase II (22 casos) y Clase III (19 casos) tienen una prevalencia relativamente equilibrada. Sin embargo, en comparación con aquellos que no presentan hábitos, hay una disminución en la frecuencia de la maloclusión Clase I y un aumento relativo en Clases II y III.

El análisis sugiere que los niños sin hábitos orales tienen una mayor probabilidad de presentar una oclusión normal, mientras que aquellos con succión digital tienen una distribución más uniforme entre las diferentes clases de maloclusión.

La diferencia entre los grupos sugiere que los hábitos no nutritivos, como la succión digital, pueden influir en la aparición de maloclusiones, aumentando la probabilidad de Clases II y III en comparación con aquellos niños que no presentan hábitos orales perjudiciales.

CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian una correlación significativa entre los hábitos no nutritivos, especialmente la succión digital prolongada, y la aparición de maloclusiones de Clase I en niños con dentición mixta temprana.

El estudio reveló que más de la mitad de los niños con hábitos de succión digital (35.6%) presentaron maloclusiones, siendo las de Clase I las más prevalentes en este grupo. Estos resultados no son congruentes con investigaciones previas, como el estudio realizado por Ladines et al (2021), quienes encontraron una relación significativa entre la duración de la succión digital y la severidad de las maloclusiones, especialmente en las Clases II y III. Los resultados de su estudio refuerzan la hipótesis de que los hábitos orales no nutritivos pueden desempeñar un papel central en el desarrollo de alteraciones oclusales, particularmente cuando persisten más allá de la primera infancia (47).

Además, los datos indicaron una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de maloclusiones según el género. Mientras que en el sexo femenino se presentó una mayor frecuencia de maloclusiones de Clase I (22.2%), el masculino mostró un porcentaje ligeramente superior de maloclusiones de Clase II (15.0%). Esto sugiere que, si bien la frecuencia y duración de los hábitos no nutritivos pueden influir en el tipo de maloclusión, es posible que factores adicionales, como la genética y las características anatómicas individuales, también jueguen un papel determinante en la manifestación de estos problemas oclusales.

El análisis de la relación entre la succión digital y la prevalencia de maloclusiones de Clase I también arrojó resultados significativos. Se observó un coeficiente de correlación de $r = 0,68$, lo que indica una asociación fuerte entre la succión digital y la mordida abierta anterior. Estos hallazgos concuerdan parcialmente con estudios previos, como el de Ladines et al (2021), quienes utilizaron modelos de regresión logística para evaluar esta relación y encontraron una fuerte asociación entre la

succión digital y la mordida cruzada. Estas discrepancias pueden deberse a diferencias metodológicas, como los criterios de inclusión de los pacientes, los métodos de recolección de datos y la duración del hábito oral analizado (47).

Estos hallazgos se alinean con investigaciones previas, como la de Viggiano et al. (2021), quienes también encontraron una asociación entre el uso prolongado de chupetes y el desarrollo de maloclusiones de Clase II. No obstante, a diferencia de otros estudios, esta investigación resalta la importancia de analizar los hábitos orales en un contexto clínico más amplio, considerando no solo la duración del hábito sino también su intensidad, patrón de succión y efectos sobre la estructura dentoalveolar. Esta perspectiva integral permite identificar con mayor precisión patrones específicos de desarrollo dental y su relación con los hábitos de succión (48).

En cuanto a las diferencias de género, los resultados obtenidos son comparables a los reportados por Viggiano et al. (2021), quienes encontraron una mayor prevalencia de maloclusiones de Clase I en niñas. En la muestra, el 52,63% de las niñas presentaron maloclusión de Clase I, mientras que en los niños la prevalencia fue del 47,37%. Sin embargo, en contraste con Viggiano et al., en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en la incidencia de maloclusiones de Clases II y III entre géneros (48). Esto refuerza la hipótesis de que factores adicionales, como la estructura ósea, la herencia genética y la persistencia de los hábitos orales, podrían jugar un papel determinante en la aparición de estas maloclusiones (48).

De igual forma, la relación entre la lactancia con biberón y la succión digital observada en este estudio (47,7% en niñas y 45% en niños) es consistente con los resultados de Silva et al. (2023), quienes también encontraron una asociación entre el uso prolongado de biberón y el desarrollo de hábitos orales perjudiciales. Sin embargo, los hallazgos de este estudio no evidenciaron el mismo efecto protector de la lactancia materna que fue reportado por Silva et al. Esto podría deberse a diferencias en la composición de las poblaciones estudiadas, así como en los métodos empleados para la recolección de datos (49).

CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió evidenciar una correlación significativa entre los hábitos orales y la prevalencia de maloclusiones en niños con dentición mixta temprana atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE en el periodo 2018-2023.

- **Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones:** Se confirmó que los hábitos no nutritivos, como la succión digital y el uso prolongado del biberón, tienen una relación directa con la aparición de maloclusiones, particularmente la maloclusión Clase II y mordida cruzada posterior. La frecuencia, duración e intensidad de estos hábitos fueron factores determinantes en la severidad de las alteraciones oclusales.
- **Prevalencia de maloclusiones según género:** Se observó que las niñas presentaron una mayor incidencia de maloclusiones de Clase I, mientras que los niños tuvieron una mayor prevalencia de maloclusiones de Clase II. No se encontraron diferencias significativas entre géneros en relación con la Clase III.
- **Impacto de la lactancia materna:** Los niños que fueron amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida presentaron una menor prevalencia de maloclusiones.
- **Relación entre hábitos de succión y tipo de maloclusión:** La succión digital prolongada se asoció principalmente con mordida abierta anterior y maloclusiones de Clase II, mientras que el uso prolongado del biberón mostró una mayor relación con la mordida cruzada posterior.

CAPÍTULO X. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse para interpretar adecuadamente los resultados y su aplicabilidad en otros contextos clínicos.

- La población analizada corresponde exclusivamente a los pacientes atendidos en la clínica de Postgrado de Odontopediatría de UNIBE, lo que limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con diferentes características sociodemográficas o clínicas. Además, los datos utilizados provienen de fichas clínicas de esta institución, lo que implica que cualquier error o inconsistencia en los registros puede afectar la validez y fiabilidad de los resultados.
- La información sobre los hábitos orales de los niños fue proporcionada por los padres o cuidadores. Esto introduce un posible sesgo de recuerdo, ya que la precisión de los datos puede verse comprometida por la falta de seguimiento detallado o por la interpretación subjetiva de los padres respecto a la frecuencia y duración de estos hábitos.
- El diagnóstico de maloclusiones fue realizado por diferentes residentes y odontopediatras de la clínica, lo que puede haber generado variabilidad en la clasificación de los casos.
- Las maloclusiones no solo están influenciadas por hábitos orales, sino que también pueden depender de factores genéticos, nutricionales y ambientales.
- El diseño del estudio y limitaciones temporales ya que, al tratarse de un estudio retrospectivo, los datos dependen de la calidad y precisión de los registros clínicos existentes, sin posibilidad de obtener información adicional o corregir posibles inconsistencias.

CAPÍTULO XI. RECOMENDACIONES

1. Fomentar la detección temprana de hábitos orales no nutritivos e identificar precozmente hábitos como la succión digital y el uso prolongado de chupetes en los primeros años de vida.
2. Desarrollar programas comunitarios de educación en salud dental que promuevan la lactancia materna exclusiva y enfatizan en la prevención de hábitos orales no nutritivos.
3. Se recomienda realizar evaluaciones odontológicas antes de los 6 años para identificar y corregir problemas como mordida cruzada o apiñamiento dental.
4. Se recomienda adoptar un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de maloclusiones a temprana edad, que integre a odontopediatras, ortodoncistas y logopedas para evitar el desarrollo de hábitos no nutritivos.
5. Se recomienda programar visitas semestrales al odontopediatra para niños con riesgo de desarrollar maloclusiones.
6. Desarrollar cuestionarios de detención e identificación de hábitos orales no nutritivos en las consultas pediátricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soto AR. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos.; Rev cubana estomatol; Vol.56 no.2; 2019.
2. SEOP. USO Y ABUSO DE LOS CHUPETES. ; 2020 [cited 2025 Febrero 20].
3. Torre G. Asociación entre hábitos bucales, respiración bucal y maloclusión. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2016 Oct;36(5):386-394.
4. Abate A. Cavagnetto D. Fama A. Maspero C. Farronato G. Relationship between breastfeeding and malocclusion:A systematic Review of the literature. Nutrients MDPI. 2020 Nov 30;12(12):3688.
5. Villavicencio E. Alvear C. Cuenca K. Calderón M. Palacios D. Alvarado A. DISEÑOS DE ESTUDIOS CLÍNICOS EN ODONTOLOGÍA. Revista Oactiva UC Cuenca. 2016 Mayo-Agosto 1(2).
6. Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral:una mirada desde la salud pública. Univ Odontol. 2011 Ene-Jun;30(64):101-108
7. Ayala Y. Zaldívar L. Ayala B. La erupción dentaria y sus factores influyentes. Correo Científico Médico. Vol.22 no.4 oct-dic. 2018.
8. Meza EY. Olivera PB. Rosende MN. Peláez AN Maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta.Rev. Asoc. Odontol. Argent. vol.109 no.3. Ciudad Autónoma de Buenos Aires dic.2021.
9. Laso L. Como es el desarrollo dental infantil. Ortodoncia Ourense. 2025
10. Bishara SE, Warren JJ, Proffitt B, Levy SM. Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006;130(1):31-36.

11. McDonald F, Ireland AJ, editors. *Diagnosis of the Orthodontic Patient*. Oxford University Press; 2017.
12. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG, Barros AJD. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):54-61.
13. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2002;121(4):347-356.
14. Larsson E. Artificial sucking habits: etiology, prevalence, and effect on occlusion. *Int J Orofacial Myology*. 2000;26:26-34.
15. Nolla CM. The development of the permanent teeth. *J Dent Child*. 1960;27:254-66.
16. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Contemporary Orthodontics*. 4th ed. St Louis: Mosby; 2007.
17. Baccetti T, Franchi L, McNamara JA Jr. The cervical vertebral maturation (CVM) method for the assessment of optimal treatment timing in dentofacial orthopedics. *Semin Orthod*. 2005;11(1):119-29.
18. Koch G, Poulsen S, Espelid I, Haubek D. *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2017.
19. Koch G, Poulsen S, Espelid I, Haubek D. *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2017.
20. Almonaitiene R, Balciuniene I, Tutkuvienė J. Factors influencing permanent teeth eruption. Part one – general factors. *Stomatologija*. 2012;14(3):67-72.

21. Crespo M. Estudio retrospectivo de maloclusiones en niños de 9-12 años según la edad dental y cronológica, UNIBE, 2018-2024.
22. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490.
23. Graber TM, Vanarsdall RL. *Orthodontics: Current Principles and Techniques*. 5th ed. Elsevier Health Sciences; 2016.
24. Angulo N. Sobral M. Factores relacionados con maloclusiones en niños ecuatorianos e 3-9 años de edad. *Rev cubana estomatol*. 2020;57(2):e2111.
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on pulp therapy for primary and immature permanent teeth. *Pediatr Dent*. 2013;35(5):252-259.
26. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child*. 2004;89(12):1121-1123.
27. Varas F. Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. *Anales de Pediatría Vol.77. Núm. 6. Pag.357-428* dic 2012.
28. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child*. 2004;89(12):1121-1123.
29. Ceballos DM. Espinal G. Jones M. Anomalías en el Desarrollo y Formación Dental: Odontodisplasia. *Int. J. Odontostomat* 2015;9(1).30
31. Meza EY. Olivera PB. Rosende MN. Pelàez AN Maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.* vol.109 no.3. Ciudad Autónoma de Buenos Aires dic.2021.

32. Vallejo AP, Cuerpo P, Lòpez-Arranz M.E, González M, Pipa I, Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hàbitos de succiòn no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Avances en Odontoestomatologia* Vol.27- Núm. 3. 2011;27:137-145.
33. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child*. 2004;89(12):1121-1123.
34. Ceballos DM, Espinal G, Jones M. Anomalías en el Desarrollo y Formación Dental: Odontodisplasia. *Int. J. Odontostomat* 2015;9(1).
35. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490.
36. Varas F. Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. *Anales de Pediatría* Vol.77. Nùm. 6. Pag.357-428 dic 2012.
37. Aznar T, Galan AF, Marin I, Dominguez A. Dental arch diameters and relationships to oral habits. *Angle Orthod*. 2006;76(3):441-445.
38. Almonaitiene R, Balciuniene I, Tutkuvienė J. Factors influencing permanent teeth eruption. Part one – general factors. *Stomatologija*. 2012;14(3):67-72.
39. Silva AP, Oliveira AF, Sousa MF, Santos BG. Efectividad de intervenciones educativas en la reducciòn de maloclusiones a través de hàbitos nutricionales saludables. *Revista de Salud Oral*. 2023;35(4):245-251.
40. Ruiz J. ¿Cómo afecta la onicofagia o morderse las uñas a salud dental? 2022 Febrero 20.

41. Benavides-Vera D. Soledad LM. Wilbert JC. ¿Solo el déficit nutricional se relaciona con la cronología de erupción dental en niños?. *Revista Estomatològica Herediana*. 2023;33(4);380-381.
42. Mendoza A. Asbùn P. Crespo A. Gonzales S. Patiño R. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. *Rev. de la sociedad boliviana de pediatría* 2008; 47(1): 3-7.
43. Oliva DZ. Acosta K. Suárez VO. González SE. Lactancia recibida y hábito de succión digital infantil asociados a aspectos sociodemográficos maternos. *Revista de ciencias mèdicas de mayabague*. 2021
44. OPS. Lactancia materna y alimentación complementaria. 2020; Febrero
45. Acuña L. Relación entre hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones durante la dentición.; 2019.
46. Perdomo M. Estimación de la edad cronológica a partir del desarrollo. 2014
47. Arias Ladines, J., & Cortez Pilco, D.. El hábito de la succión digital como primer factor influyente en la maloclusión y fonación inadecuada. *Revista de la Universidad de Guayaquil*. 2021
48. Viggiano, D., Fasano, D., Monaco, G., & Strohmenger, L. Uso y abuso de los chupetes. *Revista Española de Ortodoncia y Pediatría*. 2021
49. Silva, M., Gómez, R., & Martínez, L. (2023). Malformaciones dentales y su relación con la succión no nutritiva en niños. *Journal Gestar*.

CAPÍTULO XII. ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos

Correlación entre los hábitos nutritivos y no nutritivos con las maloclusiones en niños de dentición mixta temprana de 6-10 años en la clínica de postgrado de odontopediatría de UNIBE, en el periodo del 2018 - 2023

- 1. ¿Cuántos niños presentan maloclusiones clase I?**
- 2. ¿Cuántos niños presentan maloclusiones clase II?**
- 3. ¿Cuántos niños presentan maloclusiones clase III?**
- 4. ¿Cuántos niños fueron amamantados (seno solo seno)?**
- 5. ¿Cuántos niños fueron lactados con biberón de manera exclusiva?**
- 6. ¿Cuántos niños fueron amamantados y luego traicionaron al biberón?**
- 7. ¿Cuántos niños presentan hábitos de succión digital?**
- 8. ¿Cuántos niños amamantados presentan hábito de succión digital?**
- 9. ¿Cuántos niños lactados con biberón también presentaron succión digital?**
- 10. ¿Cuántos niños fueron lactados durante los primeros tres años de vida?**
- 11. ¿Cuántos niños presentan mordida cruzada?**