Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología

Hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una institución educativa pública - año 2025

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista

AUTOR

Heidi Camila MUÑOZ APARE

ASESOR

Mg. Héctor Aldo MARENGO CASTILLO

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Muñoz H. Hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una institución educativa pública - año 2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Heidi Camila Muñoz Apare
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	74903155
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-4408-2706
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Héctor Aldo Marengo Castillo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	25406783
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-5394-0547
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Jhon Paul Iakov Mezarina Mendoza
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	20053551
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Jessica Margoth Arieta Miranda
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25849860
Miembro del jurado 2 (Asesor)	
Nombres y apellidos	Héctor Aldo Marengo Castillo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25406783

Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Edificio: Facultad de Odontología de la UNMSM País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Latitud: -12.054583 Longitud: -77.085246
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025 - 2026
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL

A C T A DE SUSTENTACIÓN PRESENCIAL N.° 029/FO-EPO/2026

Los Docentes que suscriben, reunidos el 18 de junio de 2026 en la ciudad de Lima, siendo las 09:00 horas, por encargo de la Señora Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista de la Bachiller:

HEIDI CAMILA MUÑOZ APARE

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis **«HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA – AÑO 2025»** y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

Bueno
(escala)

Siendo calificada con un promedio de: Diecisiete (en letras) 17 (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los dieciocho días del mes de junio del año dos mil veintiséis.

PRESIDENTE DEL JURADO

Dr. Jhon Paul Iakov Mezarina Mendoza

MIEMBRO SECRETARIA

Mg. Jessica Margoth Arieta Miranda

MIEMBRO VOCAL (ASESOR)

C.D. Esp. Héctor Aldo Marengo Castillo

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 o menos)
Criterios: Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mg. Hector Aldo Marengo Castillo**, en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la EPO N°00060-FO-EPO-2026 de la tesis, cuyo título es **"Hábitos Orales Deletéreos y Nivel de Ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública – Año 2025",** presentado por la bachiller **Muñoz Apare Heidi Camila** para optar el título profesional de Cirujana Dentista. **CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 12% de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional de Cirujana Dentista.

Lima, 11 de agosto del 2026



Firma del Asesor _____

Nombres y Apellidos del asesor: **Hector Aldo Marengo Castillo**

DNI: 25406783

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

A Dios, quien fue mi principal impulso para continuar este camino profesional. Por ser mi refugio en momentos difíciles y por servir de guía para resolver todos los problemas que se presentaron.

A mis padres Haydeé Apare Valenzuela y Jaime Muñoz Huamaní, quienes a su manera, siempre fueron y serán mi cable a tierra durante esta larga etapa profesional. Este y muchos trabajos más siempre serán dedicados a ustedes por ser parte fundamental en mi desarrollo y desempeño.

A mis hermanos, mi inspiración constante, de quienes he aprendido tantas cosas; hoy soy, en parte, una combinación de ustedes dos.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el C.D. Esp. Héctor Marengo Castillo, le expreso mi sincero agradecimiento por su apoyo y destaco su constante disposición para mantener una comunicación abierta y accesible. Su pronta respuesta y seguimiento han sido importantes para el avance y culminación de esta investigación.

Al Dr. Jhon Mezarina Mendoza y a la Mg. Jessica Arieta Miranda, quienes con rigurosidad y compromiso, han contribuido a la mejora de este trabajo. Agradezco su constante disposición para orientarme y sus evaluaciones realizadas, así como la minuciosa revisión de cada avance.

Al director de la Institución Educativa, Mg. Rafael Fernandez Cuicapusa por permitirme trabajar en su colegio, confiando en mi persona, por brindarme las facilidades y apoyo necesario durante la ejecución de esta investigación.

Por último, agradezco a los docentes y auxiliares de la institución educativa, por brindarme su apoyo y acompañamiento en todo momento, asimismo por brindarme el espacio necesario para realizar este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre hábitos orales deletéreos (HOD) y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una institución educativa pública en el año 2025.

Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal en 59 niños del Colegio Puruchuco 1263 (Ate), con muestreo no probabilístico por conveniencia. La ansiedad se midió con la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) y los HOD mediante examen clínico (succión digital, respiración bucal, deglución atípica, bruxismo, onicofagia y mordedura). Se emplearon pruebas de Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher.

Resultados: La frecuencia de HOD fue 71,2%, destacando deglución atípica (50,8%) y onicofagia (27,1%). No se halló asociación estadísticamente significativa entre los hábitos y la ansiedad. La ansiedad normal fue la más frecuente (47,5%), seguida de elevada (28,8%) y necesidad de atención (23,7%).

Conclusión: Los resultados obtenidos evidenciaron que no se encontró una asociación significativa entre HOD y nivel de ansiedad en la población estudiada. Se halló una alta prevalencia de HOD, destacando la deglución atípica y la onicofagia. Asimismo,el nivel predominante fue el de ansiedad normal.

Palabras clave: ansiedad, niño, hábitos parafuncionales.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between deleterious oral habits (DOH) and anxiety levels in children aged 8 to 11 years from a public educational institution in 2025.

Methods: An observational, analytical, cross-sectional study was conducted in 59 children from Puruchuco School 1263 (Ate), using non-probabilistic convenience sampling. Anxiety was measured using the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), and DOH were assessed through clinical examination (thumb sucking, mouth breathing, atypical swallowing, bruxism, nail biting, and biting behaviors). Chi-square test, Fisher's exact test, and ordinal logistic regression were applied.

Results: The prevalence of DOH was 71.2%, with atypical swallowing (50.8%) and nail biting (27.1%) being the most frequent. No statistically significant associations were found between oral habits and anxiety levels. Normal anxiety was the most frequent category (47.5%), followed by elevated anxiety (28.8%) and the need for attention (23.7%).

Conclusion: The results obtained showed that no significant association was found between DOH and anxiety level in the studied population. A high prevalence of OHB was found, with atypical swallowing and onychophagia being the most prominent. Likewise, the normal anxiety level predominated.

Key words: anxiety, child, parafunctional habits

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....10
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....12
2.1 Área de problema.....12
2.2 Delimitación.....13
2.3 Formulación.....14
2.4 Objetivos..... 15
2.5 Justificación.....15
2.6 Limitaciones..... 16
3.1 Antecedentes..... 18
3.2 Bases Teóricas.....21
Definición de la Ansiedad..... 21
Trastornos de Ansiedad y clasificación.....21
Ansiedad en la Infancia.....23
Entorno familiar y escolar en el desarrollo de la ansiedad..... 24
Definición de hábito..... 25
Hábitos Orales Deletéreos.....26
Tipos de hábitos orales deletéreos..... 26
Deglución atípica.....26
Succión digital..... 28
Mordedura de objetos.....28
Onicofagia..... 29
Mordedura de mucosa.....29
Respiración Bucal.....30
Bruxismo.....31
Mecanismos psicológicos y emocionales que vinculan la ansiedad con los hábitos orales.....31
Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)..... 34
3.3 Definición de Términos.....35
3.4 Hipótesis.....36
3.5 Operacionalización de variables..... 37
IV. METODOLOGÍA.....38
4.1 Tipo de Investigación.....38
4.2 Población y muestra.....38
4.3 Procedimientos y técnica..... 40
4.4 Procesamiento de datos.....43
4.5 Análisis de resultado..... 43
4.6 Consideraciones Éticas.....43
V. RESULTADOS.....44
VI. DISCUSIÓN..... 50

VII. CONCLUSIONES..... 55
VIII. RECOMENDACIONES..... 56
IX. BIBLIOGRAFÍA..... 57
X. ANEXOS..... 64
Anexo 1: Cuadro de consistencia..... 65
Anexo 2: Consentimiento Informado..... 67
Anexo 3: Aprobación por Comité de Ética..... 69
Anexo 4: Asentimiento Informado..... 70
Anexo 5: Carta de presentación al colegio..... 71
Anexo 6: Escala de Ansiedad para Niños de Spence..... 72
Anexo 7: Ficha Clínica..... 75
Anexo 8: Fotografías..... 76
Anexo 9: Calibración del evaluador..... 84
Anexo 10: Validación de por juicio de expertos..... 85

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Distribución de los niños según edad y sexo.....45

Tabla 2. Prevalencia de Hábitos Orales Deletéreos (N=59).....46

Gráfico 1. Prevalencia de Hábitos Orales Deletéreos..... 47

Tabla 3. Nivel de Ansiedad según categorías..... 47

Gráfico 2. Nivel de Ansiedad según categorías.....48

Tabla 4. Distribución del Nivel de Ansiedad según Hábitos Orales Deletéreos..... 48

Tabla 5. Distribución de los niños según la presencia de hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad.....49

Tabla 6. Asociación entre Hábitos Orales Deletéreos y Nivel de Ansiedad en niños de 8 a 11 años.....50

Tabla 7. Asociación entre cada Hábito Oral Deletéreo y Nivel de Ansiedad..... 50

I. INTRODUCCIÓN

Los hábitos orales deletéreos han sido descritos como factores etiológicos asociados al desarrollo de ciertas maloclusiones, un problema relevante de salud bucal con alta prevalencia a nivel mundial. Su persistencia durante la infancia y adolescencia puede favorecer alteraciones dentoesqueléticas y funcionales significativas, especialmente durante etapas activas del crecimiento craneofacial. [1]

Los hábitos se definen como una práctica o costumbre desarrollada a través de la repetición continua de una acción, lo que eventualmente provoca satisfacción, generando una sensación de seguridad o estabilidad.[2,3]

La prevalencia y los tipos de hábitos orales dependen de las prácticas culturales y el nivel socioeconómico de las diferentes comunidades.[4] Según la literatura, en cuanto menor es la edad de inicio del hábito, mayor es su repercusión sobre el desarrollo dentoesquelético.[5] Su severidad se verá afectada por la frecuencia, intensidad y duración de dichos hábitos.[6] Diversas investigaciones demuestran la alta prevalencia de hábitos orales deletéreos en países de la región y a nivel global, atribuyendo la causa a algunos factores como problemas conductuales, disturbios emocionales, el entorno familiar, social y académico.[7]

El estudio realizado por Gyra et al.,[4] demuestra que a nivel mundial la prevalencia de los hábitos orales perjudiciales fue del 28,9%, siendo la respiración bucal y el bruxismo los hábitos más frecuentes. El estudio comprendió la evaluación de 54 estudios, con un total de 53 119 niños entre 3 a 18 años. La prevalencia más alta se halló en niños de 6 a 12 años. Por otro lado, el estudio de Parra et al.[2], realizó una revisión sistemática enfocado a la población preescolar y escolar, hallando una alta prevalencia de hábitos deformantes en países de latinoamérica, Centroamérica y el Caribe. En Perú el hábito con mayor frecuencia fue la deglución atípica, con 19,48%.

Dentro de los factores asociados a la aparición y persistencia de estos hábitos, diversos estudios han señalado la influencia de variables emocionales, particularmente la ansiedad, la cual constituye uno de los problemas emocionales más frecuentes en la niñez y la adolescencia.[5] La ansiedad se define como una emoción normal frente a situaciones amenazantes para la persona.[8] Usualmente un niño experimenta situaciones nuevas y cambios de escenarios, con el tiempo logra adaptarse a dichos cambios, sin embargo; existe una población que no logra esta

adaptación y se le dificulta gestionar sus emociones, facilitando así el desarrollo de desequilibrios a nivel psicológico, conductual o emocional.[3] Es por ello que se presume que un individuo puede utilizar como vía de escape la generación de un hábito.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2015 se estimaba que más de 58 millones de personas en la Región de las Américas padecían trastornos de ansiedad. En el contexto nacional, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó que la ansiedad constituyó el diagnóstico más frecuente durante la Atención Comunitaria de la Dirección de Salud Mental, con una prevalencia de 28,81 %. Además, Carlos Bromley advirtió que resulta preocupante que los niños y adolescentes representen el 31,5 % de los casos atendidos por problemas de salud mental. [10]

Del mismo modo, el Seguro Social de Salud (EsSalud) ha señalado que, en los últimos tres años posteriores a la pandemia, se ha observado un incremento en los casos de estrés, ansiedad y fobia social en niños y adolescentes. Por ello, se describe a la ansiedad como un problema latente en el Perú. [11]

La evidencia que evalúe la asociación entre hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en población escolar es aún limitado en el contexto peruano, debido a ello, se hace necesario ampliar el conocimiento, tanto teórico como práctico sobre los hábitos orales deletéreos. , relacionándolo con el plano psicológico, lo cual permitirá una mejor comprensión del rol del factor emocional en el desarrollo de hábitos orales en niños. Esto facilitará la acción preventiva y terapéutica de los profesionales de la salud bucal y mental, sobre todo en la etapa escolar, porque cuanto más temprano se corrija el hábito se logrará la modificación del posicionamiento y arcadas dentarias. [6]

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Área de problema

La OMS señala que las maloclusiones constituyen el tercer problema de salud bucal más prevalente en la población, precedidas únicamente por la caries dental y las enfermedades periodontales.[2,12] Dentro de los principales causantes de las maloclusiones están los hábitos orales deletéreos, estos suelen aparecer a edades tempranas, siendo los niños los más propensos a presentarlos y desarrollar hábitos orales nocivos que con el tiempo desencadenará una alteración en la oclusión, debido al constante desarrollo y crecimiento de las bases óseas maxilares: evento característico en la etapa de la niñez.[13] Por ello es necesario supervisar la frecuencia, la duración e intensidad durante la ejecución de dichos hábitos; sobre todo en la etapa escolar, porque cuanto más temprano se corrija el hábito se logrará una mejor modificación del posicionamiento y arcadas dentarias.[5]

Según el estudio realizado por Illescas, en Ecuador se halló que, en una población de 1627 estudiantes, comprendidos entre 14 a 15 años de edad, el 84,1% presentó algún hábito bucal deletéreo.[14] Por otro lado, según el estudio realizado por Zapata en Perú, indica que de una muestra de 154 niños de 6 a 12 años obtuvo una baja frecuencia de hábitos bucales.[15] Asimismo, en el estudio realizado por Trocones en un colegio de Perú, de una muestra de 150 estudiantes de 7 a 12 años de edad, el 16,6% presentó el hábito de respiración bucal, seguido del hábito de succión digital con un 10%.[16]

Existen opiniones divididas sobre la causa definitiva de los hábitos orales deletéreos, algunos pediatras, psiquiatras y psicólogos plantean que el desarrollo de estos se debe a problemas de conducta, otros sostienen que los hábitos como la onicofagia son simplemente un sustituto al hábito de succionar el chupón o el dedo, sin embargo, se puede relacionar íntimamente con disturbios emocionales graves. [17]

Otro factor es el entorno familiar, ya que una familia disfuncional puede influir negativamente en la salud bucal del niño, debido a la escasa supervisión parental, la inmadurez emocional del niño y la experiencia de constantes situaciones de tensión. Por otro lado, el bajo peso al nacer también se considera como un factor asociado a la aparición de hábitos orales deletéreos.[7]

Durante la niñez y adolescencia son frecuentes los problemas y trastornos de ansiedad. El miedo y la ansiedad son comunes en la infancia y suelen aparecer

cuando el individuo se ve enfrentado a una situación desafiante. Normalmente, ante estas situaciones los niños logran adaptarse y gestionar sus emociones de miedo y ansiedad, por otra parte, algunos que no logran adaptarse o regular sus emociones, tienden a hacer crónicos sus síntomas y los intensifican, afectando directamente al individuo y su entorno. Cuando no hay una adecuada regulación de la actividad emocional pueden aparecer trastornos o desequilibrios a nivel psicológico, conductual o emocional. Los hábitos suelen ser una vía utilizada por el individuo para calmar una determinada necesidad emocional.[3]

2.2 Delimitación

La OMS informó que, en el año 2021, aproximadamente 359 millones de personas a nivel mundial padecieron trastornos de ansiedad.[18] Durante el desarrollo de la pandemia de COVID - 19 la prevalencia de ansiedad y depresión experimentó un incremento del 25%.[19] La ansiedad se entiende como una respuesta emocional habitual ante situaciones que son percibidas como amenazantes. No obstante, cuando estas manifestaciones se presentan con mayor frecuencia e intensidad y generan interferencia en la vida de la persona, es necesario evaluarlas y considerar la posibilidad de que estén relacionadas con un cuadro de ansiedad patológica.[8]

La OPS indica que en la Región de las Américas se estima que más de 58 millones de personas sufrían de trastornos de ansiedad en 2015.[20] De la misma manera, la literatura indica que los trastornos de ansiedad representan el segundo trastorno mental con mayor carga de discapacidad.[21] Mientras tanto, a nivel nacional se diagnosticaron alrededor de 433 816 casos de ansiedad en el año 2022, la cual refiere mayor prevalencia a comparación de otras afecciones mentales. [22]

Tener salud mental significa poseer una respuesta adecuada al estrés habitual de la vida, un rendimiento productivo laboral y con la comunidad. Carlos Bromley C., director de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA), reportó que durante la Atención Comunitaria de la Dirección de Salud Mental llevada a cabo en 2022, la ansiedad constituyó el trastorno con mayor prevalencia, alcanzando el 28,81 %, seguida por la depresión, con un 17,57 %. Los niños y adolescentes representaron el 31,5 % del total de casos atendidos por problemas de salud mental, siendo el sexo masculino el que registró la mayor proporción de atenciones, con un 59,95 %.[10] Asimismo, el informe anual del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) señala

que el 13 % de los niños y adolescentes entre 9 y 17 años presenta algún tipo de trastorno de ansiedad, además destacan las edades entre 6 y 8 años, ya que empieza la etapa escolar, que es el periodo donde la ansiedad adquiere un rol importante, debido a la relación entre los problemas emocionales y las dificultades escolares, como el rendimiento escolar y las relaciones sociales.[23]

Debido a ello, se debe considerar como un problema latente en el Perú, teniendo en cuenta las diversas consecuencias producidas a nivel funcional y morfológico del sistema estomatognático generado en el individuo. Ante este inconveniente emocional, la persona puede utilizar como vía de escape la generación de un hábito. Los hábitos orales deletéreos pueden reconocerse como dicha vía que calma esa necesidad emocional.

Esta investigación consideró el rango etario de 8 a 11 años debido a su relevancia clínica para la evaluación de hábitos orales deletéreos. Aunque muchos de estos pueden iniciarse tempranamente como conductas transitorias, adquieren mayor importancia cuando persisten durante la dentición mixta, ya que su frecuencia y duración incrementan el potencial de interferir en el crecimiento craneofacial. Según la literatura, a partir de los 6 años los hábitos miofuncionales pueden generar desequilibrios en el desarrollo facial y dental, especialmente durante etapas de crecimiento activo, cuando las estructuras óseas y musculares son más susceptibles a modificaciones.[24] En ese sentido, estudiar niños de 8 a 11 años permite evaluar hábitos que han sobrepasado la etapa esperada de extinción espontánea, identificar su persistencia en una fase crítica del desarrollo dentomaxilar y detectar oportunamente posibles repercusiones susceptibles de intervención preventiva e interceptiva. Además, este rango etario se encuentra comprendido dentro del intervalo de 8 a 12 años para el cual fue desarrollada y validada la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, considerando la comprensión cognitiva del instrumento y la capacidad de autorreporte de síntomas ansiosos. [25] Es por ello que esta investigación tiene como objetivo evaluar la asociación entre los hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025

2.3 Formulación

¿Cuál es la asociación entre hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025?

2.4 Objetivos

Objetivo General:

Evaluar la asociación que existe entre los hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025

Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de hábitos orales deletéreos en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025
- Determinar el nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025
- Determinar la asociación entre la prevalencia de los hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025
- Determinar la asociación entre los hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad, considerando la progresión de los niveles de ansiedad dependiendo de la presencia de cada hábito.

2.5 Justificación

Justificación teórica: La presente investigación nace de la necesidad de ampliar el conocimiento acerca de los hábitos orales deletéreos, destacando la relevancia de los factores psicológicos en su aparición y desarrollo. El abordaje de estos conceptos, desde la perspectiva interdisciplinaria, permite una mejor comprensión del papel que cumple el componente emocional en el campo de la salud bucal infantil, sobre todo en la aparición y persistencia de dichos hábitos.

Justificación práctica: La temprana identificación de estas variables facilitará la acción preventiva y terapéutica de los profesionales de la salud bucal y mental. Contribuirá con el desarrollo de estrategias durante las intervenciones multidisciplinarias entre profesionales odontólogos y psicólogos, permitiendo diseñar intervenciones más eficientes, ya que se abordarán factores físicos y emocionales propios del niño, contribuyendo, a largo plazo, a reducir la frecuencia de aparición de las maloclusiones dentarias.

Justificación metodológica: Este estudio permitirá contribuir con la comunidad científica mediante el aporte de datos estadísticos sobre la asociación de los hábitos orales deletéreos y la ansiedad, así mismo, sus resultados servirán como base para futuras investigaciones. Su diseño puede ser replicado y adaptado a futuras investigaciones, lo cual permitirá contrastar los resultados de acuerdo con los diferentes contextos educativos y poblacionales, ampliando la validez del estudio.

Justificación social: Los resultados de este estudio también buscan brindar un aporte a los padres de familia, docentes y profesionales de la salud, otorgándoles nuevos conocimientos sobre los hábitos orales deletéreos y su repercusión en el desarrollo integral del individuo. Las instituciones educativas al identificar la problemática en los niños podrán elaborar estrategias con el fin de reducir la ansiedad, ya sea mediante programas de bienestar emocional, actividades lúdicas y/o técnicas de relajación que buscarán disminuir la aparición de dichos hábitos.

2.6 Limitaciones

Entre las limitaciones que se presentaron durante la investigación se encontró:

- La programación de la intervención estuvo sujeta a la autorización y fechas disponibles por parte del centro educativo.
- No se logró una distribución completamente proporcional por edad ni por sexo, debido a la limitada participación de algunos grupos al momento de entregar los consentimientos informados.
- El llenado de las encuestas se vió condicionado por la disposición de los padres de familia y los niños, por ello el tamaño muestral fue reducido, lo que pudo haber sido insuficiente para detectar asociaciones estadísticamente significativas, aumentando la probabilidad de error tipo II.
- No se incluyeron variables como tratamiento psicológico o psiquiátrico por ansiedad, ni el uso de medicación ansiolítica, las cuales podrían actuar como variables confundidoras en los resultados. Estas variables no fueron consideradas ya que corresponden a información sensible que requiere un manejo ético más riguroso.

- El estudio empleó un muestreo por conveniencia de tipo no probabilístico, situación que limita la representatividad de la muestra y, por ende, la generalización de los resultados.
- Algunos hábitos orales presentaron baja frecuencia, como el bruxismo, lo cual impidió realizar análisis estadísticos inferenciales para dicha variable.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Leme et al. (2014, Brasil) evaluaron la relación entre factores psicológicos y la presencia de hábitos orales deletéreos (HOD) en población escolar y adolescente. Empleó una muestra de 147 estudiantes de entre 8 y 14 años, se formaron dos grupos: uno con hábitos y otro sin ellos. Los hábitos fueron evaluados mediante el Test Screening Orofacial Nórdico, mientras que la ansiedad y la depresión se midieron con la Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta Infantil y el Inventario Infantil de Depresión, respectivamente. Los resultados mostraron que dentro de los HOD más prevalentes se encontró la onicofagia con 58,7%. Además, el grupo con hábitos presentó más síntomas depresivos que el grupo sin hábitos. El análisis de regresión logística reveló una asociación entre los síntomas de ansiedad y la presencia de HOD. En conclusión, los niños con HOD evidenciaron una mayor cantidad de síntomas depresivos y una mayor probabilidad de experimentar manifestaciones de ansiedad. [26]

Parra & Zambrano (2019, Ecuador) Tuvieron como objetivo evaluar y analizar la evidencia científica publicada durante los últimos siete años acerca de los hábitos orales deformantes en niños de 3 a 12 años de edad. Se realizó una revisión sistemática de publicaciones comprendidas entre los años 2010 y 2017. Se halló una alta prevalencia de estos hábitos en países de Latinoamérica, Centroamérica y el Caribe, con una frecuencia particularmente alta en Cuba. El hábito mayormente identificado fue la onicofagia, seguido de la disfunción lingual. La mayoría de los estudios revisados concluyeron que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y la prevalencia de estos hábitos.[2]

Pacheco & Hernández (2019, Cuba) tuvieron como propósito examinar la relación entre los hábitos orales deformantes y los trastornos emocionales y psicológicos. Se utilizaron 39 referencias como muestra. Los resultados mostraron que los hábitos más fuertemente influenciados por estos desórdenes fueron la interposición, la succión digital, la respiración bucal, los hábitos posturales y el bruxismo.[3]

Almutairi et al (2021, Arabia Saudita) tuvieron como objetivo identificar la prevalencia de diferentes hábitos orales parafuncionales en adultos sauditas y analizar su relación con el nivel de ansiedad y rasgos de personalidad. Se realizó un estudio transversal con una muestra de 1263 adultos sauditas, mediante la aplicación de un formulario electrónico que incluía información demográfica, la escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A), una evaluación de los cinco grandes rasgos de personalidad y una lista de hábitos orales parafuncionales. Se reportaron como hábitos más comunes el masticar chicle a diario (86%), morderse los labios/objetos (59%), apretar los dientes (45%), onicofagia (36%) y rechinamiento dental (32%). Los extrovertidos mostraron mayor tendencia a apretar los dientes (46,4%), mientras que las personas emocionalmente estables eran menos propensas a hábitos como la onicofagia, rechinamiento, apretar o morderse los labios u objetos. La escrupulosidad y la estabilidad emocional se asociaron con una menor probabilidad de tener estos hábitos. [27]

Abd et al (2023, Egipto) estudió la asociación entre la práctica de hábitos orales y la resiliencia en niños de 5 a 7 años. La muestra fue de 227 niños provenientes de cinco escuelas, se aplicó un cuestionario electrónico de google entre los padres de los niños. La resiliencia fue evaluada con la escala Child and Youth Resilience Measure-Revised Person Most Knowledgeble. Se utilizó el tercer dominio de la entrevista parte del Nordic Orofacial Test-Screen para medir los hábitos orales, incluyendo la succión, el bruxismo y la onicofagia. La puntuación total del PMK-CYRM-R fue de 46,05 ± 3,63 en el grupo sin hábito y de 44,10 ± 3,59 en el grupo que practicaba hábitos. En total, 104 (45,81%) practicaban hábitos orales. Los subgrupos de bruxismo, morderse las uñas y hábito de succionar mostraron niveles de resiliencia personal estadísticamente significativos más bajos que el grupo sin hábito. Se concluye que los niños con niveles reducidos de resiliencia presentan una mayor tendencia a desarrollar hábitos orales.[28]

Gyra et al. (2025) su estudio buscó estimar la frecuencia de hábitos orales nocivos en niños. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando diversas bases de datos electrónicas. El protocolo de revisión se registró en PROSPERO y se adhirió a las directrices PRISMA. La investigación contó con 54 estudios que abarcaban un

total de 53 119 niños de 3 a 18 años. Como resultados se obtuvo una prevalencia combinada de hábitos orales perjudiciales del 28,9 %, siendo la respiración bucal (21,1 %) y el bruxismo (19,0 %) los hábitos más comúnmente reportados. El sexo masculino obtuvo mayor prevalencia (29,4 %) que el femenino (26,9 %). La prevalencia fue mayor en los niños de 6 a 12 años (32,1 %), seguidos por los de 3 a 6 años (25,2 %), y menor entre los adolescentes (17,1 %). Se concluyó en los hábitos bucales perjudiciales son frecuentes en niños y pueden tener efectos adversos en el desarrollo dental y maxilofacial.[29]

Antecedentes nacionales

Espinoza et al.(2020) evaluó la frecuencia de hábitos orales y de alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en una clínica docente. Se analizó una muestra de 1006 historias clínicas de pacientes de ese rango etario, obtenidas de la base de datos del software U-smile. Destacó la prevalencia de la deglución atípica con un 19,48%, mientras que hábitos como respiración bucal y succión digital obtuvieron resultados por debajo del 3% No se halló asociación entre la succión digital, respiración bucal, deglución atípica con la edad y género.[30]

Trocones A. (2018) determinó la asociación de la prevalencia de maloclusión dentaria y hábitos orales en niños de 7 a 12 años en una institución educativa. Evaluó 150 estudiantes seleccionados por conveniencia. Obtuvo como resultados una prevalencia del 17,3% para el hábito de respiración bucal, seguido por la succión digital con un 10%. Este estudio encontró asociación de los hábitos orales con las maloclusiones, con alta frecuencia de la respiración bucal.[16]

Zárate (2021, Perú) investigó la relación entre los hábitos orales deletéreos y las maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de una institución educativa privada. La muestra consistió en 83 estudiantes dentro de ese rango de edad. Se aplicó una encuesta a los padres y se realizó un examen clínico a los niños, considerando la coincidencia de ambos como indicador de un hábito bucal deletéreo. Los niños de 8 a 9 años obtuvieron la mayor cantidad de hábitos, destacando la respiración bucal (35%). Asimismo, las maloclusiones verticales

fueron las más frecuentes (43%). La relación entre los hábitos deletéreos y las maloclusiones dentarias fue significativa.[13]

Rabanal (2017, Perú) investigó la relación entre la ansiedad y los hábitos bucales no fisiológicos en estudiantes de 8 a 11 años de una escuela. La muestra consistió en 102 estudiantes. La ansiedad se evaluó utilizando la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, mientras que los hábitos bucales se registraron mediante una ficha clínica basada en un examen clínico. Los resultados mostraron que el 93,1% de los estudiantes tenía hábitos bucales no fisiológicos. El 71% presentó niveles normales de ansiedad, el 17,6% ansiedad elevada y el 10,8% mostró necesidad de atención. Se concluyó que no había relación entre la ansiedad y los hábitos bucales no fisiológicos. [31]

3.2 Bases Teóricas

Definición de la Ansiedad

Según la Asociación Americana de Psicología, la ansiedad se define como un estado físico y psicológico comprendido por factores somáticos, conductuales, sociales y cognitivos.[32] Es un mecanismo de respuesta anticipada del individuo ante una amenaza futura, originada por la percepción de estímulos que podrían ser dañinos.[3] Genera inquietud, preocupación y un estado de alerta. Desde una perspectiva evolutiva, la ansiedad se considera una comportamiento adaptativo, que favorece la supervivencia, ya que impulsa a la persona a evitar situaciones potencialmente peligrosas.[33] Por otro lado, dependiendo del grado de persistencia e intensidad en la que se presenten los síntomas, los niveles elevado de ansiedad pasan a convertirse en una conducta desadaptativa, que trae graves consecuencias en el individuo.[34] Cuando la ansiedad se manifiesta de manera recurrente, involuntaria e intensa, puede desarrollarse como un trastorno. Esta respuesta persistente y difícil de controlar afecta la calidad de vida del individuo.[33]

Trastornos de Ansiedad y clasificación

La OMS indica que la salud mental adecuada es sinónimo de responder de forma competente al estrés cotidiano, al rendimiento laboral y con la sociedad. Tanto la OMS como la OPS demostraron que, dentro de las patologías psiquiátricas, los trastornos de ansiedad (TA) ocupan el segundo lugar de los más incapacitante en la

región de las américas, siendo los países de bajos a moderados ingresos los más vinculados con esperanza de vida más corta y elevada tasa de mortalidad.[35]

Los TA se distinguen de la ansiedad normal por ser excesivos y persistentes, con preocupaciones constantes y síntomas físicos que interfieren en el funcionamiento diario. Estos trastornos, que pueden afectar el trabajo, el rendimiento académico y los vínculos personales, son los más comunes y afectan alrededor del 30% de los adultos en algún momento de sus vidas.[8] Estas preocupaciones se presentan en situaciones que no implican un riesgo real para el paciente. Su origen se atribuye tanto a factores genéticos como a la exposición a eventos estresantes. [35]

Su diagnóstico está basado en criterios clínicos dispuestos por Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) y International Statistical of Diseases and Related Health problems (ICD). Los trastornos de ansiedad comprenden diversas categorías diagnósticas, entre las que se incluyen la ansiedad por separación, el mutismo selectivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, las fobias específicas, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias o medicamentos, aquellos asociados a enfermedades médicas, otros trastornos de ansiedad especificados y los no especificados. [35]

- Trastorno de Ansiedad Generalizada: Es una preocupación constante, desmesurada y difícil de manejar. Puede manifestarse junto con signos físicos como inquietud, nerviosismo, cansancio, dificultad para concentrarse, tensión muscular y alteraciones del sueño, los cuales se asocian con un estado de hiperactivación fisiológica. [21,24]
- Trastorno de pánico: Se distingue por ataques de pánico y episodios súbitos de terror que pueden ocurrir repetidamente y sin aviso. Estos episodios implican una intensa angustia tanto física como psicológica, y pueden incluir síntomas como taquicardia, sudoración, temblores, sensación de falta de aire, dolor torácico, escalofríos, hormigueo, náuseas o dolor abdominal, entre otros. Muchos de estos síntomas pueden presentarse en forma combinada. [21,36]
- Fobias específicas: Es un temor intenso, persistente e inmediato hacia un objeto, situación o actividad específica que, por lo general, no representa un peligro real. Aunque quienes presentan fobias reconocen que su temor es

excesivo en relación con el estímulo desencadenante, les resulta difícil superarlo. Para quienes padecen una fobia, ciertos lugares, eventos u objetos provocan reacciones de miedo intensas e irracionales, como el temor a hablar en público.[24,36]

- Trastorno de ansiedad social: Experimenta una ansiedad y malestar considerable al sentir vergüenza, humillación, rechazo o desprecio en situaciones sociales. Se presenta como miedo a conocer nuevas personas, evitar participar en conversaciones o debates en clase, y puede llevar al aislamiento.[21] El individuo tiende a mostrar temor por su forma de actuar frente a los demás, ya que puede ser valorado negativamente por los observadores. [24]
- Agorafobia: Es el temor a estar en situaciones donde escapar podría ser difícil o incómodo. Este miedo es desproporcionado en relación con la realidad y generalmente persiste durante seis meses o más, afectando el funcionamiento diario. Ejemplos incluyen el miedo a estar en espacios abiertos o salir solo de casa.[8] Algunas situaciones más características de la agorafobia son el uso de transporte público, lugares abiertos, hacer filas, encontrarse en medio de multitudes y permanecer solo fuera del hogar.[24]
- Trastorno de ansiedad por separación: Se experimenta ansiedad o miedo intensos al separarse de personas con las que tiene un vínculo emocional estrecho. Esto puede manifestarse en la resistencia o negativa a salir o dormir fuera del hogar sin esa persona, así como en pesadillas relacionadas con la separación.[8]
- Mutismo selectivo: Los niños con mutismo selectivo no hablan en ciertas situaciones sociales donde se espera que lo hagan, como en la escuela, aunque sí se expresan en otros contextos. Este trastorno generalmente comienza antes de los 5 años, pero a menudo no se diagnostica formalmente hasta que el niño entra a la escuela. Muchos niños logran superar el mutismo selectivo a medida que crecen.[8]

Ansiedad en la Infancia

La ansiedad es el trastorno de salud mental más frecuente en niños y adultos, afectando entre el 2% y el 20% de los niños durante la infancia. Este trastorno suele

interferir con el cumplimiento de hitos del desarrollo y la adquisición de habilidades, afectando diversas áreas de funcionamiento, como el aprendizaje, el rendimiento académico, las relaciones con otros niños y la participación en actividades sociales. [33] Los niños con ansiedad suelen preocuparse en exceso por eventos pasados y futuros, desarrollar fobias y sentirse impotentes. Esto puede afectar negativamente su vida cotidiana, tanto en casa como en la escuela, generando dificultades para dormir, concentrarse, hacer amigos y enfrentar exámenes.[32]

La ansiedad escolar se refiere a un conjunto de síntomas desagradables que surgen ante factores estresantes relacionados con la escuela. Afectan hasta al 18% de los niños de 3 a 14 años. Aquellos que la padecen suelen tener dificultades cognitivas en atención y memoria, lo que impacta negativamente su rendimiento académico.[34]

En Estados Unidos, cerca del 7% de los niños de 3 a 17 años enfrenta problemas de ansiedad cada año, y la mayoría desarrolla síntomas antes de los 21 años. [36]

Los trastornos de ansiedad son los más comúnmente detectados en niños, con una prevalencia que oscila entre el 10% y el 30%. Su desarrollo puede verse influido por factores biológicos, temperamentales y ambientales, y generalmente comienzan entre los 6 y 11 años.[37] Si no se tratan, estos trastornos pueden dar lugar a problemas duraderos, entre ellas problemas en las relaciones interpersonales, conductas de riesgo, bajo rendimiento académico, pensamientos y conductas suicidas, delictivas, ansiedad, depresión y abuso de sustancias.[32]

Entorno familiar y escolar en el desarrollo de la ansiedad

La dimensión emocional es crucial en el desarrollo infantil, ya que los problemas emocionales pueden afectar negativamente las áreas cognitiva, social y afectiva de los niños.[38] Los entornos más cercanos, como la escuela y el entorno familiar, repercute significativamente en el desarrollo emocional. Durante la etapa escolar, comprendida entre los 6 a 12 años aproximadamente, se observan diversos factores que suelen provocar respuestas de ansiedad en los estudiantes. Entre ellos se incluyen el proceso de selección para ingresar en algunos colegios, la competitividad con otros compañeros, la autoexigencia académica, el aprendizaje de nuevos contenidos, los cambios curriculares y la presión de evaluaciones exigentes. [39]

Así mismo, un niño que crece con cuidadores que son emocional y físicamente estables y que no enfrentan grandes preocupaciones sobre la vivienda, el acceso a

alimentos o la seguridad en su entorno, está mejor preparado para enfrentar el estrés. Por otro lado, los niños de familias con bajos ingresos suelen experimentar más disparidades de salud, lo que incrementa su riesgo de padecer estrés y ansiedad. [37]

Es más probable que los niños desarrollen ansiedad cuando las dinámicas familiares son autoritarias y el hogar está marcado por conflictos constantes. Esto dificulta su desarrollo emocional y cognitivo. Sin estrategias adecuadas para enfrentar la ansiedad, los problemas tienden a volverse crónicos.[39] Si esto no se aborda de manera oportuna, las consecuencias pueden extenderse a etapas como la adolescencia y la adultez temprana.[38] Si el niño no recibe el apoyo adecuado para gestionar su ansiedad, no solo podría verse afectado negativamente en su presente, sino que también podría enfrentar problemas durante la adolescencia, manifestándose con dificultades para establecer relaciones interpersonales saludables y aumentar la posibilidad de afrontar conductas de riesgo, como el consumo en exceso de alcohol o drogas.[39]

Definición de hábito

Un hábito puede definirse como una conducta o costumbre adquirida mediante la repetición frecuente de una acción, lo que eventualmente provoca satisfacción. Al principio, se lleva a cabo de forma consciente, sin embargo, con el tiempo se automatiza y se realiza de forma inconsciente[2,5]

Estos hábitos pueden incluir actividades que favorecen la salud física, mental y social, como una buena alimentación, descanso adecuado y ejercicio. También pueden abarcar hábitos dañinos para la salud y el bienestar, como el consumo de drogas, alcohol y tabaco.[26] Los hábitos son acciones que tienen un propósito específico, como ofrecer placer, generar una sensación de seguridad o proporcionar estabilidad. Se pueden definir como una automatización o un estímulo aprendido que, a través de la práctica continua, puede convertirse en inconsciente e integrarse en la personalidad del individuo. Los hábitos incluyen componentes motores, sensoriales y centrales.[3]

Hábitos Orales Deletéreos

Algunos hábitos orales como la respiración nasal, la masticación, el habla y la deglución son reconocidos como fisiológicos.[2,5,26] Mientras que existen otros hábitos que no lo son como la respiración bucal, bruxismo, succión digital, succión labial, onicofagia, etc. Estos últimos también son llamados hábitos orales deletéreos o deformantes, son uno de las principales causantes de las maloclusiones, pueden modificar el desarrollo del sistema estomatognático, causando un desequilibrio muscular oral y perioral, lo cual desencadena en un deformación ósea. Si el hábito se presenta a una menor edad, será mayor la repercusión, debido a que a temprana edad los componentes óseos tienen mayor capacidad para moldearse.[5,26,39]

En la población infantil, los hábitos orales deletéreos son un problema de salud prevalente, se caracteriza por su origen multicausal.[15] En su desarrollo e instauración participan diversos factores, tanto de índole psicológica como características morfológicas propias del individuo. [2] Existen varios motivos por los cuales un niño puede adoptar un hábito oral, por ejemplo la inmadurez emocional, llamar la atención, modificaciones frecuentes en el entorno familiar, situaciones de estrés, frustración, cansancio, aburrimiento o también por simple satisfacción.[5,26] En el plano psicológico, existen dos teorías que pueden explicar la etiología de la succión digital: la teoría psicoanalítica y la teoría del aprendizaje. Se espera que a los 3 años, la mayoría de los niños hayan dejado de lado los hábitos orales no fisiológicos. Sin embargo, los niños superan esta edad y continúan con los hábitos; según la teoría psicoanalítica, indica una alteración psicológica ocasionada por la incapacidad del niño para afrontar el estrés. La teoría psicoanalítica considera algunos factores etiológicos de los hábitos orales deletéreos como los conflictos familiares, los celos, presión escolar, ansiedad y estrés. Por otro lado, la teoría del aprendizaje considera que esto es solo un hábito aprendido; propone que los hábitos de succión son una respuesta adaptativa.[40]

Tipos de hábitos orales deletéreos

Deglución atípica

Denominada interposición lingual, se describe como movimientos incorrectos de la lengua y otras estructuras durante la fase bucal faringolaríngea, resultado de la

persistencia del patrón de deglución infantil o visceral. A pesar de no existir un consenso sobre su etiología, existen algunas posibles causas: la succión no nutritiva, al uso de biberones, la respiración bucal, alteraciones del SNC, alteraciones anatómicas, etc.[41] A partir de los 6 años, estos hábitos (deglución atípica), pueden ocasionar una descompensación evidente en el desarrollo facial y dental.[42] La literatura menciona que hasta los 4 o 5 años los niños no han alcanzado el proceso madurativo de la deglución.[43]

Este tipo de hábitos puede aparecer en situaciones de estrés, frustración, cansancio o aburrimiento, así como ante la ausencia de atención por parte de los padres, conflictos en el ambiente familiar e inmadurez emocional del niño.[42]

Clasificación de la deglución atípica:

- Deglución con interposición labial: presencia de resalte anterior o vestibuloversión, el labio inferior se ubica en las caras palatinas de los dientes anterosuperiores. La mandíbula está adelantada para lograr el contacto labial. En la deglución la mandíbula se dirige hacia atrás para ocluir. Labio superior corto y más hipotónico, mientras que el inferior es más hipertónico.[41]

- Deglución con presión atípica de la lengua: lengua entre los incisivos, ocasionalmente entre premolares y molares. Hay contracción comisural, estrechando el arco a nivel de caninos y del músculo mentoniano.[41]

- Deglución con contracción comisural: se forman hoyuelos cerca de las comisuras al deglutir. Endognatia de los maxilares a nivel de caninos.

Factores de riesgo que pueden producir deglución atípica:

- Inmadurez orofacial: hábitos parafuncionales. Uso prolongado de biberón.

- Respiración bucal, frenillos linguales y/o labiales cortos.

- Amígdalas hipertróficas o inflamadas.

- Maloclusión Clase 2.

- Macroglosia (cretinismo).[41]

La pérdida prematura de los dientes temporales anteriores y la existencia de amplios espacios entre los incisivos hacen que el niño introduzca la lengua en dichas zonas, dando lugar al desarrollo del hábito de deglución con interposición lingual anterior. [42]

La literatura indica que la respiración bucal puede modificar la tonicidad y la movilidad de los labios, afectar la musculatura masticatoria —especialmente los maseteros—, comprometer la estabilidad mandibular, alterar la oclusión dentaria, interferir en el desarrollo transversal del paladar, dificultar la articulación del habla y modificar el tono del músculo buccinador, lo que puede favorecer la aparición de una deglución atípica.[43]

Succión digital

Es el acto de introducir uno o más dedos hacia la boca, frecuentemente es el pulgar. Considerado uno de los más prevalentes en la población infantil. Implica una contracción activa de los músculos periorales.[2,5,26] Este hábito puede empezar desde la vida intrauterina y mantenerse a medida que avance el desarrollo del infante, tratando de imitar o completar la ausencia de la lactancia normal o simplemente hacerlo por satisfacción.[26] Conforme el niño va creciendo esta frecuencia disminuye. Según la Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América, el niño puede realizar succión digital hasta los 4 años, sin obtener efectos nocivos en sus dientes. Sin embargo, este hábito debe interrumpirse, de lo contrario, puede provocar alteraciones de la oclusión permanente.[5] La succión digital también se relaciona con comportamientos de cansancio, desgano, evasión de la realidad, problemas en el entorno familiar, falta de amamantamiento, entre otros. En un entorno familiar disfuncional, el niño tiende a expresar estrés, ansiedad o frustración a través de la succión digital.[26]

Mordedura de objetos

Es el hábito de llevar objetos a la boca de forma repetida e inconsciente. Es más frecuente en niños que experimentan altos niveles de estrés o conflictos familiares, académicos o sociales. Esta conducta puede causar problemas dentales.[44] Durante

la infancia temprana, es normal que los niños exploren su entorno mediante la boca, usando los sentidos para conocer las características de los objetos. Sin embargo, con el tiempo, esta conducta puede volverse un hábito oral perjudicial, persistiendo en la adultez en formas como masticar lápices, goma de mascar o morderse las uñas, aunque no cumpla una función específica.[3]

Es posible observar cambios en la posición de los dientes incisivos: vestibularización, linguoversión o palatoversión. Dichos hábitos pueden llevar a problemas temporomandibulares secundarios debido a la tensión excesiva en los músculos masticatorios o a la disminución de la dimensión vertical, provocada por un desgaste excesivo o cambios en la oclusión.[44]

Onicofagia

Es la costumbre de morderse las uñas se presenta tanto en la población infantil como en la adulta. Se considera un hábito derivado de la transferencia de la succión digital. [2,5] Puede vincularse con la irritación, ansiedad y estrés.[2] Los niños con elevados niveles de tensión nerviosa suelen desarrollar este hábito con frecuencia, presentando en muchos casos un desequilibrio a nivel social y psicológico. Al convertirse un hábito compulsivo e incontrolado puede interpretarse como una manifestación de inmadurez emocional.[3]

Como consecuencia, los dientes pueden presentar desgaste y alteraciones en su posición.[26] A nivel de las uñas, el mordisqueo continuo genera micro traumas y heridas, logrando la inflamación del dedo, dolor y retraso en el crecimiento de la uña. En la ATM puede ocasionar disfunciones y trastornos.[2] Los pacientes bajo tratamiento ortodóncico con onicofagia pueden desencadenar reabsorción radicular.[26]

Mordedura de mucosa

También conocida como morsicatio buccarum, se describe como un hábito oral parafuncional en el que una persona muerde repetitivamente la mucosa yugal o los labios de forma crónica y compulsiva.[43] Debido a las constantes mordeduras, suelen aparecer lesiones blanquecinas esfaceladas, esto se produce debido al roce continuo de los dientes contra la mucosa. Se ubican principalmente en la mucosa yugal, los labios y el borde lateral de la lengua.[43,45]

Estas lesiones aparecen más comúnmente de manera bilateral en la mucosa, aunque también pueden presentarse en un solo lado, o afectar solo los labios o la lengua. A veces, se observan áreas engrosadas y blanquecinas junto con enrojecimiento, erosión o ulceración focal. La prevalencia de este hábito es mayor en personas que experimentan estrés o presentan alteraciones psicológicas. Frecuentemente en personas en situaciones de ansiedad.[43]

Respiración Bucal

Se refiere al hábito en el que una persona pasa la mayor parte del tiempo respirando por la boca. La lengua se encuentra en posición descendente, permitiendo el ingreso del aire. Con frecuencia, este hábito está vinculado al hábito de interposición labial y lingual.[26]

Dentro de las causas se encuentra la hipertrofia de amígdalas palatinas, desviación del tabique nasal, hipertrofia de cornetes, traumas nasales, rinitis alérgica, la posición al dormir, asma, bronquitis, el clima, etc.[2]

Un gran número de respiradores bucales han reportado habitualmente roncar por la noche. Un respirador bucal presenta somnolencia, se cansa fácilmente durante el transcurso del día, puede despertarse con cefalea. Dificulta la concentración en la escuela o en sus actividades cotidianas, lo cual está relacionado con una disminución en su rendimiento académico.[26]

La respiración nasal es un factor clave para el correcto desarrollo de la cavidad oral. A diferencia de quienes respiran por la nariz, las personas con respiración bucal tienen una probabilidad diez veces mayor de desarrollar una maloclusión. [26] La respiración bucal se relaciona con las deformaciones faciales. El flujo de aire a través de la cavidad oral puede incrementar la presión aérea intrabucal, lo que provoca una deformación y mayor profundidad del paladar. Al no circular el aire por los senos maxilares, estos se vuelven atrésicos, otorgando al paciente una apariencia de facie adenoidea o cara larga. Otras consecuencias a nivel orofacial son los perfiles esqueléticos de clase II o III, mordida abierta anterior, mordida cruzada anterior o posterior, labio superior corto, labio inferior evertido y proyección anterior de la cabeza, entre otras alteraciones. [2,47] Durante la respiración bucal los labios permanecen abiertos, se reduce la contracción de los músculos elevadores

de la mandíbula, se activa la musculatura perioral y la lengua adopta una posición más baja o anterior.[47]

Bruxismo

Alteración conductual que se produce durante el sueño, caracterizada por el apretamiento involuntario de los dientes, lo que ocasiona un desgaste progresivo en las superficies incisales y oclusales de las piezas dentarias. Dentro de las posibles causas están: los factores sistémicos, como la insuficiencia nutricional, desórdenes endocrinos y alergias, factores locales, como la maloclusión o dientes supernumerarios, y los factores psicológicos. Diversos autores concuerdan en atribuirle una etiología idiopática, vinculada a componentes psicogénicos, neuromusculares o ambientales, siendo los estados de ansiedad y estrés no controlados factores de gran influencia en su desarrollo. [26]

Clínicamente se puede observar: facetas de desgaste oclusales no funcionales, erosión de los dientes, fractura dental y restauraciones, hipertonicidad muscular con hipertrofia, mialgia de los músculos masticatorios y fatiga muscular, dolor, ruidos articulares, etc.[34]

Mecanismos psicológicos y emocionales que vinculan la ansiedad con los hábitos orales.

La relación entre factores psicológicos y el desarrollo de hábitos orales dañinos no está completamente comprobada en la literatura actual. Aunque algunos estudios sugieren que la ansiedad podría desarrollar un rol relevante en estos hábitos, no se ha identificado una base fisiológica sólida.[26] En situaciones de angustia emocional, muchos niños recurren a estos hábitos como un método de alivio para reducir tensiones y protegerse de sensaciones de inseguridad, falta de afecto o ansiedad. El control emocional está vinculado a necesidades biológicas, como mantener un equilibrio en el bienestar social y psicológico. Cuando este equilibrio se ve afectado, pueden surgir "mecanismos de escape", que se manifiestan en alteraciones emocionales, psicológicas o de comportamiento. En este contexto, ciertos hábitos pueden funcionar como una vía de escape para atender una necesidad emocional no resuelta.[3]

Para explicar el desarrollo de los hábitos orales, se han planteado teorías conductuales como la psicoanalítica y la del aprendizaje. Ambas coinciden en que ciertos estados naturales del desarrollo pueden promover los hábitos de succión sin fines nutritivos. La teoría psicoanalítica de Freud sugiere que estos hábitos brindan una estimulación placentera a la boca y los labios. En contraste, la teoría del aprendizaje plantea que la succión cumple una función adaptativa para el individuo.[26] A partir de los tres años, la mayoría de los niños dejan de presentar hábitos orales. Según la teoría psicoanalítica, cuando estos hábitos persisten, pueden reflejar un problema psicológico, derivado de la dificultad para lidiar con el estrés cotidiano. Entre los factores que contribuyen a estos hábitos se encuentran conflictos familiares, celos, presión académica, ansiedad y estrés. Por su parte, la teoría del aprendizaje de estos hábitos simplemente como comportamientos adquiridos. La succión digital, el bruxismo y hábitos posturales pueden surgir en niños con bajos niveles de resiliencia que, al enfrentar situaciones estresantes, utilizan estas conductas como formas de reducir su ansiedad, hallando en ellos una zona de seguridad.[30]

Por ello resulta importante hablar sobre la regulación emocional en la población infantil, ya que está relacionada íntimamente con los procesos de socialización, salud mental y de aprendizaje académico. Se define como el empleo de estrategias que buscan modificar el curso, duración, intensidad y expresión de diferentes experiencias emocionales. Es la manera de modular, controlar, incrementar o reducir la respuesta del individuo ante situaciones desencadenantes de emoción.[47]

Modelo de Regulación Emocional de Gross & Thompson

Es una actualización de la teoría propuesta por James Gross, uno de los pioneros en el estudio de la regulación emocional. Este modelo plantea que las estrategias para regular las emociones pueden diferenciarse según el momento en el que repercuten en el desarrollo de la respuesta emocional.[47,48] Se identifican dos grupos principales:

- Estrategias enfocadas en el antecedente: se aplican antes de que la reacción emocional se active.
- Estrategias enfocadas en la respuesta: se implementan después de ocasionar la respuesta emocional.

Entre las estrategias más destacadas se encuentra la reevaluación cognitiva (enfocada en el antecedente), cuyo objetivo es reducir el impacto emocional negativo antes de que ocurra, es considerada una estrategia más adaptativa. Por otro lado, la supresión de la expresión emocional (enfocada en la respuesta), cuya finalidad es reprimir el comportamiento posterior a la experiencia emocional ya experimentada. Se debe resaltar que una estrategia de regulación emocional no siempre será beneficiosa o perjudicial, pero el uso frecuente de algunas de ellas se asocia con resultados positivos tanto a nivel social como afectivo.[47]

Modelo de Regulación Emocional Socioemocional de Eisenberg y Spinrad

Este modelo resalta la influencia del contexto social en el proceso de regulación emocional. Plantean que la regulación emocional se logra a través de la interacción frecuente con el entorno. Por ejemplo, los niños aprenden estrategias de regulación emocional teniendo como modelo el manejo de las emociones que emplean los padres. Es decir, que dependerá de la calidad del entorno social la facilidad o dificultad para adquirir estrategias adaptativas.[49]

El control de las emociones comienza desde etapas muy tempranas del ser humano, y es influenciado por el entorno familiar, escolar y la sociedad. Para afrontar estas situaciones emocionales es imprescindible la formación de herramientas psicológicas. Cuando el proceso de regulación emocional no está desarrollado, se observan desequilibrios emocionales, psicológicos o de conducta.[34]

Los hábitos orales deletéreos son de origen multifactorial, mayormente son ocasionados por problemas psicológicos, situaciones de estrés, falta de atención, aburrimiento, problemas con el entorno familiar, entre otros. Estos hábitos pueden emplearse para afrontar alguna necesidad emocional del individuo, con el objetivo de proveer placer y seguridad. Los desórdenes emocionales guardan relación con dichos hábitos, sobre todo en su aparición y permanencia. Así mismo, la práctica de estos hábitos junto a las maloclusiones trae consigo la afectación psicológica de la persona. [31,49]

- Interposición de objetos y onicofagia: es común en niños con alta tensión nerviosa, es frecuente un desajuste social psicológico en ellos. Aparece con

la aparición de los dientes temporales, posterior a la lactancia, también puede ser la continuidad del hábito de succión, solo que se mantiene bajo una diferente forma.[49]

- Interposición lingual: es común en personas nerviosas, tensas con desajuste social y psicológico. La alteración de la deglución expresa inmadurez afectiva y dificultad de adaptación del individuo.[49]
- Succión digital: su aparición tardía y persistente se debe frecuentemente a frustraciones o conflictos psicológicos como el estrés, ansiedad, retraimiento, inseguridad, problemas con el entorno social o familiar entre otros. Sobre todo, en la etapa escolar, donde el niño constantemente está expuesto a conflictos emocionales, es más difícil que dicho hábito se elimine. Existen diversas teorías que explican la etiología de la succión digital, una de ellas expone la importancia de los problemas emocionales insuperables en la niñez, la falta de atención, los celos, la falta del calor maternal, etc. Todos ellos de los cuales el individuo busca escapar. [49]
- Bruxismo: su etiología es multifactorial con un componente psicogénico y neuromuscular, en los cuales influye los estados incontrolados de estrés y ansiedad. Diferentes estudios han demostrado que después de experimentar estrés emocional o físico, durante el sueño, la actividad del músculo masetero evidenció un incremento en estudios electromiográficos. Por otro lado, otra investigación expuso que, mediante el incremento de catecolaminas urinarias en pacientes con bruxismo nocturno, se evidenció un aumento de la actividad simpática, reflejando esto una respuesta al estrés.[49]

Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)

La SCAS es un instrumento de autoreporte diseñado para evaluar los niveles de ansiedad en niños y adolescentes, posibilitando tanto la detección como la medición de diversos trastornos ansiosos conforme a los criterios establecidos por el DSM-IV. Este instrumento ha demostrado ser válido y confiable, con una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.93 en varios estudios) y una buena validez convergente en comparación con otras escalas de ansiedad y depresión.[50] En el contexto peruano se han identificado diversos estudios que han utilizado esta escala en población infantil, lo cual evidencia su aplicabilidad y uso en este estudio.[51]

La escala consta de 38 ítems, organizados en 6 factores específicos de ansiedad: ataque de pánico/agorafobia, ansiedad de separación, fobia social, miedo al daño físico, trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad generalizada. Cada ítem se evalúa en una escala Likert de 4 puntos: 0 ("nunca"), 1 ("a veces"), 2 ("a menudo") y 3 ("siempre"). Además, incluye 6 ítems de relleno que no se califican, destinados a minimizar el sesgo de respuesta negativa. La puntuación total se calcula sumando los valores de cada ítem calificado; una puntuación más alta indica un mayor nivel de ansiedad.[50]

3.3 Definición de Términos

- Ansiedad: La ansiedad es una respuesta normal al estrés, y en niveles bajos puede ser útil al alertarnos sobre peligros y ayudarnos a concentrarnos. Cuando los niveles de ansiedad son elevados, se vuelve desadaptativa y puede tener graves repercusiones para quienes la experimentan.[34]
- Trastorno de Ansiedad: Se caracteriza por un miedo o ansiedad desmedidos. Se manifiesta a través de preocupaciones o nerviosismo causados por pensamientos persistentes y los síntomas físicos que surgen de ellos, lo que afecta el funcionamiento cotidiano.[8]
- Hábitos Orales Deletéreos: Son patrones de contracción muscular con el objetivo de proporcionar placer, seguridad y/o estabilidad. Son complejos y se aprenden a través de la repetición frecuente, de forma consciente o instintiva. Pueden interferir en el desarrollo del sistema estomatognático, provocando anomalías en la morfofisiología bucal. Son considerados uno de los factores contribuyentes de las maloclusiones.[3]
- Succión Digital: Consiste en introducir uno o varios dedos de la mano en la cavidad oral, apoyando generalmente la yema del dedo sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores.[2]
- Respiración Bucal: Es el hábito en el que una persona pasa la mayor parte del tiempo respirando por la boca. La lengua se encuentra en posición descendente, permitiendo el ingreso del aire.[26]
- Deglución Atípica: Movimientos incorrectos de la lengua y otras estructuras durante la fase bucal faringolaríngea, resultado de la persistencia del patrón de deglución infantil o visceral.[41]

- Bruxismo: Es un trastorno de la conducta nocturno, consiste en apretar los dientes de forma inconsciente ocasionando desgaste en los bordes incisales y caras oclusales de los dientes.[26]
- Onicofagia: Es el hábito de morderse las uñas.[2]
- Mordedura de mucosa: También conocida como morsicatio buccarum, se describe como un hábito oral parafuncional en el que una persona muerde repetitivamente la mucosa yugal o los labios de forma crónica y compulsiva.[43]
- Mordedura de objetos: Es el hábito de llevar objetos a la boca de forma repetida e inconsciente.[44]

3.4 Hipótesis

- Ha: Existe asociación entre hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.
- Ho: No existe asociación entre hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.

3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
NIVEL DE ANSIEDAD	Grado o magnitud de emoción frente a situaciones amenazantes que advierten un peligro inminente y predispone al individuo a tomar medidas para afrontar dicho peligro.	Ansiedad de separación Trastorno obsesivo-compulsivo Pánico Agorafobia Fobia social Ansiedad generalizada Miedo al daño físico	Spence Children's Anxiety Scale, (SCAS)	Ordinal	Normal Elevado Necesita atención
HÁBITOS ORALES DELETÉREOS	Repetición frecuente de una misma práctica que puede modificar la posición de los dientes, alterar la forma de las arcadas e interferir en su desarrollo normal y funcional	Succión digital Respiración bucal Deglución atípica Bruxismo Onicofagia Mordedura de mucosa	Ficha Clínica	Nominal	Presencia Ausencia
CO - VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
SEXO	Condición orgánica que distingue a un hombre de una mujer.	-	Fenotipo del individuo	Nominal	Femenino Maaculino
EDAD	Años cumplidos que tiene una persona desde la fecha de su nacimiento hasta la actualidad.	-	Años de vida	De Razón	8 años 9 años 10 años 11 años

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

Este estudio es de tipo observacional, analítico, de corte transversal y con un enfoque cuantitativo.

- Observacional: porque no se manipularon o modificaron las variables ni establecieron alguna relación de causalidad.
- Analítico: porque se buscó analizar la asociación entre la presencia de hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad.
- Transversal: porque las variables fueron medidas en un único momento del tiempo y no se realizó un seguimiento a los participantes.

4.2 Población y muestra

Población:

La población estuvo conformada por 155 estudiantes de primaria de 8 a 11 años de la I.E. Colegio Puruchuco 1263 – Ate.

Muestra:

Para la estimación del tamaño de muestra, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas. Considerando una población de 155 niños, un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 8% y una proporción esperada de 0,25 se obtuvo un tamaño de muestra teórico de 66 participantes.

n = tamaño de muestra
N = tamaño de la población = 155
Z= nivel de confianza (95% = 1.96)
p= prevalencia del fenómeno en estudio = 0,25
q= complemento p
d= nivel de precisión = 0,08

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N-1)d^2 + Z^2pq}$$

$$n = \frac{155 \times (1{,}96^2) \times 0.25 \times 0.75}{(0.08^2)(155-1) + (3.8416 \times 0.1875)}$$

$$n = \frac{111.64}{1.7059}$$

$$n = 65.4$$

n= 66 participantes

Sin embargo, la selección de los participantes se realizó mediante el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, esto permitió seleccionar tomando en cuenta solo a aquellos niños que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron participar en el estudio.

La muestra final estuvo conformada por 59 niños de entre los 8 y 11 años de la I.E. Colegio Puruchuco 1263 durante el año 2025.

Criterios de Inclusión

- Niños entre 8 y 11 años.
- Niños que acudan regularmente al colegio.
- Niños que presenten o no hábitos orales deletéreos.
- Niños que hayan firmado el asentimiento informado
- Niños cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.
- Niños que llenen la encuesta correctamente.

Criterios de Exclusión

- Niños con alguna discapacidad cognitiva que pueda interferir con la comprensión y desarrollo de la encuesta.
- Niños con enfermedades sistémicas o condiciones neurológicas que puedan interferir con la evaluación de la ansiedad o la presencia de los hábitos orales deletéreos.
- Niños que presentan alguna deformidad orofacial que pueda interferir durante el examen clínico.

4.3 Procedimientos y técnica

Inicialmente se informó a la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos sobre la ejecución del estudio a fin de obtener una carta de presentación, que fue presentada a la institución educativa.

Primero se solicitó la autorización al director de la institución educativa, posterior a ello se coordinó con los profesores, en compañía de la subdirectora, las fechas y horarios de visita a la institución, así como la asignación del espacio a utilizar. Previamente, se estableció un diálogo con los docentes para explicarles el motivo de la investigación y su finalidad.

Esta investigación respetó los principios éticos de confidencialidad y bienestar de los participantes. Se enviaron los consentimientos informados a los padres o tutores legales, explicándoles de forma clara el desarrollo del proyecto, su finalidad y objetivos. Previamente a la recolección de datos, se obtuvo el asentimiento informado de cada participante con el objetivo de respetar la voluntariedad del mismo. Además se respetó la anonimidad de la información obtenida, cuyo uso fue solo con fines académicos.

Una vez se obtuvieron los permisos necesarios se hizo la selección de los niños que cumplan con los criterios de inclusión. El instrumento fue aplicado en la biblioteca del colegio y en algunos salones indicados. La encuesta fue respondida por los participantes de forma individual, evitando la presencia de terceras personas que puedan influir en sus respuestas. Previo a la aplicación del instrumento se dieron las mismas indicaciones a todos los participantes para garantizar la uniformidad de la prueba.

Para la medición de la ansiedad, el método indicado fue el cuestionario: Escala de Ansiedad para Niños de Spence la versión en español. El cuestionario constó de 38 ítems, estructurados para medir los 7 trastornos de ansiedad según el DSM-IV: ansiedad de separación, trastorno obsesivo- compulsivo, pánico, agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada y miedo al daño físico. Cada trastorno es medido con 6 ítems. Cuenta con otros 6 ítems más de relleno que no son calificados y buscan disminuir el impacto del sesgo negativo. Se caracteriza por ser de fácil aplicación y normalmente tiene una duración de 10 minutos para responder a las preguntas. Presenta cuatro opciones tipo Likert: nunca “0”, a veces “1”, muchas veces “2” y

siempre “3”. La puntuación máxima es 114, los valores para determinar el nivel de ansiedad en niños son diferente que en niñas. La “ansiedad normal” en niños es de 0 - 39 puntos y en niñas es de 0 - 49 puntos, la “ansiedad elevada” en niños 40- 50 y en niñas 50- 58, por último la “necesidad de atención” en niños > 50 y en niñas es > 58 puntos.[25]

Previo a la recolección de datos, se realizó una calibración con el especialista en ortodoncia Leoncio Menéndez Méndez, con el fin de estandarizar los criterios de evaluación de los hábitos orales deletéreos. Durante el examen clínico extraoral e intraoral se empleó una ficha clínica para el registro de los siguientes hábitos: succión digital, respiración bucal, deglución atípica, bruxismo, onicofagia y mordedura de mucosa y mordedura de objetos. El examen clínico fue realizado con el niño sentado frente al operador. Se preparó una mesa de trabajo con campos de protección, guantes de látex, espejos bucales y pinzas esterilizadas.

La onicofagia se evaluó mediante la observación de los dedos de las manos, confirmando la presencia de uñas mordidas. La deglución atípica se determinó evaluando el movimiento y la posición de la lengua durante la deglución de la saliva. La mordedura de mucosa se examinó a nivel de los carrillos y labios, buscando lesiones eritematosas y traumatizadas. La succión digital se determinó por la presencia de dedos arrugados, callosidades, enrojecimiento periungueal y posición típica de dientes anteriores. Se evaluó la respiración bucal, solicitando al niño que cierre los ojos, con una pinza se le colocó un trozo de algodón debajo de la nariz y luego cerca a la boca, el movimiento por la exhalación permitió identificar el tipo de respiración, adicionalmente, se utilizó un espejo bucal, identificando si se empañaba. El bruxismo se evaluó mediante la observación de las superficies incisales y cuspídeas de las piezas dentarias, complementada con la palpación de la ATM y los músculos de apertura y cierre bucal. Por último, la mordedura de objetos se evaluó solicitando al niño mostrar el contenido de su cartuchera, verificando si sus útiles presentaban mordeduras y observando si mordían sus lapiceros durante el llenado del cuestionario.

Validez y confiabilidad de instrumentos

La SCAS es un instrumento confiable y ampliamente validado para la evaluación de ansiedad infantil aplicado en diferentes poblaciones. Estudios han demostrado que la escala tiene una adecuada validez de constructo y una alta consistencia interna, siendo esta superior a 0.80 según alfa de Cronbach. Además presenta una adecuada validez convergente, ya que al comparar la SCAS con otras que también miden la ansiedad como STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children), ha demostrado una correlación significativa entre ambas. [48,49] Además ha demostrado una adecuada validez y confiabilidad en población peruana. La validez de contenido fue evaluado mediante juicio de expertos obteniendo coeficiente V de Aiken superiores a 0,75. En cuanto a la confiabilidad , se reportaron coeficientes Alfa de Cronbach de 0,814 y omega de McDonald del 0,891, lo cual evidencia una adecuada consistencia interna.[51,53]

La ficha clínica utilizada para la recolección de datos sobre los hábitos orales deletéreos fue sometida a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos. Se contó con la participación de tres profesionales especialistas en ortodoncia. Cada experto evaluó los ítems del instrumento considerando 3 criterios: claridad, pertinencia y relevancia, cuyos formatos de evaluación se encuentran en el Anexo 10. Para cuantificar el nivel de acuerdo entre los jueces, se calculó el coeficiente de Aiken, cuyos resultados se detallan en el Anexo 11.[54] Se obtuvo un valor de 1.00 para todos los ítems en cada criterio, lo cual indica un acuerdo unánime y una validez de contenido óptima, interpretado según los criterios de Escurra (1988). [55]

Calibración del evaluador

Previo a la recolección de datos, se realizó la calibración del evaluador con el objetivo de garantizar la confiabilidad en la identificación y registro de los hábitos orales deletéreos mediante la ficha clínica. Se efectuó una calibración interevaluador entre la tesista y un especialista en el área, así como una calibración intraevaluador.

Para evaluar la concordancia se utilizó el coeficiente Kappa, interpretado según la escala de Landis y Koch (1977).[56] En la calibración interevaluador, los valores de Kappa oscilaron entre 0,615 y 1,000, evidenciando niveles de concordancia sustancial a casi perfecta. De manera similar, la calibración intraevaluador mostró

valores entre 0,615 y 1,000, lo que indica una adecuada reproducibilidad de las observaciones clínicas. Los coeficientes Kappa promedio evidenciaron una alta concordancia , tanto interevaluador como interevaluador de 0,869 (anexo 9). Esto indica una confiabilidad muy buena. Estos resultados garantizan la confiabilidad del instrumento utilizado en el presente estudio.

4.4 Procesamiento de datos

Se creó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2013. Posteriormente se realizó el procesamiento de datos y el análisis estadístico correspondiente, los cuales fueron tabulados e interpretados por medio del programa IBM SPSS Statistics 25 (Statistical Package for the Social Sciences).

4.5 Análisis de resultado

En la presentación de los datos se utilizó estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para determinar la prevalencia de los hábitos orales y el nivel de ansiedad. Además se aplicó estadística inferencial para determinar si existe una asociación significativa entre los hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad, mediante la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0.05$).

4.6 Consideraciones Éticas

Esta investigación garantizó la confidencialidad y anonimización de los datos recolectados, por ello se le asignó a cada participante un código alfanumérico. Se respetó los principios éticos y el bienestar de los participantes. Al ser un estudio en seres humanos, el proyecto de investigación, para su ejecución, contó con la aprobación de un Comité de Ética N°063-CEI-FO-2025 (Anexo 3). La información recolectada fue utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.

V. RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se utilizaron las tablas de frecuencia univariadas para la descripción de variables sociodemográficas, los hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad, acompañadas de gráficos de barras simples.. Asimismo, se utilizó tabla de frecuencia bivariadas para analizar la distribución y asociación entre los hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad.

Tabla 1. Distribución de los niños según edad y sexo (N=59)

	n	%
Edad		
8 años	4	6,8
9 años	4	6,8
10 años	27	45,8
11 años	24	40,7
Sexo		
Masculino	26	44,1
Femenino	33	55,9

La Tabla 1 muestra la distribución de la muestra según edad y sexo. Se observa que la mayor proporción de niños de 10 años representa el 45,8% (n=27), seguida de los niños de 11 años con 40,7% (n=24). En menor proporción se encontraron los niños de 8 y 9 años, ambos con 6,8% (n=4). En relación al sexo, hubo predominancia del sexo femenino con un 55,9% (n=33), mientras que la el sexo masculino obtuvo el 44,1% (n=26).

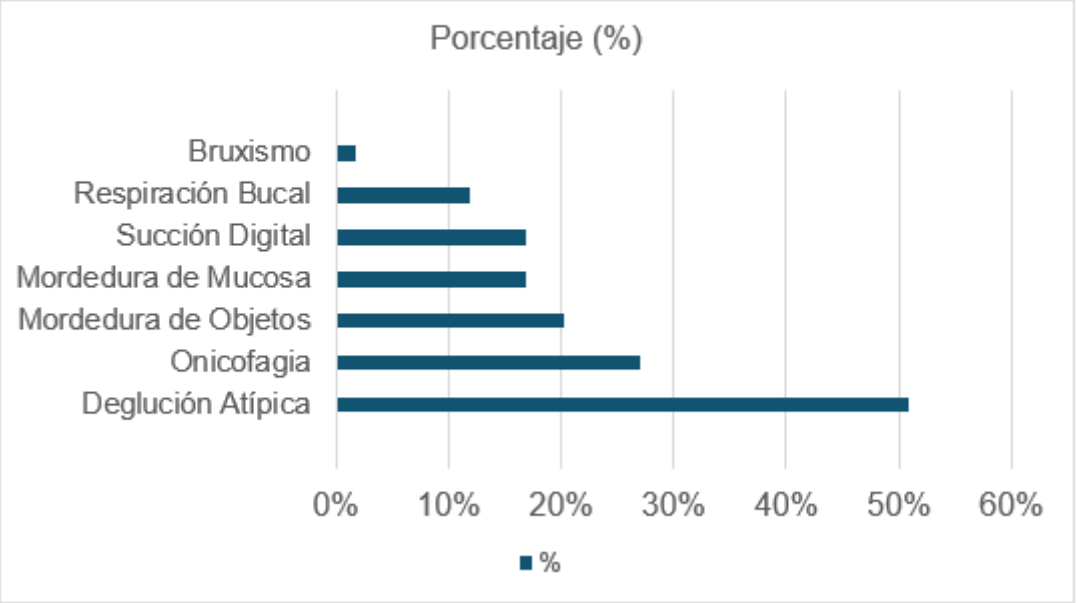
Tabla 2. Prevalencia de Hábitos Orales Deletéreos (N=59)

Hábito Oral Deletéreo	n	%
Deglución Atípica	30	50,8%
Onicofagia	16	27,1%
Mordedura de Objetos	12	20,3%
Mordedura de Mucosa	10	16,9%
Succión Digital	10	16,9%
Respiración Bucal	7	11,9%
Bruxismo	1	1,7%

Del total de escolares evaluados, el 71% (n = 42) presentó al menos un hábito oral deletéreo, mientras que el 19% (n = 17) no presentó ninguno.

La Tabla 2 muestra la prevalencia de los hábitos orales deletéreos presentes en los niños evaluados. El hábito con mayor predominio fue la deglución atípica, presente en el 50,8% (n=30) de los participantes. En segundo lugar se encontró la onicofagia con 27,1% (n=16). Se observaron otros hábitos como la mordedura de objetos con el 20,3% (n=12), Tanto la mordedura de mucosa como la succión digital obtuvieron una prevalencia del 16,9% (n=10) y en menor proporción se observó la respiración bucal con el 11,9% (n=7). El hábito menos frecuente fue el bruxismo con 1,7% (n=1).

Gráfico 1. Prevalencia de Hábitos Orales Deletéreos



El Gráfico 1 evidencia que la deglución atípica y la onicofagia fueron los hábitos orales deletéreos más prevalentes en la población estudiada, mientras que el bruxismo mostró una presencia mínima.

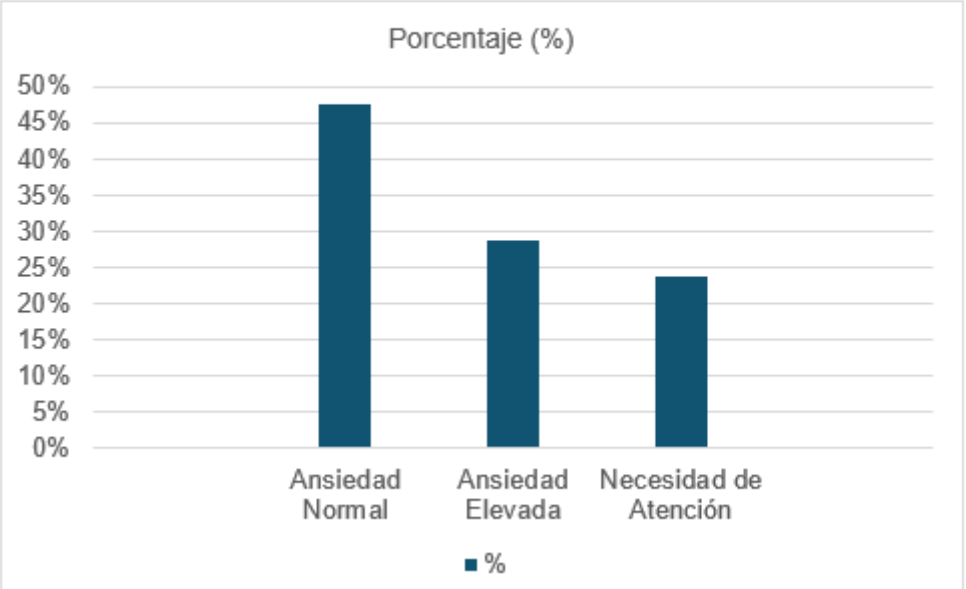
Tabla 3. Nivel de Ansiedad según categorías

Nivel de Ansiedad	**n**	**%**
Ansiedad Normal	28	47,5%
Ansiedad Elevada	17	28,8%
Necesidad de Atención	14	23,7%
Total	59	100,0%

La Tabla 3 muestra la distribución de los niños según el nivel de ansiedad. La categoría más frecuente fue la de Ansiedad Normal con un 47,5% (n=28) de los participantes. En segundo lugar el 28,8% (n=17) de los niños presentaron una ansiedad elevada, mientras que la categoría de necesidad de atención obtuvo un

23,7% (n=14). Esto evidencia un grupo considerable de niños con niveles de ansiedad que requieren seguimiento o intervención.

Gráfico 2. Nivel de Ansiedad según categorías



El Gráfico 2 evidencia que casi la mitad de los participantes presentan un nivel de ansiedad normal. Sin embargo, se observa que más de la mitad de los niños (52,5%) presenta ansiedad elevada o necesidad de atención.

Tabla 4. Distribución del Nivel de Ansiedad según Hábitos Orales Deletéreos

Hábito Oral Deletéreo	Ansiedad Normal n (%)	Ansiedad Elevada n (%)	Necesita Atención n %)
Onicofagia	8 (50%)	4 (25%)	4 (25%)
Deglución Atípica	13 (43,3%)	8 (26,7%)	9 (30%)
Mordedura de Mucosa	3 (30%)	3 (30%)	4 (40%)
Succión Digital	3 (30%)	3 (30%)	4 (40%)
Respiración Bucal	3 (42,9%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)
Mordedura de Objetos	4 (33,3%)	4 (33,3%)	4 (33,3%)
Bruxismo	0	1 (100%)	0

La Tabla 4 muestra la distribución del nivel de ansiedad según los hábitos orales deletéreos . Se observa que la onicofagia estuvo presente tanto en niños con

ansiedad normal (50%), como en aquellos con ansiedad elevada (25%) y que necesitan atención (25%).

En el caso de la deglución atípica, predominó la ansiedad normal (43,3%), seguido por los niños con necesidad de atención (30%) y ansiedad elevada (26,7%).

Para los hábitos de succión digital y mordedura de mucosa se observaron distribuciones similares, con mayor frecuencia en los niveles de ansiedad elevada y que necesitan atención (40% cada uno), mientras que el 30% correspondió a ansiedad normal.

La respiración bucal se observó en mayor proporción en participantes con ansiedad normal (42,9%), seguido de aquellos que necesitan atención (42,9%) y una menor frecuencia de ansiedad elevada (14,3%).

Respecto a mordedura de mucosa, se presentó una prevalencia uniforme de participantes con ansiedad normal, elevada y con necesidad de atención, cada uno con 33,3%.

Por último, el bruxismo se presentó únicamente en niños con ansiedad elevada, sin registrar casos en otros niveles.

Tabla 5. Distribución de los niños según la presencia de hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad

Hábitos Orales Deletéreos	Ansiedad Normal n (%)	Ansiedad Elevada / Necesita de Atención n (%)	Total
Presente	18 (42,9%)	24 (57,1%)	42 (100%)
Ausente	10 (58,8%)	7 (41,2%)	17 (100%)
Total	28	31	59 (100%)

La Tabla 5 muestra la distribución de los niños según la presencia de hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad. Se evidencia que de los 42 niños con hábitos presentes, el 42,9% (n=18) presentó una ansiedad normal, mientras que el 57,1% (n=24) presentó ansiedad elevada o necesidad de atención. En contraste con los niños que no presentaron hábitos, el 58,8% (n=10) presentó ansiedad normal, mientras que el 41,2% (n=7) presentó ansiedad elevada o necesidad de atención.

Tabla 6. Asociación entre Hábitos Orales Deletéreos y Nivel de Ansiedad en niños de 8 a 11 años

Variables	χ2	gl	p
Presencia de Hábitos Orales Deletéreos vs Nivel de Ansiedad	1,237	1	0,266

Según la prueba Chi-cuadrado (tabla 6), se obtuvo un valor del χ2 = 1,237, con 1 grado de libertad y y un valor p = 0,266. Debido a que el p valor es mayor a 0,05 no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad en la población evaluada.

Tabla 7. Asociación entre cada Hábito Oral Deletéreo y Nivel de Ansiedad

Hábito Oral	Prueba	χ2	gl	p
Onicofagia	χ2 de Pearson	0,057	1	0,811
Deglución Atípica	χ2 de Pearson	0,416	1	0,519
Mordedura de Mucosa	Fisher			0,306
Succión Digital	Fisher			0,306
Respiración Bucal	Fisher			1,000
Mordedura de Objetos	χ2 de Pearson	1,205	1	0,272

La Tabla 7 muestra la asociación entre cada hábito oral deletéreo y el nivel de ansiedad. El análisis estadístico, realizado mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher según correspondió, no evidenció asociaciones estadísticamente significativas entre los hábitos evaluados y el nivel de ansiedad. En el caso de la onicofagia ($\chi^2 = 0,057$; $p = 0,811$), deglución atípica ($\chi^2 = 0,416$; $p = 0,519$) y mordedura de objetos ($\chi^2 = 1,205$; $p = 0,272$), no se observó relación significativa. Asimismo, los hábitos evaluados mediante la prueba exacta de Fisher —mordedura de mucosa ($p = 0,306$), succión digital ($p = 0,306$) y respiración bucal ($p = 1,000$)— tampoco mostraron asociación significativa con el nivel de ansiedad.

VI. DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la asociación entre los hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una institución educativa pública. Los resultados obtenidos evidenciaron que no existe una asociación significativa entre dichas variables de la población estudiada. Sin embargo, al realizar un análisis de potencia estadística post hoc, considerando un tamaño de efecto moderado (w = 0,3), un nivel de significancia de 0,05 y un tamaño muestral de 59 participantes, se obtuvo una potencia estadística de 0,53, lo que indica una baja capacidad para detectar asociaciones estadísticamente significativas. Debido a ello, la ausencia de asociación podría estar influenciada por el tamaño muestral, sugiriendo la posibilidad de un error tipo II. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Rabanal K., quien realizó un estudio en una población similar de 102 estudiantes de 8 a 11 años en el Perú, donde tampoco se halló una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y los hábitos bucales no fisiológicos. [31] De igual manera, el estudio presentado por Silva L., quien evaluó 199 escolares de 6 a 14 años, no evidenció asociación significativa entre la presencia de hábitos orales y la ansiedad (p = 0,9394).[46]

No obstante, estos resultados difieren a los encontrados en el estudio de Leme M. et al (2014), quien a evaluó la asociación entre factores psicológicos y la presencia de hábitos orales perjudiciales en niños y adolescentes 147 estudiantes de 8 a 14 años, halló asociación significativa entre los síntomas de ansiedad y la presencia de hábitos orales deletéreos.[26] Otro estudio de Almutairi A. et al. quien evaluó una muestra de 1263 hombres y mujeres saudíes mayores de 18 años, evidenció una relación significativamente positiva entre la gravedad de los niveles de ansiedad y morderse las uñas, rechinar los dientes, apretarlos y morderse los labios/objetos.[27]

Las discrepancias entre los resultados podrían atribuirse a diferencias en la edad y al tamaño de la muestra. En particular, el estudio que incluyó población adulta presenta diferencias sustanciales respecto a la población infantil evaluada en el presente estudio, ya que en los adultos los niveles de ansiedad pueden verse influenciados por factores psicológicos, sociales y laborales, distintos a los observados en los niños.

De igual manera, otro factor relevante corresponde a las diferencias metodológicas, dado que uno de los estudios empleó un instrumento más amplio y específico para evaluar los síntomas ansiedad, además de utilizar entrevistas estructuradas y exámenes clínicos para la evaluación de los hábitos orales deletéreos, a diferencia de otros estudios que se basaron solo en exámenes clínicos o cuestionarios dirigidos a los padres.

La frecuencia de hábitos orales deletéreos hallada en este estudio fue alta con un 71,2% del total de la muestra, destacando la deglución atípica (50,8%) y onicofagia (27,1%). Este porcentaje elevado coincide con el trabajo realizado por Rabanal et al., quienes reportaron que el 93,1% de niños presentaron hábitos bucales no fisiológicos, siendo la onicofagia la más frecuente (63,7%), seguida de la deglución atípica (30,4%). De igual manera, el estudio de Leme et al., halló una prevalencia del 74,2% de niños con hábitos orales, identificando como hábito más frecuente a la onicofagia (58,7%), seguido por la succión o mordedura labial (42,2%).[26] Asimismo, el artículo de Parra et al. evidenció datos similares, reportando que en la población peruana el hábito con mayor prevalencia fue la deglución atípica, con 19,48%.[2] En el estudio de Zárate, se halló a la onicofagia como hábito más prevalente (41.2%), seguido a ello el hábito de la interposición labial (29.4%), por otro lado el hábito de deglución atípica presentó una frecuencia del 14.1%.[13]

La literatura describe un fenómeno de transferencia de hábitos a lo largo del desarrollo, donde ciertos hábitos como la succión digital o el uso de chupete tienden a disminuir con la edad, siendo reemplazados progresivamente por hábitos como la onicofagia o la mordedura de labios u objetos. La literatura señala que a partir de los 10 años la prevalencia de onicofagia aumenta, lo cual podría explicar la elevada frecuencia de este hábito observada en la muestra del presente estudio, conformada por niños en etapa escolar.[26,28]

La elevada frecuencia de deglución atípica observada podría explicarse por diversos factores descritos en la literatura, como la falta de madurez orofacial, la persistencia de hábitos perniciosos o parafunciones, así como el uso prolongado del biberón o la succión de objetos. Asimismo, se ha señalado que la respiración bucal, la presencia de frenillos linguales o labiales cortos favorecen la interposición lingual durante la deglución, contribuyendo al desarrollo de este hábito.[42] Por otro lado, también se

menciona que la pérdida prematura de los dientes temporales anteriores y presencia de diastemas interincisales grandes pueden motivar al niño la colocación de la lengua en dichos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior. De igual manera, existen estadios durante la transición entre la dentición primaria y la dentición mixta, donde se observa que debido a la pérdida del grupo incisivo se produce un espacio que permite de forma temporal la interposición lingual, la cual se caracteriza por una duración muy breve, sin efectos adversos y sin necesidad de tratamiento.[57]

Otros estudios obtuvieron resultados que difieren con lo hallado en el presente estudio. Silva et al. encontró una alta prevalencia de hábitos (71,4%), resaltando la mordedura de objetos, la succión labial y la mordedura de labios.[46] De igual forma, el estudio de Almutairi reportó varios hábitos parafuncionales, destacando el masticar chicle a diario (86%) y morderse los labios/objetos (59%).[27] Esta discrepancia se puede explicar por la diferencia de edad de la muestra evaluada en dichos estudios, así como los instrumentos empleados para recolectar la información; en algunos casos solo se realizó una evaluación clínica, mientras que en otros se complementó con un cuestionario dirigido hacia los padres. Estas diferencias refuerzan la importancia de considerar las características etarias y metodológicas de cada estudio al interpretar la prevalencia de hábitos orales deletéreos, evitando comparaciones directas sin tener en cuenta el contexto de la población evaluada.

En el presente estudio, la muestra se caracterizó por presentar mayormente una ansiedad normal (47,5%). Sin embargo, la muestra restante (52,5%) evidenció un grupo considerable de niños con niveles de ansiedad elevada o con necesidad de atención.

Estos hallazgos difieren de lo reportado por Rabanal et al., quienes encontraron que el 71% de los niños presentó ansiedad normal y solo el 28,4% niveles elevados o con necesidad de atención.[31] De manera similar, Almutairi et al. reportaron predominancia de ansiedad leve (84%). [27] Por su parte, Silva et al. evidenció una prevalencia de ansiedad baja en el 19,6% de los niños evaluados, destacando el sexo femenino.[46]

Aunque el presente estudio no tuvo como objetivo analizar la relación entre el sexo y los niveles de ansiedad, diversos autores han señalado una mayor prevalencia de ansiedad en el sexo femenino. Entre las posibles explicaciones se mencionan factores psicosociales, como una mayor apertura emocional y presiones relacionadas con la imagen corporal, así como factores biológicos asociados a cambios hormonales. Sin embargo, estas explicaciones corresponden a hipótesis teóricas y no a asociaciones causales demostradas en la población evaluada.[26]

La variabilidad en los niveles de ansiedad observada en la muestra podría influir en la ausencia de asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y hábitos orales deletéreos hallada en el presente estudio, especialmente considerando que la mayoría de los niños no presentó niveles clínicamente severos.

Este estudio presentó algunas limitaciones, principalmente relacionadas con el tamaño muestral. Inicialmente se proyectó abarcar una mayor número de participantes, sin embargo, la muestra final estuvo condicionada por la disponibilidad del consentimiento informado de los padres de familia. Asimismo, la distribución de la muestra de acuerdo a la edad no fue proporcional, por ello no fue factible realizar análisis estratificados según esta covariable.

Para futuras investigaciones es conveniente abarcar muestras más amplias y con grupos etarios similares. Asimismo, podría plantearse la diferenciación según el tipo de dentición (mixta y permanente); con la finalidad de tener grupos más homogéneos. De igual manera, para una mejor identificación de hábitos orales deletéreos se sugiere recolectar los datos tanto por medio de los cuestionarios dirigidos hacia los padres, como el examen clínico extra e intraoral en cada niño.

Aunque no se evidenció asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad y hábitos orales deletéreos; la elevada prevalencia y coexistencia de ambos fenómenos en la población infantil sugiere la necesidad de un abordaje interdisciplinario. Resulta fundamental implementar estrategias preventivas tempranas orientadas a la educación de padres y docentes, así como la detección oportuna de conductas parafuncionales en edad escolar. Esto nos permite actuar a nivel primario, favoreciendo un adecuado desarrollo de las estructuras orofaciales del niño.

Aunque no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre las variables, la literatura ha descrito posibles vínculos entre la ansiedad y los hábitos orales deletéreos. Sin embargo, esta relación debe interpretarse con cautela, ya que podría responder a un enfoque bidireccional: por un lado, ciertos hábitos podrían actuar como mecanismos de afrontamiento frente a estados de ansiedad; por otro, la presencia persistente de estos hábitos podría generar o intensificar malestar emocional en el niño. En ese sentido, debido a la naturaleza del estudio, no es posible establecer relaciones de causalidad, limitándose los hallazgos a evidenciar únicamente la coexistencia de ambas variables.

En conclusión, a pesar de no encontrar un asociación significativa entre los hábitos orales deletéreos y los niveles de ansiedad en la población evaluada, la elevada prevalencia de ambos fenómenos resalta la importancia de continuar investigando esta relación mediante estudios con muestras mayores y diseños longitudinales que permitan una mejor comprensión de los factores implicados.

VII. CONCLUSIONES

- No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre los hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de la institución educativa pública evaluada en el año 2025
- La población evaluada presentó una elevada prevalencia de hábitos orales deletéreos, siendo la deglución atípica y la onicofagia las más frecuentes..
- Se observó que una población considerable de la muestra presentó niveles de ansiedad elevado o con necesidad de atención, aunque predominó el nivel de ansiedad normal.
- Si bien no existe relación entre las variables estudiadas, la coexistencia de hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en etapa escolar resalta la importancia de su evaluación integral en el ámbito odontopediátrico.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda ampliar el tamaño de la muestra en futuras investigaciones, a fin de obtener mayor representatividad y fortalecer la precisión de los resultados.
- Se sugiere considerar una distribución etaria proporcional que permita analizar la prevalencia de los hábitos orales deletéreos según grupos de edad.
- Se recomienda replicar el estudio en poblaciones diferenciadas según el tipo de dentición (mixta y permanente), con el objetivo de comparar posibles variaciones entre grupos más homogéneos.
- Sería pertinente desarrollar investigaciones que evalúen la relación entre frecuencia, duración e intensidad de los hábitos orales deletéreos y su posible asociación con el desarrollo de maloclusiones..
- Se sugiere emplear instrumentos de evaluación que integren tanto el reporte de los padres de familia como el examen clínico intra y extraoral, con la finalidad de mejorar la identificación de hábitos orales deletéreos..
- Asimismo, se recomienda explorar en futuras investigaciones la posible relación entre la deglución atípica y la respiración bucal, considerando lo señalado en la literatura revisada.
- Es importante considerar para futuros estudios la inclusión de variables académicas y socio-familiares, como el entorno escolar, eventos estresantes y carga académica, con la finalidad de obtener una evaluación integral de los factores asociados a la ansiedad infantil.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Cenzato N, Nobili A, Maspero C. Prevalence of dental malocclusions in different geographical areas: scoping review. Dent J (Basel). 2021;9(10):117. doi:10.3390/dj9100117.
2. Parra SS, Zambrano AG. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: revisión sistemática. Int J Odontostomat. 2018;12(2):188-93. doi:10.4067/S0718-381X2018000200188.
3. Pacheco PM, Hernández AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. Oral. 2019;20(62):1698-704. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2019/ora1962h.pdf
4. Gyra GG, Kumar VS, Janakiram C. Prevalence of oral deleterious habits among children: a systematic review and meta-analysis. J Oral Biol Craniofac Res. 2025;15(6):1539-62. doi: 10.1016/j.jobcr.2025.09.004.
5. Malpica LM, Silva G, Zabala I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños entre 6 y 11 años. Rev. Propagaleno. 2010;2(3):164 -174. Disponible en: https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/128/0
6. Villanueva F, Terrones N. Relación entre maloclusión y hábitos orales en niños de 7 a 12 años en la institución educativa primaria 82028 Samana Cruz, Cajamarca, 2022. [tesis de bachiller].Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2023.
7. Bardales, MF. Factores asociados a la presencia de hábitos bucales deletéreos en niños de 5 a 11 años en una población del norte peruano. [tesis de bachiller].Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022.
8. American Psychiatric Association. What are Anxiety Disorders? [Internet]. Arlington (VA): American Psychiatric Association; [citado 27 feb 2026]. Disponible en: https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders#section 0
9. Pan American Health Organization. Noncommunicable diseases and mental health data portal [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2024 [citado 23 feb 2026]. Disponible en:

https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-2
10. Ministerio de Salud (MINSA). Minsa pone la lupa en la ansiedad [Internet]. Lima: El Peruano; 2022 Sep 18 [citado 24 feb 2026]. Disponible en: https://elperuano.pe/noticia/192010-minsa-pone-la-lupa-en-la-ansiedad
11. Seguro Social de Salud (EsSalud). EsSalud advierte incremento de casos de de fobia social, estrés y ansiedad en niños y adolescentes [Internet]. Lima:EsSalud; 2026 Feb 8 [citado 24 feb 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/1349604-essalud-advierte-incremento-de-casos-de-fobia-social-estres-y-ansiedad-en-ninos-y-adolescentes
12. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: a systematic review. Dental Press J Orthod. 2018;23(6):40.e1-40.e10. doi: 10.1590/2177-6709.23.6.40.e1-10.onl.
13. Zarate RG. Hábitos bucales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. N° 70621, “20 de Enero”. [tesis de bachiller]. Juliaca: Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2021.
14. Illescas M, Soto L. Hábitos bucales lesivos en estudiantes de 4 a 15 años, en Cuenca, Ecuador. Invest. Medicoquir. 2020;12(2). Disponible en: https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/602
15. Zapata MJ. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores. [tesis de bachiller]. Lima: Universidad San Martin de Porres; 2013.
16. Trocones AE. Asociación entre hábitos orales y la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7 - 12 años. [tesis de bachiller]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
17. Mendizábal GR. Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al Servicio de Odontología Pediátrica del Centro Médico Naval. [tesis de bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
18. World Health Organization. Anxiety disorders: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 25 feb 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders
19. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. Geneva: WHO;

2022 Mar 2 [citado 25 feb 2026]. Disponible en:: https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide

20. Pan American Health Organization (PAHO). Noncommunicable diseases and mental health data portal [Internet]. Washington, DC: PAHO; [citado 26 feb 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-2
21. Chacón E, Xatruch D, Fernández M, Murillo R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Rev Cúpula [Internet]. 2021;35(1):23-36. Disponible en: https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf
22. Ministerio de Salud (MINSA). Salud mental: ¿cómo detectar y superar la ansiedad? [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2023 Feb 5 [citado 24 feb 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad
23. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Informe estadístico del tercer bimestre: indicadores hospitalarios [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”; 2012 [citado 24 feb 2026]. Disponible en: http://www.insm.gob.pe/oficinas/estadistica/archivos/informesestadisticos/IE2012-III.pdf
24. Jiménez J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Odontol Sanmarquina. 2017;19(2):41. doi:10.15381/os.v19i2.12917
25. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. Behav Res Ther [Internet]. 1998;36(5):545-566. doi:10.1016/s0005-7967(98)00034-5
26. Leme M, Barbosa T, Castelo P, Gavião MB. Associations between psychological factors and the presence of deleterious oral habits in children and adolescents. J Clin Pediatr Dent. 2014;38(4):313–7. doi: 10.17796/jcpd.38.4.c48238322205466w
27. Almutairi AF, Albesher N, Aljohani M, Alsinanni M, Turkistani O, Salam M. Association of oral parafunctional habits with anxiety and the Big-Five personality traits in the Saudi adult population. Saudi Dental J. 2021;33(2):90–8. doi: 10.1016/j.sdentj.2020.01.003

28. Abd MA, Hanafy RM, Omar OM. Association between children's resilience and practising oral habits: a cross-sectional study. Br Dent J [Internet]. 2023;1–5. doi: https://doi.org/10.1038/s41415-023-5565-7
29. Gyra GG, Kumar VS, Janakiram C. Prevalence of oral deleterious habits among children: a systematic review and meta-analysis. J Oral Biol Craniofac Res. 2025;15(6):1539-62. doi: 10.1016/j.jobcr.2025.09.004.
30. Espinoza I, Casas L, Campos K. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. Odontol Pediatr (Lima). 2020;15(2):127-34. Disponible en: https://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/61
31. Rabanal, K. Relación entre la ansiedad y los hábitos bucales no fisiológicos que presentan los estudiantes de 8 a 11 años que asisten a la institución educativa privada Juan Pablo Ayllón Herrera del distrito de San Martín de Porres, julio 2017 [tesis de bachiller]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2017.
32. Borquist DS, Maynard BR, Brendel KE, Farina AS. Mindfulness-based interventions for youth with anxiety: a systematic review and meta-analysis. Res Soc Work Prac. 2017;29(2):195–205. doi: https://doi.org/10.1177/1049731516684961
33. Macías M, Pérez C, López L, Beltrán L, Morgado C. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. eNeurobiología [Internet]. 2019;10(24):2.Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7735542
34. Fernández A, Gómez MI, Vicent M, Aparicio MP, Aparisi D, Saura CJ. Ansiedad escolar infantojuvenil: una revisión de autoinformes. Rev INFAD Psicol [Internet]. 2017;3(1):43-50. doi: https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.973
35. Tortella MR. Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. C. Med. Psicosom [Internet]. 2014;(110):62-69. Disponible en:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803018
36. National Alliance on Mental Illness. Anxiety disorders [Internet]. Arlington (VA): NAMI; [citado 27 feb 2026]. Disponible en: https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Anxiety-Disorders/

37. Doyle MM. Anxiety disorders in children. Pediatrics In Review [Internet]. 2022 Nov 1;43(11):618–30. doi: 10.1542/pir.2020-001198
38. Esparza N, Rodríguez M. Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. Divers:Perspect Psicol [Internet]. 2009;5(1). Disponible en : http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v5n1/v5n1a05.pdf
39. Gaeta L, Martínez V. La ansiedad en alumnos mexicanos de primaria: variables personales, escolares y familiares. Rev Iberoam Educ [Internet]. 2014;66:45–58. Disponible en: https://rieoei.org/RIE/article/view/377
40. Arias A, Espinal G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí,México y Medellín,Colombia, 2016. Rev Nac Odontol [Internet]. 2017;14(26). doi: https://doi.org/10.16925/od.v13i26.1814
41. Alarcón A. Deglución atípica. Revisión de la literatura. Acta Odontol Venez [Internet]. 2013;51(1):39-40. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6823629
42. Pastor T. Relación entre respiración oral y deglución atípica: estudio piloto de niños que presentan la característica común de lengua baja. Rev Logop Foniatr Audiol [Internet]. 2005;25(3):121-7. doi: https://doi.org/10.1016/S0214-4603(05)75826-5
43. Somacarrera M, López A, Martín C, Díaz M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015;31(3):129-34. doi:doi.org/10.4321/S0213-12852015000300003.
44. Gonzáles D, Aguilar K, Raventos A. Hábitos bucales deformantes y autoestima en escolares de nueve a 12 años. Rev Propagaleno [Internet]. 2021;4(1):6-18. Disponible en: http://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/266/92
45. Gómez C; González A; Alkhraisat M; Anitua E. Mouth breathing and its impact on atypical swallowing: a systematic review and meta-analysis. Dent. J. [Internet]. 2024;12(2):21. doi:10.3390/dj12020021
46. Silva LC, Vedovello SA, Vedovello M, Meneghin MC, Ambrosano GM, Degan VV. Anxiety and oral habits as factors associated with malocclusion. Cranio [Internet]. 2021;39(3):249-53. doi: 10.1080/08869634.2019.1633492

47. Andrés L, Castañeiras CE, Richaud C. Relaciones entre la personalidad y el bienestar emocional en niños. el rol de la regulación emocional. Cuad. Neuropsicol [Internet]. 2014;8(2):217-41. doi:10.7714/cnps/8.2.205
48. Gómez O, Calleja N. Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. Rev Mex Investig Psicol [Internet]. 2016;8(1), 96-117. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf
49. Eisenberg N, Spinrad T. Emotion-related regulation: sharpening the definition. Child Dev [Internet]. 2004;75(2):334–9. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x
50. Hernández L, Bermúdez G, Spence S, Gonzales M, Martínez J, Aguilar J, et al. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Rev Latinoam Psicol [Internet]. 2010;42(1):13–24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342010000100002&script=sci_arttext
51. Moncayo M, Valderrama G. Estrés y ansiedad en niños de primaria de una institucion educativa de Chiclayo, 2023. [tesis de bachiller]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2024.
52. Essau CA, Muris P, Ederer EM. Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. J Behav Ther Exp Psychiatry [Internet]. 2002;33(1):1-18. doi: 10.1016/s0005-7916(02)00005-8
53. Fernández E. Ansiedad y atención en escolares de tercero a quinto grado de primaria en instituciones educativas de San Juan de Miraflores. [tesis de bachiller]. Lima: Universidad Autónoma del Perú; 2019.
54. Aiken LR. Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. Educ Psychol Meas.1985;45(1):131-42. doi:10.1177/0013164485451012
55. Escurra LM. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. Rev Psicol.1988;6(1-2):103-11.doi:10.18800/psico.198801-02.008
56. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74. doi:10.2307/2529310

57. Alarcón A. Deglución atípica - revisión de la literatura. Acta Odontol Venez. [Internet]. 2013;51(1). Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1

X. ANEXOS

Anexo 1: Cuadro de consistencia

Título: Hábitos Orales Deletéreos y Nivel de Ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025					
Formulación del problema	**Objetivos**	**Hipótesis**	**Variables**	**Metodología**	**Población y Muestra**
Problema principal	**Objetivo General**	**Hipótesis General**	**Variables:** • Nivel de Ansiedad • Hábitos Orales Deletéreos **Covariables:** • Sexo • Edad	**Tipo de investigación**	**Población**
¿Cuál es la asociación entre hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025?	Evaluar la asociación que existe entre los hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025	Existe asociación entre hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.		Observacional, analítico, de corte transversal y con un enfoque cuantitativo.	La población estuvo conformada por estudiantes de la I.E. Colegio Puruchuco 1263 – Ate. La institución educativa cuenta con un total aproximado de 608 alumnos matriculados
Problemas secundarios	**Objetivos Específicos**	**Hipótesis Derivadas**			**Muestra**
¿Cuál es la prevalencia de los hábitos orales deletéreos en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025?	Determinar la prevalencia de hábitos orales deletéreos en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.	Se espera encontrar una prevalencia considerable de hábitos orales deletéreos en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.			La muestra estuvo comprendida por 59 niños entre los 8 y 11 años, pertenecientes a la institución educativa.
¿Cuál es el nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025?	Determinar el nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.	Se espera encontrar un nivel de ansiedad predominante en categoría normal en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.			
¿Existe asociación entre la prevalencia de los hábitos	Determinar la asociación entre la prevalencia de los	Existe asociación entre la prevalencia de los			

orales deletéreos y el nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una institución Educativa Pública - Año 2025?	hábitos orales deletéreos y nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.	hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una institución Educativa Pública - Año 2025.			
¿Existe asociación entre los hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad, considerando la progresión de los niveles de ansiedad según la presencia de cada hábito, en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025?	Determinar la asociación entre los hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad, considerando la progresión de los niveles de ansiedad dependiendo de la presencia de cada hábito.	Existe asociación entre hábitos orales deletéreos y el nivel de ansiedad, considerando la progresión de los niveles de ansiedad según la presencia de cada hábito, en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025.			

Anexo 2: Consentimiento Informado

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Comité de Ética Institucional

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: "HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA - AÑO 2025"

Investigador Responsable del Proyecto:

Estimada madre/padre de familia, soy Heidi Muñoz Apare, bachiller en Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lo invito a participar voluntariamente de este proyecto de investigación. A continuación, se le brinda el Consentimiento Informado por favor léalo cuidadosamente antes de decidir su participación con total libertar sin ser coaccionado o influenciado.

Propósito del Estudio: El objetivo es evaluar la asociación que existe entre los hábitos orales deletéreos (hábitos orales nocivos) con el nivel de ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública. Esta información permitirá identificar los factores que afecten la salud bucal y emocional del niño.

Procedimiento: Su participación es voluntaria consiste en que los niños participantes serán evaluados a través de un cuestionario sobre la ansiedad infantil y una evaluación bucal para detectar presencia de hábitos orales deletéreos (nocivos).

Beneficios: Con su participación, se podrá identificar tempranamente la presencia de hábitos orales que perjudiquen la salud bucal de los niños y permitirá concientizar a los padres de familia y docentes tanto sobre la importancia de la salud emocional infantil como la salud bucal.

Riesgos: El estudio no representa riesgos físicos ni emocionales.

Costos e incentivos: El estudio no implica ningún costo para el participante. Tampoco se dará algún incentivo económico.

Confidencialidad: Toda opinión o información recolectada será tratada confidencialmente. Su identidad no será revelada. La información será resguardada en un archivo digital protegido con contraseña y sólo será usada para esta investigación.

Derechos del participante: Su participación es completamente voluntaria, se puede retirar del estudio en el momento que estime conveniente sin que ello le ocasione algún perjuicio.

Ante cualquier duda o inquietud puede contactarse con el investigador responsable

- ***Investigador responsable:*** *Heidi Camila Muñoz Apare*
- ***Correo electrónico:*** *heidi.munoz@unmsm.edu.pe*
- ***Número de celular:*** *914646121*

Datos de Contacto del Comité de Ética *(para preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados)*
Puede contactarse con:

- ***Presidente del Comité de Ética:*** *Dra. María Del Pilar Gamarra Contreras*
- ***Dirección:*** *German Amezaga s/n. Lima. Facultad de Odontología UNMSM*
- ***Correo electrónico:*** *comitedeetica.fo@unmsm.edu.pe*

Declaración de Consentimiento

Declaro que he sido informado del propósito de este estudio, su procedimiento y beneficios. Además tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, no he sido coaccionado, ni influido indebidamente a participar o continuar participando.

Finalmente acepto voluntariamente y autorizo a mi menor hijo a participar de esta investigación.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL LUGAR Y FECHA FIRMA PARTICIPANTE

Nombres y apellidos de persona a cargo Lugar y Fecha FIRMA del proceso de consentimiento

Anexo 3: Aprobación por Comité de Ética

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Comité de Ética Institucional

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA DE APROBACIÓN N°063-CEI-FO-2025

El Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha **APROBADO** el proyecto de investigación, *de Tipo 3: Revisión completa*, titulado**: "HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA - AÑO 2025", (Exp. N°139-2024)** a cargo de la investigadora principal **HEIDI CAMILA MUÑOZ APARE,** según consta en el Acta N°014-FO-CEI-2025 de fecha 15 de julio del presente año.

La presente aprobación del Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tiene una vigencia de tres años, del 15 de julio de 2025 al 15 de julio de 2028 bajo los siguientes considerandos:

- El proyecto de investigación se encuentra registrado y almacenado en los archivos digitales del comité.
- Los datos obtenidos de la investigación deberán ser rigurosamente resguardados y almacenados por un periodo mínimo de tres años pudiendo ser solicitados por este comité en cualquier momento.
- El comité se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento un informe del avance del proceso de ejecución del proyecto de investigación
- Cualquier modificación al proyecto presentado deberá ser informado al Comité.
- Al finalizar la ejecución el investigador responsable debe enviar una copia del informe final a este comité.
- El Comité de Ética está a disposición para posteriores esclarecimientos o dudas.

Ciudad Universitaria, 17 de julio de 2025

UNMSM
Firmado digitalmente por GAMARRA CONTRERAS Maria Del Pilar FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20.07.2025 11:28:43 -05:00

Dra. MARÍA DEL PILAR GAMARRA CONTRERAS
Presidenta del Comité de Ética Institucional
Facultad de Odontología

Anexo 4: Asentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo……..., estudiante de …… grado de primaria, sección ……., acepto voluntariamente participar en el presente trabajo de investigación titulado “Hábitos Orales Deletéreos y Nivel de Ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025”. He sido informado sobre el estudio que están realizando, su duración y beneficios.

_____

FIRMA

_____

DNI

Anexo 5: Carta de presentación al colegio

Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 04.06.2025 11:22:58 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Lima, 04 de Junio del 2025

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 000024-2025-D-FO/UNMSM

Magíster
Rafael Fernandez Cuicapusa
DIRECTOR
I.E. COLEGIO PURUCHUCO 1263 – ATE
Presente. -

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y, a la vez presentarle a la Srta. **HEIDI CAMILA MUÑOZ APARE**, egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que se encuentra realizando su proyecto de investigación titulado: «**HÁBITOS ORALES DELETÉREOS Y NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA - AÑO 2025**», con la finalidad de obtener el título profesional de cirujana dentista.

Para tal efecto, **solicito su autorización para que la citada tesista aplique encuestas y/o cuestionarios a estudiantes del 4°, 5° y 6° de primaria de su digna institución**; respetando en todo momento los principios éticos de confidencialidad, consentimiento informado y respeto a la integridad de los menores.

Agradeciendo su amable atención, me despido haciendo propicia la oportunidad para expresarle mi consideración y estima.

Atentamente,

Dr. Romel Armando Watanabe Velásquez
DECANO (e)
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNMSM

RWV/apc

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **JBMRJCD**

Anexo 6: Escala de Ansiedad para Niños de Spence

ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS DE SPENCE (SCAS)

NOMBRE: …….…….……. EDAD: …….…….…….

SEXO: M ( ) F ( ) FECHA: ……...

1. Hay cosas que me preocupan.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
4. Tengo miedo	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
6. Me da miedo hacer un examen	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
15. Me da miedo dormir solo.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
17. Soy bueno en los deportes.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
18. Me dan miedo los perros.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre

22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
26. Soy una buena persona. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, en un número o, en una palabra) para evitar que pase algo malo. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques). ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
31. Me siento feliz. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
38. Me gusta como soy. ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas). ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre

40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre

41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre

42. Tenga que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre

43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre

44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre

Anexo 7: Ficha Clínica

FICHA CLÍNICA

NOMBRE: …….……. EDAD: …….…….

SEXO: M ( ) F ( ) FECHA: ……...

HÁBITO	PRESENCIA	AUSENCIA
ONICOFAGIA		
DEGLUCIÓN ATÍPICA		
MORDEDURA DE MUCOSA		
SUCCIÓN DIGITAL		
RESPIRACIÓN BUCAL		
BRUXISMO		
MORDEDURA DE OBJETOS		

Anexo 8: Fotografías

Fotografía N°1



Institución Educativa 1263 Puruchuco

Fotografía N°2



Explicación del asentimiento informado

Fotografía N°3



Indicaciones del llenado de la encuesta

Fotografía N°4



Llenado de encuestas

Fotografía N°5



Llenado de encuestas

Fotografía N°6



Llenado de encuestas

Fotografía N°7



Examen clínico intraoral

Fotografía N°8



Examen clínico intraoral

Fotografía N°9



Examen clínico extraoral

Fotografía N°10



Descamación en dedos pulgares

Fotografía N°11



Uñas mordidas

Fotografía N°12



Enrojecimiento y descamación alrededor de las uñas

Fotografía N°13



Examen clínico intraoral: interposición lingual

Fotografía N°14



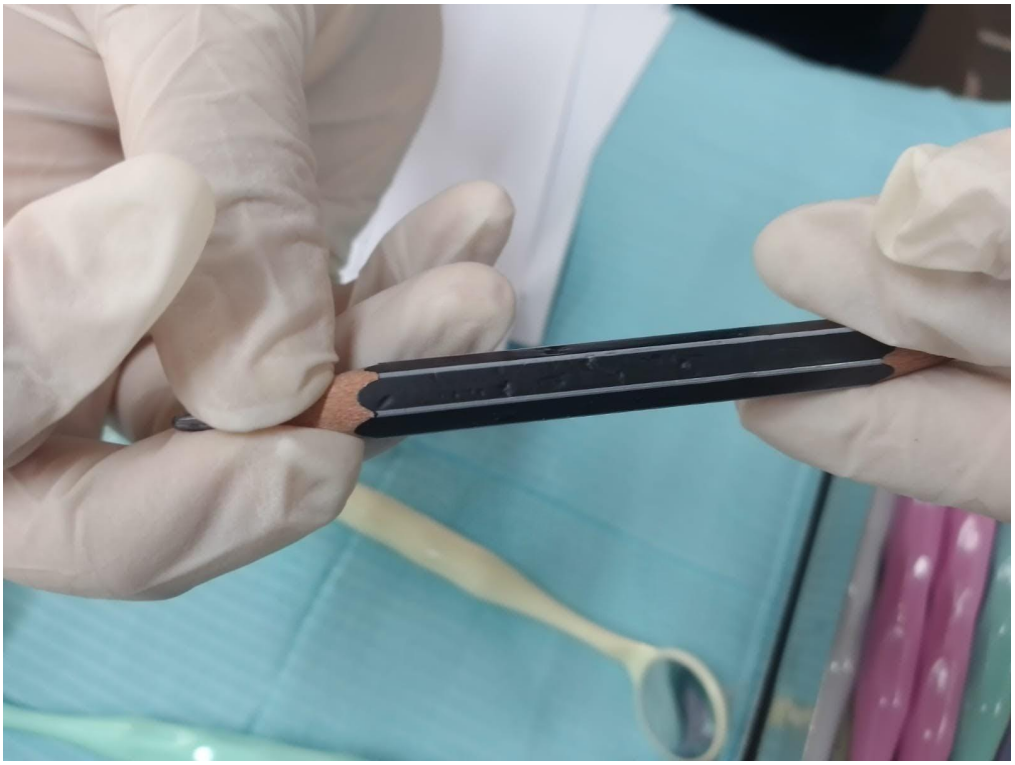
Dedos arrugados y callosidades

Fotografía N°15



Callosidades y enrojecimiento alrededor de las uñas y callosidades

Fotografía N°16



Lápiz con mordedura

Anexo 9: Calibración del evaluador

Concordancia interevaluador según índice de Kappa

HÁBITO	Kappa	p-valor	Interpretación (Escala Landis y Kosch)
Onicofagia	1,000	0,002	Casi perfecta
Deglución atípica	1,000	0,002	Casi perfecta
Mordedura de mucosa	0,737	0,016	Sustancial
Succión digital	0,615	0,035	Sustancial
Respiración Bucal	0,737	0,016	Sustancial
Bruxismo	1,000	0,002	Casi perfecta
Mordedura de objetos	1,000	0,002	Casi perfecta

Concordancia intraevaluador según índice de Kappa

HÁBITO	Kappa	p-valor	Interpretación (Escala Landis y Kosch)
Onicofagia	1,000	0,002	Casi perfecta
Deglución atípica	1,000	0,002	Casi perfecta
Mordedura de mucosa	0,737	0,016	Sustancial
Succión digital	0,615	0,035	Sustancial
Respiración Bucal	0,737	0,016	Sustancial
Bruxismo	1,000	0,002	Casi perfecta
Mordedura de objetos	1,000	0,002	Casi perfecta

Anexo 10: Validación de por juicio de expertos

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de investigación: Hábitos Orales Deletéreos y Nivel de Ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025

Validación de un instrumento para evaluar los hábitos orales deletéreos en niños de una institución educativa pública.

Presentado por Bachiller Heidi Camila Muñoz Apare para optar al título de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

I. DATOS DEL EXPERTO QUE VALIDA EL INSTRUMENTO

Apellidos y nombres: ....Andía Ticona, Marcelino Esteban

Cargo e institución donde labora: Docente especialista UNMSM

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check(√) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CLARIDAD, PERTINENCIA o RELEVANCIA.

ÍTEM (HÁBITO)	Presencia	Claridad		Pertenencia		Relevancia		Sugerencias
	Ausencia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Onicofagia		X		X		X		—
Deglución Atípica		X		X		X		—
Mordedura De Mucosa		X		X		X		—
Succión Digital		X		X		X		—
Respiración Bucal		X		X		X		—
Bruxismo		X		X		X		—
Mordedura De Objetos		X		X		X		—

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ....—....

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Firma y huella

Apellidos y nombres:

COP: 12943 RNE: 674

Especialidad del evaluador: ....Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

Grado académico: .....Doctor.....

[1] Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

[2] Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

[3] Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes.

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de investigación: Hábitos Orales Deletéreos y Nivel de Ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025

Validación de un instrumento para evaluar los hábitos orales deletéreos en niños de una institución educativa pública.
Presentado por Bachiller Heidi Camila Muñoz Apare para optar al título de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

I. DATOS DEL EXPERTO QUE VALIDA EL INSTRUMENTO

Apellidos y nombres: Fredy Mas Gaslac
Cargo e institución donde labora: Docente especialista UNMSM

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check(√) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CLARIDAD, PERTINENCIA o RELEVANCIA.

ÍTEM (HÁBITO)	Presencia	Claridad		Pertenencia		Relevancia		Sugerencias
	Ausencia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Onicofagia		X		X		X		
Deglución Atípica		X		X		X		
Mordedura De Mucosa		X		X		X		
Succión Digital		X		X		X		
Respiración Bucal		X		X		X		
Bruxismo		X		X		X		
Mordedura De Objetos		X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): .....
Opinión de aplicabilidad:
Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

DR. FREDY MAS GASLAC
ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
COP. 16761 RNE. 539
UNMSM

Firma y huella
Apellidos y nombres:
COP: 16761 RNE: 539
Especialidad del evaluador: Ortodoncia.
Grado académico: Magister.

[1] Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
[2] Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.
[3] Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para puntualizar la cuestión.

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de investigación: Hábitos Orales Deletéreos y Nivel de Ansiedad en niños de 8 a 11 años de una Institución Educativa Pública - Año 2025

Validación de un instrumento para evaluar los hábitos orales deletéreos en niños de una institución educativa pública.

Presentado por Bachiller Heidi Camila Muñoz Apare para optar al título de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

I. DATOS DEL EXPERTO QUE VALIDA EL INSTRUMENTO

Apellidos y nombres: Soldevilla Galarza Luciano Carlos

Cargo e institución donde labora: Docente especialista UNMSM

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check(√) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CLARIDAD, PERTINENCIA o RELEVANCIA.

ÍTEM (HÁBITO)	Presencia	Claridad		Pertenencia		Relevancia		Sugerencias
	Ausencia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Onicofagia		X		X		X		
Deglución Atípica		X		X		X		
Mordedura De Mucosa		X		X		X		
Succión Digital		X		X		X		
Respiración Bucal		X		X		X		
Bruxismo		X		X		X		
Mordedura De Objetos		X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): .....

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Firma y huella

Apellidos y nombres: Soldevilla Galarza Luciano Carlos

COP: 4825 RNE: 0049

Especialidad del evaluador: Ortodoncia

Grado académico: Magíster

[1] Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

[2] Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

[3] Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para obtener la medición.

Anexo 11: Validez de Contenido

Validez de Contenido de la ficha clínica mediante V de Aiken

Ítem	Criterios	J1	J2	J3	V Aiken	Interpretación
Onicofagia	Claridad	1	1	1	1.00	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1.00	Válido
	Relevancia	1	1	1	1.00	Válido
Deglución Atípica	Claridad	1	1	1	1.00	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1.00	Válido
	Relevancia	1	1	1	1.00	Válido
Mordedura de Mucosa	Claridad	1	1	1	1.00	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1.00	Válido
	Relevancia	1	1	1	1.00	Válido
Succión Digital	Claridad	1	1	1	1.00	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1.00	Válido
	Relevancia	1	1	1	1.00	Válido
Respiración Bucal	Claridad	1	1	1	1.00	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1.00	Válido
	Relevancia	1	1	1	1.00	Válido
Bruxismo	Claridad	1	1	1	1.00	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1.00	Válido
	Relevancia	1	1	1	1.00	Válido
Mordedura de Objetos	Claridad	1	1	1	1.00	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1.00	Válido
	Relevancia	1	1	1	1.00	Válido

Nota: J1, J2,J3: Jueces expertos.