



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

RELACIÓN ENTRE MALOCCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN
NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO POBLADO DE
SAPCHÁ, ANCASH 2020.

Para optar el título profesional de Cirujano Dentista

Autor: ARELLAN MANRIQUE, ROSY MARÍA

Código ORCID: 0000-0003-1126-4936

LIMA – PERÚ

2021

TESIS

Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Línea de investigación

Salud, Enfermedad y Ambiente

Control y prevención de enfermedades Infecciosas

Asesor(a)

Dra. Céspedes porras, Jacqueline

Código ORCID: 0000-0002-7475-8792

Dedicatoria

A Dios por su infinita misericordia, por permitir que cumpla con mis metas.

A mi madre por darme la vida, por todo su sacrificio y apoyo.

A mi hijo Dylan y a mi esposo Miguel por su apoyo y motivación constante para seguir
creciendo profesionalmente.

A mis hermanos por sus apoyos y consejos llenos de motivación

Agradecimiento

A mi asesora la Dra. Jaqueline Céspedes Porras, por su paciencia, consejos y recomendaciones en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al Dr. Jorge Alberto Girano por sus enseñanzas y orientación en la presente investigación.

A los padres de familia y niños del Centro Poblado de Sapchá, por cooperar con su participación en el presente trabajo de investigación.

Jurado

Presidente: Dr. Arauzo Sinchez, Carlos Javier

Secretario: Dra. Salcedo Rioja, Mercedes Rita

Vocal: Dra. Hamamoto Ichikawa, Jessica María

Índice general

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice general	vi
Índice de tablas	viii
Resumen.....	x
Abstract	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1,3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación.....	4
1.4. 1 Teórica.....	4
1.4. 1 Metodológica	5
1.4. 1 Práctica.....	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Base teórica.....	11
2.3. Formulación de hipótesis	26
2.3.1 Hipótesis general.....	26
2.3.2 Hipótesis específicos.....	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	28
3.3. Tipo de investigación	28
3.4. Diseño de la investigación	29
3.5. Población, muestra y muestreo	29
3.6. Variables y operacionalización	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.7.1 Técnica	33
3.7.2 Descripción de instrumentos.....	33
3.7.3 Validación	36
3.7.4. Confiabilidad	36

3.8. Procesamiento y análisis de datos	43
3.9. Aspectos éticos.....	43
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	45
4.1. Resultados.....	45
4.1.1. Análisis de resultados.....	45
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	50
4.1.3. Discusión de resultados.....	55
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	60
5.1. Conclusiones.....	60
5.2. Recomendaciones.....	61
REFERENCIAS	62
ANEXO.....	69

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Relación existente entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020	45
Tabla 2: Tipos de maloclusión en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.....	46
Tabla 3: Hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020	47
Tabla 4: Relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.....	48
Tabla 5: Relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020	49
Tabla 6: Relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020	50
Tabla 7: Prueba de la hipótesis general: Relación entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.....	51
Tabla 8: Prueba de la hipótesis del objetivo específico 3: Relación entre la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020	52

Tabla 9: Prueba de la hipótesis del objetivo específico 4: Relación entre la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.	53
Tabla 10: Prueba de la hipótesis del objetivo específico 5: Relación entre la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020	54

Resumen

En esta investigación se tuvo como objetivo, establecer la relación existente entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020. Investigación de tipo observacional, prospectivo, de corte transversal y de nivel correlacional, que incluyó una muestra de 60 niños de ambos sexos del centro poblado de Sapchá. Para el análisis de los datos se empleó la prueba chi-cuadrado con un 95% de nivel de confianza, y 0,05 de significancia. Los resultados obtenidos fueron: Al relacionar la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, se encontró que existe relación entre la maloclusión y los hábitos bucales con predominio de la onicofagia en un 38.3% y la succión no nutritiva en el 33.3% ($p \leq 0,05$). Los tipos de maloclusión encontrado fue la clase I en la maloclusión anteroposterior en un 50%, la mordida cruzada en un 18.3% en la maloclusión transversal, y la mordida abierta anterior en la maloclusión vertical en un 45%. Los tipos de hábitos bucales hallados fueron el hábito de onicofagia en el 38.3%, seguido por la succión no nutritiva en el 33.3% de los niños. La maloclusión anteroposterior clase I se relacionó con el hábito bucal de onicofagia el 28.3 y la clase II con el hábito bucal de succión no nutritiva el 15% ($p \leq 0,05$). La maloclusión transversal de mordida cruzada y la mordida en tijera no se relacionó con los los hábitos bucales ($p > 0,05$). La maloclusión vertical de mordida abierta anterior/posterior se relacionó un 18.3% con el hábito bucal de onicofagia y así como un 18.3% con la succión no nutritiva, y la maloclusión vertical de mordida profunda anterior un 6.7% se relacionó con el hábito bucal de onicofagia ($p \leq 0,05$). Se concluyó, que se encontró relación estadística entre los hábitos bucales con la maloclusión, en niños de 7 a 11 años de edad ($p = 0,000 \leq 0,05$).

Palabras clave: Maloclusión. onicofagia, oclusión dental.

Abstract

The objective of this research was to establish the relationship between malocclusion and oral habits in children between 7 and 11 years of age from the town of Sapchá, Ancash 2020. Observational, prospective, cross-sectional and level-level research. correlational, which included a sample of 60 children of both sexes from the town of Sapchá. For data analysis, the chi-square test was used with a 95% confidence level and 0.05 of significance. The results obtained were: When relating malocclusion and oral habits in children between 7 and 11 years of age from the town of Sapchá, it was found that there is a relationship between malocclusion and oral habits with a predominance of onychophagia in 38.3% and non-nutritive sucking in 33.3% ($p \leq 0.05$). The types of malocclusion found were class I in the anteroposterior malocclusion in 50%, the crossbite in 18.3% in the transverse malocclusion, and the anterior open bite in the vertical malocclusion in 45%. The types of oral habits found were the habit of onychophagia in 38.3%, followed by non-nutritive sucking in 33.3% of the children. Class I anteroposterior malocclusion was associated with the oral habit of onychophagia on 28.3 and class II with the oral habit of non-nutritive sucking on 15% ($p \leq 0.05$). Crossbite and scissor bite transverse malocclusion were not related to oral habits ($p > 0.05$). Anterior / posterior open bite vertical malocclusion was related by 18.3% with the oral habit of onychophagia and as well as 18.3% with non-nutritive suction, and the anterior deep bite vertical malocclusion by 6.7% was related to the oral habit of onychophagia ($p \leq 0.05$). It was concluded that a statistical relationship was found between oral habits and malocclusion in children 7 to 11 years of age ($p = 0.000 \leq 0.05$).

Keywords: Malocclusion, nail biting, dental occlusion.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La maloclusión, es la alteración de crecimiento óseo que afecta al maxilar y/o mandíbula.¹ También se define como la oclusión anormal de forma atípica de los dientes en su posición de relación interdentaria, y como resultado afecta la estática y la dinámica funcional del sistema estomatognático.^{2,3,4}

Los factores etiológicos de la maloclusión son principalmente la predisposición genética y el factor ambiental, o en todo caso la combinación de ambas,² lo que hace que su origen sea multifactorial.⁵ Pero entre uno de los factores más principales se encuentran los hábitos bucales como deformantes del sistema estomatológico, por la costumbre practica del acto nocivo que efectúa el niño en el uso del chupete o biberón, la respiración bucal, el hábito de succión digital, morderse las uñas y la deglución atípica.^{5,6}

Las maloclusión es reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ocupar el tercer lugar dentro de las enfermedades más prevalentes en la salud bucal, con un estimado a nivel mundial en la población afectada que va desde el 65% al 89%.² El sistema de salud interamericano, que es la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reporta que el alto índice de incidencia como de prevalencia es por encima del 80% de la población, que hace frecuente las consultas odontológicas por maloclusión dentaria.⁷ Mientras otro reporte menciona que en la población de Latinoamérica representa el 85%.⁸

En Perú, los estudios reportan que las maloclusiones representan como prevalencia un 70%.⁹ En estudios epidemiológicos realizados por regiones geográficas a partir de 1954, en ciudades como Lima y algunas más que pertenecen a la región de la

costa la prevalencia es de 81,9%, en la región andina y selva reportaron una prevalencia de alrededor del 79,1% y 78,5% respectivamente.^{9,10,11}

Los hábitos bucales son los actos adquiridos por costumbre práctica, por su regularidad y que luego se convierten en algo automatizado e involuntario.^{6,12} Al convertirse en hábitos parafuncionales, modifican las posiciones dentales,¹² generando la aparición del apiñamiento dental, las mordidas cruzadas y abiertas, convirtiéndose en el factor más principal para la presencia de la maloclusión.²

La prevalencia de los hábitos bucales es variable no muestran un comportamiento definido; sin embargo, es más prevalente en el género femenino, y en lo que respecta a la edad se manifiestan por lo general de forma temprana entre las que se encuentran el hábito lingual y la succión digital.¹² Es por ello que es importante para el estudio conocer, la relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los tipos de maloclusión en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?

2. ¿Cuáles son los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?
3. ¿Cuál es la relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?
4. ¿Cuál es la relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?
5. ¿Cuál es la relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la relación existente entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir los tipos de maloclusión en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
2. Identificar los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

3. Relacionar la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
4. Relacionar la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
5. Relacionar la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

1.4. Justificación de la investigación

La maloclusión es el tercer problema patológico de salud oral con mayor prevalencia en el Perú como a nivel mundial; y siendo los hábitos bucales como el factor de riesgo que influye en mayor proporción alterando la adecuada oclusión, la estética facial y la autoestima.

1.4. 1 Teórica

El aporte teórico del estudio contribuye en aportar información actualizada para la diferenciación clínica de los hábitos bucales y la maloclusión anteroposterior, vertical y transversal, así como sus efectos como la mordida abierta y cruzada, la mordida profunda. Para que el diagnóstico por parte del odontólogo general y/o el especialista sea más acorde, permitiendo adoptar medidas para hacer frente a las alteraciones oclusales producto de los hábitos bucales, evitando complicaciones a futuro en el niño.

1.4. 1 Metodológica

Tiene importancia metodológica por cuanto pretende conocer de qué manera los hábitos se relacionan e influyen en la problemática de la maloclusión. El cuestionario de hábitos es un instrumento importante, porque recoge la información de parte de los padres acerca los hábitos que sus hijos presentan. Igualmente, la ficha de recolección sobre la maloclusión, permite el registro de los tipos de maloclusiones que tienen los niños. También contribuirá a partir de los resultados con datos actualizados a futuras investigaciones, como un referente básico y como fuente de comparaciones para los trabajos similares.

1.4. 1 Práctica

La investigación se justifica, por cuanto contribuirá en lo práctico y en el aspecto social a partir de los resultados, en permitir a las instituciones de salud establecer estrategias priorizando en las áreas rurales como los centros poblados que son las comunidades más olvidadas en el territorio nacional, en donde los padres de los niños requieren de información y concientización sobre la importancia de la prevención interceptiva y el tratamiento temprano especializado frente a los problemas de maloclusión y los hábitos bucales.

Al existir una intervención temprana al problema por parte de las instituciones involucradas en salud, permitirá tanto a los padres de familia como al Ministerio de Salud en el ahorro de recursos económicos, por cuanto al prevenir se desconcentrará la necesidad de consultas por tratamiento en los consultorios públicos y privados.

Finalmente, con información de primera mano a la E.A.P. Odontología de la universidad Wiener en relación a los hábitos bucales y la maloclusión.

1.5. Limitaciones de la investigación

Si bien existió las limitaciones para llevar a cabo la investigación, debido al problema de salud pública por el COVID-19. Esta dificultad fue superada gracias a un cronograma de trabajo, que respetó las disposiciones de salud y seguridad establecidas por el estado. peruano Por cuanto la investigación se efectuó en el centro poblado de Sapchá del distrito de Acochaca en la provincia de Asunción de la región Ancash, que se encuentra a los 2900 msnm, con un territorio con accidentes geográficos y con carretera por asfaltar, que fue otra de las limitaciones superadas por más retrasos que puedo causar para la recolección de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Gil JK, et al., (2019). En Colombia, evaluaron los hábitos orales y maloclusión en un grupo de niños de 7 a 12 años. La metodología del estudio fue de tipo descriptivo observacional, de corte transversal. En la investigación incluyeron una muestra de 100 niños de ambos géneros de 7 a 12 años de edad del colegio Alberto Lleras en el 2018. Los resultados reportados del estudio mostraron, que presentaron la maloclusión clase I de Angle el 43%, presentaron una maloclusión vertical de tipo mordida profunda el 32%, el 12% mordida abierta y normal el 49% de los participantes. Una oclusión o maloclusión transversal el 87% tienen una oclusión normal, el 11% mordida cruzada posterior unilateral y un 2% presentó mordida en tijera. El 61% de los menores de 7 a 12 años presentaron hábitos orales, y el 39% no presentaron. Según el tipo de hábito, los más prevalentes fue deglución atípica y la onicofagia con un 31% en ambos casos, el 6% succión digital y solo 1% fueron respiradores orales. Concluyeron que la maloclusión clase I y los hábitos bucales deglución atípica y onicofagia fueron los de mayor prevalencia.¹³

Rodríguez, (2018). En Perú, evaluó la Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos. Investigación de tipo descriptivo, observacional, por el momento de recolección prospectivo de corte transversal. La investigación incluyó una muestra de 156 pacientes de 6 y 12 años de edad atendidos en la clínica odontológica de la UNMSM. Los resultados reportados del estudio mostraron, que la maloclusión más prevalente fue la vertical en el 55,8%. En la

maloclusión transversal se presentó la mordida cruzada posterior en el 6,4%, la mordida en tijera solo un 0,6% y el mayor porcentaje fueron normales. En las maloclusiones verticales prevaleció la mordida profunda anterior en el 17,9% de los pacientes y mordida abierta anterior fue la de menor prevalencia con un 7,7%. Las maloclusiones sagitales o anteroposteriores predominó la Clase II seguido por la clase III. La maloclusión vertical de tipo mordida profunda se asocia significativamente solo con el hábito de respiración mixta ($p<0,05$) y la mordida abierta con la deglución atípica ($p<0,05$). Los hábitos bucales al asociar con la maloclusión transversal, el hábito de respiración bucal se asoció con la mordida cruzada posterior ($p<0,05$). Los hábitos bucales al asociar con la maloclusión anteroposterior fue con la clase II de Angle, que fue la más prevalente y se asoció con la deglución atípica y succión labial ($p<0,05$). Concluye, que los hábitos deletéreos se relacionan con las maloclusiones.¹⁴

Lévano, (2018). En Perú relacionó las alteraciones dentomaxilares y los hábitos bucales en alumnos de la IEA Adventista. Investigación de tipo observacional, prospectivo y de corte transversal. La investigación incluyó como muestra a 300 alumnos de 6 a 12 años de edad. Pertenecientes a la IEA Adventista del distrito de Villa el Salvador. Los resultados reportados del estudio mostraron que los alumnos de 6 a 12 años el 33.67% presento como hábito la succión no nutritiva, un 4% el hábito de onicofagia, respirador bucal el 31% y el hábito de hábito de deglución atípica un 6%. Concluye, que encontró relación entre las alteraciones intermaxilares (anteroposterio, transversal y vertical) y los hábitos bucales como el respirador bucal, succión no nutritiva, deglución atípica y onicofagia.¹⁵

Gamboa, (2018). En Perú, el objetivo del estudio fue relacionar hábitos orales deletéreos y las maloclusiones en escolares de 6 a 12 años. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. En la investigación incluyó una muestra de 166 niños de 6 a 12 años de edad de la IEP “9 de Diciembre”. Los resultados reportados del estudio mostraron que el hábito oral deletéreo de mayor prevalencia fue la onicofagia en el 28.9%, seguido por el hábito succión digital en un 24.7%. en lo que respecta a las maloclusiones prevaleció la maloclusión sagital en un 58.4%, seguido por la maloclusión vertical en un 46.4% y maloclusión transversal con una menor prevalencia en el 36.7% de los escolares de 6 a 12 años. De manera general algún un tipo de maloclusión se presentó en el 77.7% de los pacientes. En la maloclusión anteroposterior o sagital prevaleció la clase I en el 41.6%, en la maloclusión vertical el tipo mordida abierta anterior en el 28.3% y por la mordida profunda en un 16.9%, finalmente en la maloclusiones transversales fue la mordida Bis-Bis en el 15.1% y por la mordida cruzada en un 11.4%. Concluye que encontró asociación significativa entre los hábitos deletéreos de interposición lingual, succión digital, y respiración bucal con las maloclusiones por mordida abierta, mordida cruzada, mordida en tijera y la maloclusión clase II.¹

Trocones, (2018). En Perú, el objetivo fue “determinar la asociación de los hábitos bucales y la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7 a 12 años de edad”. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y de enfoque cuantitativo. La investigación incluyó para tal efecto una muestra de 150 estudiantes de una institución educativa. Los resultados reportados del estudio mostraron que el hábito más prevalente fue la respiración bucal en un 17.30%, seguido por la succión digital en un 10.00%. Al asociar los hábitos bucales y la maloclusión en los niños de 7 a 12 años, encontró que en los que presentan maloclusión predominó el hábito de respiración bucal en un 16.60%,

seguido por la succión digital en un 10.00%, el hábito onicofagia solo un 2.66% de los niños con maloclusión. Concluye que encontró la asociación entre los hábitos bucales y las maloclusiones, en el que prevaleció el hábito de respirador Bucal.¹⁶

Seraquive, (2016). En Ecuador, determinó los tipos de oclusión dental en relación a los hábitos bucales en niños. La metodología del estudio utilizado de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte transversal. En la investigación incluyó una muestra de 50 niños de ambos géneros de 6 a 12 años de edad. Los resultados reportados denotaron la maloclusión anteroposterior en la que predominó la clase I con un 72%, en maloclusión vertical se presenta la mordida abierta en el 10%, en lo que respecta la maloclusión transversal encontró la mordida en tijera con un 2%. Como el hábito más prevalente se encuentra la onicofagia en el 46%. Al relacionar la maloclusión anteroposterior la clase I y clase II fueron los más frecuente con la onicofagia. En la maloclusión vertical fue la mordida abierta anterior y la mordida profunda que se relaciona con la succión digital; y la maloclusión transversal no se relacionó significativamente con los hábitos nocivos, debido a que solo un 2% presento mordida en tijera y el hábito de onicofagia. Concluye que encontró la relación entre la maloclusión anteroposterior clase I y clase II con la onicofagia, con una significancia del 10%(2.38).¹⁷

Garrido, (2016). En Ecuador, tuvo por finalidad de identificar la relación de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años. El trabajo fue de tipo descriptivo de corte transversal. El estudio incluyó para dicho efecto una muestra de 41 niños de una escuela de la ciudad de Quito, de estos 21 con hábitos bucales y 20 sin habito. Los resultados reportados denotaron que la maloclusión Clase I se relaciona con el hábito de onicofagia en un 50%, mientras la maloclusión Clase II se relaciona con la succión digital

en un 75%, y finalmente la maloclusión Clase III un 40% de niños con el hábito de respirador bucal. Concluye que logró identificar la relación existente entre los hábitos orales y la maloclusión.¹⁸

Espinoza, (2016). En Perú, evaluó la prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. La metodología empleada en el estudio fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. La investigación incluyó para tal efecto una muestra de 1006 HC de niños de 6 a 12 años que fueron atendidos en la Clínica de la UPC. Los resultados hallados mostraron que encontró predisposición a los hábitos de deglución atípica en un 19,48%, el hábito de succión digital en un 2.19% y la de respiración bucal en solo un 0.20%. Las alteraciones dentoalveolares más prevalentes fue la mordida cruzada anterior y posterior en el 8.65% y en el 5.27% respectivamente, la mordida abierta anterior y posterior presentaron el 9.74% y el 0.89% respectivamente. Las relaciones molares existentes en derecha e izquierda es clase I de Angle que fueron las prevalentes en un 57.95% y en el 55.86% respectivamente. Concluye que los más prevalentes en el estudio fueron el hábito bucal de deglución atípica y el problema de maloclusión de mordida abierta anterior.¹⁹

2.2. Base teórica

2.2.1. Oclusión

La oclusión viene a ser, la relación interdental de los dientes del maxilar y la mandíbula en sus superficies masticatorias bajo los movimientos protrusión, mediotrusion y laterotrusion.^{20,21} Las relaciones que conjugan es estática, dinámicas y funcionales, así como de los dientes disfuncionales y parafuncionales.²²

Una normo-oclusión es la condición fundamental para función fisiológica normal del diente, de manera que una oclusión compensada es la adecuada oclusión dental donde las piezas dentales de la arcada inferior se interrelacionan de manera armónica con su antagonista superior.¹⁸ Al existir una relación oclusal óptima, es el patrón más adecuado, pero no es lo más frecuente que es hallado durante la atención clínica del paciente.²³

Idealmente en una oclusión no debe ver obstáculos o interferencias durante las relaciones del maxilar y la mandíbula, y la máxima intercuspidad debe de estar en coincidencia con la relación céntrica.²⁴

Cuando existe entonces cualquier alteración de la oclusión en su relación interdental de los dientes o en su propia arcada, o desviaciones de los maxilares, alteración a nivel de los huesos del cráneo y/o de la cara, o de otras estructuras involucradas, se le conoce como maloclusión.¹³

2.2.2 Maloclusión

La maloclusión es un problema de salud oral de muy alta prevalencia en los individuos de todo el mundo, que no respeta ni distingue clases sociales, aspectos económicos, ni la edad del individuo, y que puede producir como efecto la disfunción temporomandibular (DTM).²⁴

Referirnos entonces de la maloclusión, es a cualquier desviación dental fuera de lo normal, o la modificación del crecimiento óseo ya sea del maxilar y/o de mandíbula,^{1,18} También se define como la oclusión anormal de forma atípica de los dientes en su posición de relación interdental, y como resultado afecta la estática y la dinámica funcional del sistema estomatognático.^{2,3,4}

Una vez que la maloclusión se manifiesta produce diversas alteraciones, aparte de los problemas dentofaciales, también afecta la masticación y el habla, que repercute en la

calidad de vida del individuo afectado.¹⁸

Otro de los problemas que genera la maloclusión es a nivel de los cóndilos, produciendo a que este no estén en su posición intercuspídea adecuada, lo que con lleva a la mandíbula a cambiar de posición provocando patrones de mordida anormales, inestabilidad y desplazamientos discales alterando las articulaciones.²⁴

Las repercusiones en los niños a partir de la maloclusión, son las alteraciones de discrepancias esqueléticas, problemas dentoalveolares y los problemas de espacios en las arcadas.²⁵

Epidemiología de la maloclusión

Las maloclusiones son muy comunes en lo que respecta a los niños, y su prevalencia de se encuentra entre 20% a 93% en los diferentes grupos de edad.¹⁸

Reportes de manera general indican, que el estimado a nivel mundial de afección a la población va desde el 65% al 89%; es por ello que las maloclusiones es reportado por la OMS en ocupar el tercer lugar dentro de las enfermedades más prevalentes en la salud bucal,²

El sistema de salud interamericano, que es la OPS, reporta que los altos índices de incidencia y prevalencia es por encima del 80% de la población, que hace frecuente las consultas odontológicas por maloclusión dentaria.⁷ Mientras otro reporte menciona que en la población de Latinoamérica representa el 85%.⁸

En Perú, los estudios reportan que las maloclusiones representan como prevalencia un 70%.⁹ En estudios epidemiológicos realizados por regiones geográficas a partir de 1954, en ciudades como Lima y algunas más que pertenecen a la región de la costa la prevalencia es de 81,9%, en la región andina y selva reportaron una prevalencia de alrededor del 79,1% y 78,5% respectivamente.^{9,10,11}

Los estudios epidemiológicos indican al ser la maloclusión muy prevalente, se evidencian problemas como el apiñamiento dental, así como por la mordida abierta del sector anterior y las mordidas cruzadas, siendo en algunos casos producto de los hábitos bucales.²⁵

Factores etiológicos de la maloclusión

Los factores etiológicos involucrados en la maloclusión son principalmente la predisposición genética y el factor ambiental o exógenos, o en todo caso la combinación de ambas,^{2,18} lo que hace que su origen sea multifactorial.⁵

Pero entre uno de los factores más principales que originan se encuentran los hábitos musculares y los hábitos bucales como deformantes del sistema estomatológico,^{5,6,18} por la costumbre practica del acto nocivo que efectúa el niño en el uso del chupete o biberón, la respiración bucal, el hábito de succión digital, morderse las uñas y la deglución atípica.^{5,6}

Otros hábitos que también influyen en la aparición de la maloclusión se encuentran hábito alimentario inadecuado, postura anormal de la lengua y por enfermedad nasofaríngea.¹⁸

Por lo general durante la dentición decidua, mixta o permanente, las aleteraciones son producto del factor genético; sin embargo, constituyen un componente importante los factores ambientales, que con las medidas interceptivas de prevención es corregible.²⁵

Tanto los factores genéticos y ambientales se encuentran dentro de la clasificación de Graber, que lo clasifica a los factores de riesgo de la maloclusión en factores etiológicos extrínsecos o generales y los factores intrínsecos o locales.^{1,26,27}

- **Factores etiológicos extrínsecos o generales**

Dentro de estos factores están inmiscuidos: El factor herencia o hereditario que involucra el patrón de crecimiento, el tipo facial y de desarrollo.¹ Los defectos congénitos, siendo uno de ellos de importancia odontológica el labio leporino.^{1,27}

También se encuentran en esta clasificación los factores ambientales, accidentes y traumatismos, el ambiente metabólico, las enfermedades que predisponen, los diversos hábitos y presiones anormales, problemas nutricionales y postura.^{1, 26,27}

Los hábitos es uno de los factores predisponentes para la maloclusión, por cuanto algunos tipos de hábitos producen problemas neuromusculares ejerciendo desequilibrio de fuerzas hacia los músculos, como por el ejemplo al musculo bucinador.²⁷

- **Factores etiológicos en intrínsecos o locales**

Este factor etiológico de la maloclusión es la que presenta mayor atención odontológica, por cuanto son los que más guardan relación con la cavidad bucal, de manera que es importante tener en consideración para la intervención oportuna en el paciente para detectar y eliminar.¹

En las anomalías en número se encuentran los supernumerarios y las agenesias dentales, otra de las anomalías son las de tamaño y forma.^{1,27}

También se encuentran como factores etiológicos los frenillos anormales, pérdida prematura de los dientes, la caries dental, retención prolongada de las piezas dentales, restauraciones dentales inadecuadas, erupción tardía de los dientes y anquilosis.^{1,26,27}

Tipos de maloclusión

Existen diversas maneras de estudiar las maloclusiones, una de ellas es clasificando topográficamente, según esta clasificación existen tres tipos de maloclusión teniendo en consideración el plano del espacio en el que se encuentra limitada.¹

a. Maloclusión anteroposterior o sagital

En este tipo de maloclusión se encuentran las maloclusiones como fue definido por Angle, que clasifica en tres tipos basado en las relaciones mesiodistales del primer molar permanente de las arcadas dentarias,^{1,5,13,26} tomando en consideración como puntos de referencias.²⁸ Las tres categorías clasificadas son las maloclusiones clase I, II y III.¹⁶

- **Maloclusión clase I**

En la clase I la relación molar anteroposterior es normal en sus posiciones, entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores.^{1,16} Es decir, es normal las relaciones mesiodistales; y se caracteriza también por presentar ligero colapso de los arcos dentales y apiñamiento anterior.²⁹

La llave molar es evidente cuando la “cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior”.^{17,25}

El individuo que presente una clase I su perfil facial es recto y guarda equilibrio funcional masticatoria, muscular peribuca y de la lengua.¹⁷

- **Maloclusión clase II**

La primera molar permanente inferior en esta clase de maloclusión de Angle, se encuentra en su surco mesiovestibular y distalizado en relación a los

primeras molares superiores,^{17,29} es decir la “cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye en la vertiente distal del segundo premolar inferior”.²⁵

Cuando los dientes incisivos superiores se encuentran inclinados hacia vestibular, se trata de la Clase II división 1, y el perfil que presenta el individuo es convexo; y cuando los incisivos superiores se encuentran verticalizados o palatinizados, se trata de la Clase II división 2, y el perfil que presenta el individuo es recto o ligeramente convexo.¹⁷

- **Maloclusión Clase III**

En la clase III se considera la ubicación del primer molar inferior, en cómo se encuentra ubica su surco mesiovestibular, si está mesializado en concordancia a su cúspide mesiovestibular de su antagonista la primera molar permanente superior.^{17,30}

Durante la atención del paciente con este tipo de maloclusión es observable que el maxilar está en posición normal, mientras la mandíbula se encuentra protruida, a esto se conoce como protrusión inferior.¹³

Otra de las características que presenta esta clase III, es que es muy común que presenten mordidas cruzadas, musculatura desequilibrada y un perfil facial cóncavo.¹⁷

b. Maloclusión Transversal.

En este tipo de maloclusión se caracteriza por presentar dos tipos de mordida, la primera es la mordida cruzada y el segundo tipo es la mordida en tijera, que se caracterizan en que los dientes superiores desbordan a los inferiores.^{1,16}

- **Mordida cruzada**

Se produce la mordida cruzada cuando las piezas dentarias premolares y molares inferiores desbordan lateralmente al momento de ocluir a los dientes superiores, y pueden ser unilateral o bilateralmente.^{1,14,23} Dicho de otra manera es cuando los dientes premolares y molares sus cúspides vestibulares ocluyen exactamente en las fosas del diente antagonista.¹⁶

En una mordida cruzada posterior, ocurre que las cúspides palatinas de los dientes superiores no ocluyen por ningún motivo en las fosas centrales de los dientes inferiores.²³

La mordida cruzada por consiguiente puede ser producto del origen esquelético, cuya manifestación es por presentar un maxilar hipoplásico o en todo caso una mandíbula hiperplásica.¹

- **Mordida en tijera**

La mordida en Tijera es cuando la oclusión es cruzada vestibularmente.¹⁶ Es decir, cuando su cara palatina de los premolares y molares superiores entran en relación con los dientes inferiores con sus caras vestibulares.^{1,14}

La mordida en Tijera bilateral, también se le llama “Síndrome de Brodie” que se caracteriza por que las dentaduras del maxilar superior cubren a los dientes inferiores en su totalidad.¹³

c. Maloclusión Vertical

En este tipo de maloclusión se encuentran la mordida abierta y la mordida profunda o también conocida sobremordida.¹

- **Mordida abierta**

Una de las causas para la mordida abierta es producto de la disminución en su crecimiento dentoalveolar, y suele estar asociada también a los hábitos bucales como la deglución atípica y la succión digital.¹

Para que exista una mordida abierta, lo que ocurre a nivel del plano oclusal es que los dientes superiores o inferiores no alcanzan dicho plano, debido a que uno o más dientes no contactan,²³ cuando ocurre la falta de contacto en la parte incisal se trata de una mordida abierta anterior, y puede ser una mordida abierta posterior si el segmento posterior de las caras oclusales de los dientes no presentan contacto.^{1,23}

En síntesis, la mordida abierta dental anterior/posterior es cuando uno o más de los dientes no consiguen la línea de oclusión y no llegan a establecer contacto con sus antagonistas, es decir presentan Overbite nulo o negativo.¹

- **Mordida profunda o sobremordida**

También conocida sobremordida que aparte de ser una incorrecta oclusión dentaria predispone a la enfermedad periodontal.¹

Se trata de una superposición vertical excesiva de los incisivos superiores que cubre a los dientes inferiores en igual o mayor al 40%, siendo una mordida normal un cubrimiento inferior.²³

Sin embargo, otros consideran como mordida profunda cuando supera un Overbite excesivo (>20%), donde los incisivos inferiores han sido cubiertos por los incisivos superiores (entrecruzamiento del incisivo supera los 2,5mm, es decir es más a 1/3 o más del 25-30%).¹

2.2.3. Hábitos bucales

Los hábitos bucales son los actos adquiridos por costumbre práctica, por su regularidad y que luego se convierten en algo automatizado e involuntario.^{6,12}

También lo definen como el proceso continuo y repetitivo, que se refleja finalmente como una acción inconsciente,³¹ que puede ser normal en un tiempo dado, pero si persiste en el tiempo puede generar problemas de oclusión como las maloclusiones.³²

Al convertirse en hábitos parafuncionales, modifican las posiciones dentales,¹² generando la aparición del apiñamiento dental, las mordidas cruzadas y abiertas, convirtiéndose en el factor más principal para la presencia de la maloclusión.²

Cuando una actividad es realizada en exceso, por lo general ocasiona alteraciones, esto se debe porque se ha excedido la tolerancia fisiológica, y cuando ocurre puede dañar los dientes, los músculos o a nivel articular.³² La actividad en exceso produce el desequilibrio del sistema estomatognático, que con lleva a deformaciones producto del choque de las fuerzas musculares internas y externas.⁵

Prevalencia epidemiológica de los hábitos bucales

La prevalencia de los hábitos bucales es variable no muestran un comportamiento definido; sin embargo, es más prevalente en el género femenino, y en lo que respecta a la edad se manifiestan por lo general de forma temprana entre las que se encuentran el hábito lingual y la succión digital.¹²

En estudio realizado en 1929 por Olson reportó que el hábito bucal con mayor incidencia fue la succión digital y en segundo lugar por la onicofagia, Josell en 1995 encontró la onicofagia, para Gavish en el 2000 el más frecuente fue masticar chicle,

Bosnjak en el 2002 halló morder objetos u onicofagia, en el 2009 en México encontraron con mayor prevalencia la onicofagia y como la succión digital.³²

Etiología de los hábitos bucales

Como factores etiológicos se encuentran los instintivos que pueden volverse perjudicial si es duradero en el tiempo, un ejemplo es el hábito de succión.^{1,26}

La etiología puede ser también de tipo placentero por suplir acciones para satisfacerse como la succión digital o del chupón y que se vuelven perniciosos.^{1,18,26}

Otros factores son los defensivos producto de enfermedades como la rinitis alérgica, la respiración bucal que se vuelve en hábito defensivo; así como los hereditarios que pueden predisponer a un hábito, se encuentran también los adquiridos e Imitativos.^{1,14,26}

Clasificación de los hábitos orales

- **Hábitos fisiológicos o funcionales**

Son los hábitos que surgen con la persona.³¹ Aquellos hábitos son la respiración nasal, el habla, succión, masticación, movimientos corporales y la deglución.^{1,3,12,31}

- **Hábitos no fisiológicos**

Son hábitos perniciosos que se caracterizan por ejercer fuerzas perjudiciales hacia los dientes, así como sobre los arcos dentarios y frente a los tejidos blandos.³¹ Entre los perniciosos, están la succión del dedo o del labio, el

respirador bucal, deglución infantil y el de colocar la lengua hacia los dientes.^{1,3,12,31}

Los hábitos no fisiológicos finalmente pueden llegar a producir problemas como la mordida abierta, protrusión dental, así como las protrusiones dentoalveolares y linguoversiones de los dientes.³¹

Las alteraciones dependen de las veces que realice, la intensidad que ejerza y el tiempo de duración, es decir si inicia a temprana edad el daño es mayor si no es corregido.³

Tipos de hábitos bucales

a. Succión No Nutritiva

Es importante mencionar que la succión en la dentición primaria por lo general no produce efectos nocivos; pero, por el contrario, si el niño lo convierte en un hábito es perjudicial.³² En consecuencia, la succión que no tiene que ver con el fin alimenticio, se le conoce como la succión no nutritiva,³⁴ que al individuo le genera cierta satisfacción.¹

La succión no nutritiva es entonces, toda aquella acción de succión que no cumple su función alimentaria nutritiva; por el contrario, cuando se convierte en un placer instintivo, es ahí cuando produce los efectos nocivos por la frecuencia prolongada, que conlleva finalmente a la maloclusión.³²

Uno de los factores que favorece que el hábito de succión nutritiva aparezca, es la alimentación artificial en él bebe, cuando por ejemplo el flujo de la leche es excesivo que altera el movimiento de la lengua, por la inadecuada elaboración del biberón.³

Entre los hábitos a nombrar de la succión no nutritivos se encuentran la succión digital, lengua, de chupete, de labios y otros objetos.^{3,26,31,33}

- **Succión de Chupete**

El inicio de este hábito es a los 6 meses de nacido y lo ideal es que debe de finalizar a los 3 años.¹⁵ Y es el hábito no nutritivo con mayor frecuencia.³⁴

La succión del chupete que efectúa él bebe y luego el niño, es suprimible y no requiere de mucho esfuerzo, a diferencia de la succión digital que es difícil de modificar el comportamiento.⁴

Si no se logra suprimir tempranamente el hábito, la posibilidad de que logre sufrir de una alteración dental y maxilar en el futuro es lo más probable.¹⁵ La probabilidad que desarrolle o presente la maloclusión es de 6 veces, y será de más probabilidad si persiste de la edad aconsejada a utilizar que puede ser de 13,6 veces mayor.³²

Entre las consecuencias se encuentran la mordida abierta, aumento del paladar en su profundidad, colapso del maxilar, mordida cruzada posterior.^{15,32}

- **Succión digital**

La succión digital es un hábito muy común que se presenta durante en la infancia,²⁶ al que se considera como un mal hábito, cuando el niño está con el problema por más de dos años de edad, por cuanto a dicha edad inicia la masticación por la presencia de los dientes completos.²⁷

Para otras investigaciones es normal hasta los cuatro años, si persiste por más años es señal de ansiedad.²⁶ Lo más probable es que se presenta en más del 50% de infantes.^{12,31}

El desequilibrio de fuerzas en los músculos producto de las fuerzas que ejerce las mejillas hacen que se deformen el maxilar, y como también por la acción

de la lengua al no estar junto al paladar hace que comprima produciendo como consecuencia la malposición dentaria.²⁷

Los problemas que genera la acción de la succión digital es en protruir los incisivos superiores, lingualizar a los incisivos inferiores, prognatismo, mordida dental abierta y cruzada, así como estrechar la arcada del maxilar superior.^{26,27}

Al presentarse las manifestaciones bucales producto del hábito por su frecuencia e intensidad en el tiempo, hace que la deglución sea dificultosa, debido a la existencia del incremento de sobre mordida horizontal.²⁷

Entre otros tipos de succión digital se encuentran, la succión del dedo pulgar, y en algunos casos cuando 2 o más dedos se ven involucrados en ser succionados.^{26,31}

- **Succión labial**

Se conoce como succión labial, al acto de succionar, lamer o morder el labio, que clínicamente es observable a los tejidos periorales enrojecidos e inflamados.³

Lo más frecuente manifestación es la succión del labio inferior, que repercute en la deformación de los incisivos laterales, en el que los incisivos superiores se vestibularizan.³⁵

Las manifestaciones como producto de la succión es la presencia de mordida abierta, resalte anterior, los incisivos inferiores se retroinclinan.³⁵

b. Onicofagia

La onicofagia se manifiesta mordiéndose las uñas, que es muy usual en todas las edades del individuo.³² En la niñez, por lo general es la sustitución de la succión del dedo

o chupón,³⁶ y está relacionado a desordenes Psicoemocional como por la ansiedad y el estrés,³² que por causas de oclusión.³⁶

Para Moyers el acto de morderse las uñas provoca las malposiciones dentarias.¹⁵ También es observable en este tipo de pacientes el apiñamiento de los dientes, desgastes, dientes rotados.³²

Otra de las consecuencias por interponer objetos dependiendo del tamaño, así como por morderse las uñas, el efecto será el tipo de mordida abierta del sector anterior o posterior.²⁷

c. Respirador bucal

El hábito es adquirido por la sustitución del patrón de respiración nasal por la del patrón de respiración bucal o mixto,²⁸ cuando la inspiración, así como la expiración es producida por la cavidad bucal, que produce el incremento de presión de aire en la zona intrabucal.²⁶

El problema de respiración bucal es ocasionado también por la obstrucción nasal funcional o anatómica, provocado por diversos problemas como la desviación del tabique nasal, inflamaciones mucosas y pólipos nasales.^{26,16}

Las consecuencias por este hábito es la mordida cruzada en el sector posterior y por la mordida abierta anterior, labios hipotónicos e hipertónicos, incisivos superiores en vestibuloversión, así como en el aspecto facial presenta un perfil convexo, maloclusiones clase II y III, y mordida cruzada y abierta.²⁶

d. Deglución atípica

La deglución atípica es una actividad parafuncional, en el que se produce la contracción de los músculos mímicas durante la deglución, donde los músculos de

expresión facial no participan.¹⁶ Su origen se basa en el desequilibrio de los músculos de la lengua y la cinta muscular perioral.³⁶

La deglución atípica, para Moyers es llamado interposición lingual, por cuanto el patrón de la deglución infantil aún persiste, y que es un caso secundario por una mordida abierta anterior presente.¹⁶

Las causas etiológicas son diversas entre las que se encuentran el desequilibrio del control nervioso por no tener el control de los músculos y la parte motora, amígdalas inflamadas que provocan dolor al niño durante la deglución, macroglosia por la voluminosidad de la lengua que caben en la cavidad oral.³⁶

Otras de las causas es la alimentación por medio de biberón que conlleve un tiempo muy prolongado, así como la pérdida de los dientes temporales de manera prematura.¹⁴

Una de las consecuencias es en generar problemas fonéticos durante la pronunciación de las letras d, t, l, n, r.²⁶

Se encuentran también, la afección del sector anterior y posterior por la mordida abierta, incisivos superiores protruidos, diastemas que involucra el sector anteroposterior, incompetencia labial, músculos masticatorios hiperactivos y borla del mentón con presencia de hipertonicidad.^{14,26}

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Ho: No existe relación significativa entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

2.3.2 Hipótesis específicos

- **Hi:** Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
- **Ho:** No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
- **Hi:** Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
- **Ho:** No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
- **Hi:** Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
- **Ho:** No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Para realizar esta investigación, se usó el método hipotético deductivo. El método hipotético deductivo se fundamenta en generar la hipótesis, a partir de dos premisas o variables para el procesamiento, análisis e interpretación.³⁷

3.2. Enfoque de la investigación

Se usó en la presente investigación el enfoque cuantitativo. Es cuantitativo porque se encarga de medir los fenómenos, mediante las técnicas estadísticas en el análisis de los datos acopiados, con el propósito de describir, explicar, predecir, mediante la determinación de las fuerzas de las asociaciones o correlación entre las variables.^{37, 38}

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue de tipo observacional, de corte transversal, prospectivo, descriptivo, y de nivel correlacional:

- **Observacional:** Según la intervención es observacional, por cuanto se ciñen en observar y en registrar el acontecimiento sin intervenir en el efecto de la variable.^{3,39}
- **Corte transversal:** Es transversal porque el evento es medido o registrado un solo momento, es decir de manera simultánea en solo periodo de tiempo.^{3, 39}

- **Prospectivo:** Es prospectivo por cuanto su dimensión de estudio no es longitudinal. Por el contrario, se seguirán a los individuos del estudio a través del tiempo en un periodo corto.^{39,40}
- **Descriptivo:** Es descriptivo, porque se ciñe en explicar las características, es decir el investigador no desempeña un papel activo en la exposición.³⁹
- **Correlacional:** Es correlacional, porque tiene la finalidad de conocer la asociación o grado relación de estadística que exista entre las variables, puntualmente entre los hábitos nocivos y las maloclusiones dentales.⁴¹

3.4. Diseño de la investigación

Para esta investigación se usó un diseño no experimental. Es no experimental, por cuanto el investigador no manipula las variables, ni decide en la exposición, es decir no desempeña un papel activo, solo observa el efecto ya producido.^{39,41}

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población:

La población de esta investigación estuvo conformada por 60 niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá del distrito de Acochaca en la región Ancash en el 2020.

3.5.2. Muestra:

La muestra de esta investigación estuvo conformada por 60 niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá del distrito de Acochaca en la región Ancash en el 2020.

3.5.3. Muestreo

El tipo de muestreo de la investigación es el muestreo Censal, que consistió en la selección del 100% de toda la población estudiada con características en común. Por lo tanto, se realizó la investigación con toda la población.

El tipo de muestreo es censal, porque son aquellas donde toda la población a investigar son las unidades de la investigación, las que están incluidas como muestra.⁴²

Criterios de inclusión:

- Niños de ambos géneros de 7 a 11 años de edad que residen en el centro poblado de Sapchá del distrito de Acochaca en la región Ancash.
- Niños que desearon participar y que cuenten con el consentimiento informando firmado por sus padres o apoderado, y con su asentimiento informado firmado.
- Niños que presenten la dentición mixta.
- Niños que presenten el primer molar permanente.

Criterios de exclusión:

- Niños con presencia de caries dentales extensa y que involucra los primeros molares permanentes.
- Ausencia de uno o todas las molares permanentes.
- Niños que están con tratamiento ortodóntico, o que hayan recibido tratamiento previo.
- Niños que presenten aparente alteración congénitas, síndromes o enfermedades.
- Niños renuentes a colaborar durante la evaluación clínica.

3.6. Variables y operacionalización

3.6.1 Variables

Variable dependiente:

Maloclusión

Variable independiente:

Hábitos bucales

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Tipo de variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Variable dependiente: Maloclusión	Cualitativa	Conjunto de alteraciones óseas de los maxilares y/o de las posiciones de los dientes que impidan la correcta oclusión o función del aparato masticatorio. ¹	Maloclusión anteroposterior	Consideraciones de la Clasificación de Angle <ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta
			Maloclusión transversal	• Mordida Cruzada (premolares y molares inferiores desbordan lateralmente a los superiores)	Nominal	• Presenta
				• Mordida en Tijera (caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.)		• No presenta
			Maloclusión vertical	• Mordida abierta anterior/posterior (Overbite nulo o negativo. Uno o más dientes no ocluyen)	Nominal	• Presenta
• Mordida profunda anterior (Overbite excesivo >20%)	• No presenta					
Variable independiente Hábitos bucales	Cualitativa	Conjunto de hábitos que el individuo realiza como al introducirse el dedo a la boca, morderse las uñas, respirar por la boca en lugar de la nariz, e interponer la lengua al deglutir. ¹⁹	Succión No Nutritiva	Cuestionario de hábitos	Nominal	≥: 13 Presenta
Onicofagia			≤: 12 No presenta			
Respirador bucal			≥: 25 Presenta			
Deglución atípica			≤: 24 No presenta			
						≥: 13 Presenta
						≤: 12 No presenta
						≥: 16 Presenta
						≤: 15 No presenta

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

En el presente estudio la técnica a utilizar fue la observacional, que consiste en recopilar la información sobre la maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Los detalles de cómo se realizó la investigación, se describe más adelante en el acápite procedimiento de recolección de la investigación, después de la descripción del instrumento a utilizar como está estructurado, en relación a su validez de contenido y su confiabilidad.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Como instrumentos se contó con dos: Un cuestionario tipo encuesta dirigido a los padres o tutores de los niños para conocer los hábitos bucales presentes o ausentes, y otro instrumento tipo ficha clínica de recolección de datos sobre maloclusiones.

a. Instrumento cuestionario tipo encuesta sobre hábitos bucales

El cuestionario sobre hábitos bucales (Anexo 2) a utilizar, se tomó del estudio de Levano EK en Perú titulado “Relación entre alteraciones dentomaxilares y los hábitos bucales en dentición mixta de alumnos de la institución educativa adventista salvador Lima - 2017”.¹⁵

El cuestionario tipo encuesta (Anexo 2) está estructurado para que sea contestado por los padres o apoderado del niño, y consta de las siguientes partes:

- **Primera estructura**

Contiene número de encuesta, fecha de evaluación, y los datos personales del participante (niño) como su edad y sexo.

- **Segunda estructura**

La estructura interna del cuestionario tipo encuesta (Anexo 2) contiene 22 preguntas sobre hábitos bucales de los niños. Las preguntas que contiene la encuesta, está calificadas según la escala de Likert. La valoración está asignada donde 0 es a "nunca", 1 es a "casi nunca", 2 es igual "a veces", 3 es a "casi siempre" y 4 es a "siempre".¹⁵

Las 21 preguntas sobre hábitos bucales de los niños está dividido en referencia a cada uno de los hábitos. Las cuatro primeras preguntas corresponden a hábito de succión no nutritiva, las ocho preguntas sucesivas corresponden a hábito respirador bucal, las cuatro preguntas sucesivas corresponden al hábito de onicofagia y las seis últimas al hábito de deglución atípica.

Para la presencia de hábitos bucales las consideraciones son las siguientes puntuaciones mínimas para cada habito bucal, según la suma de las respuestas:¹⁵

- Succión no nutritiva: ≥ 13 puntos
- Respirador bucal: ≥ 25 puntos
- Onicofagia: ≥ 13 puntos
- Deglución atípica: ≥ 13 puntos

Otro de los acápites que contiene en esta parte la encuesta es sobre los tipos de hábitos para el operador que debe de marcar en cada cuadro correspondiente.

b. Instrumento tipo ficha clínica de recolección de datos sobre maloclusiones.

Este instrumento tipo ficha clínica de recolección de datos sobre maloclusiones, (Anexo 3) se ha elaborado teniendo en consideraron estudios previos relacionados a la maloclusión antero posterior, maloclusión transversales y maloclusión vertical.^{1,14,17,19}

Dicho instrumento tipo ficha clínica de recolección de datos sobre maloclusiones, (Anexo 3) está estructurado de las siguientes partes:

Primera estructura

Contiene número de ficha, fecha de evaluación, y los datos personales del participante (niño) como su edad y sexo.

Segunda estructura

Está segunda estructura sobre maloclusiones está dividida en cuatro partes:

En una primera para indicar si presentan maloclusión o no presenta, en esta última se tuvo en consideración, que cuando presenta la clase I y no es acompañado por maloclusiones transversales y/o verticales.

En una segunda parte para indicar si presenta la maloclusión anteroposterior, una tercera sobre maloclusión transversal y la cuarta sobre maloclusión vertical.

- **Maloclusion anteroposterior:**

Dentro de la maloclusión anteroposterior se encuentra, las maloclusiones según la clasificación de Angle: Clase I, Clase II y la Clase III

- **Maloclusión transversal:**

Dentro de la maloclusión transversal se encuentran:

- Mordida Cruzada y la Mordida en Tijera

- **Maloclusión vertical:**

Dentro de la maloclusión vertical se encuentran:

- Mordida abierta anterior/posterior
- Mordida profunda anterior

3.7.3 Validación

Para evaluar los hábitos bucales se utilizó el cuestionario tipo encuesta, (Anexo 2) que cuenta con la validez de contenido, que fue validado por un juicio de expertos, y que fue elaborado para su estudio por Levano EK en Perú titulado “relación entre alteraciones dentomaxilares y los hábitos bucales en dentición mixta de alumnos de la institución educativa adventista salvador Lima - 2017”.¹⁵ Sin embargo, se realizó la revalidación por 5 expertos (Anexo 4).

El instrumento ficha de recolección de datos sobre maloclusiones, (Anexo 3) fue elaborado teniendo en consideraron los estudios previos relacionados a la maloclusión. El cual fue validado su contenido por 5 expertos, todas ellas docentes de la UPNW del área de odontopediatría (Anexo 5).

3.7.4. Confiabilidad

El cuestionario tipo encuesta sobre hábitos bucales elaborado por Levano EK,¹⁵ igualmente cuenta con análisis de confiabilidad aceptable.

Sin embargo, para corroborar que es aplicable a la presente investigación, se realizó el análisis de confiabilidad del cuestionario sobre hábitos bucales, en una

población de similar característica a la muestra a estudiar. Para dicho fin se utilizó la prueba estadística del test alpha de Crombach, que fue de 0.729, que corresponde una aceptable confiabilidad del instrumento cuestionario de encuesta sobre hábitos bucales (Anexo 6).

3.7.5. Procedimiento de recolección de la investigación

La investigación sobre la relación entre la maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad, se realizó en el centro poblado de Sapchá del distrito de Acochaca en la región Ancash. Para lo cual fue necesario contar 48 horas antes del viaje a dicha localidad, con el resultado negativo a la prueba Covid-19 (Anexo 11) por la coyuntura de emergencia sanitaria que se encuentra el país, con la finalidad de salvaguardar la salud de los niños participantes y de la comunidad.

Un paso previo antes de efectuar la recolección de la información de la parte clínica que es la evaluación bucal de los niños para identificar las maloclusiones, fue necesario realizar en primer lugar la calibración de concordancia inter-observador, (entre el especialista en ortodoncia o de odontopediatría y la investigadora) mediante el coeficiente de Kappa de Cohen, según la puntuación establecido por Landis y Koch, para ver si la concordancia es aceptable, el cual fue de 0.846 que corresponde a un grado o fuerza concordancia inter-observador casi perfecta o muy bueno (Anexo 7).^{43, 44}

La investigación se realizó en dos etapas, en una primera la encuesta (Anexo 2) dirigido a los padres de familia o apoderado sobre los hábitos bucales que pueden presentar sus niños. Y seguidamente una segunda etapa, en la cual se efectuó la toma de impresión de los dientes de los niños para poder evaluar las maloclusiones que puedan presentar, el cual se recopiló en la ficha clínica de recolección de datos sobre maloclusión. (Anexo 3).

Para hacer posible esta investigación se realizó la visita de cada uno de los niños de 7 a 11 años de edad y a sus padres o apoderados, en sus viviendas ubicadas en el centro poblado de Sapchá del distrito de Acochaca, ubicado en la provincia de Asunción, en el departamento de Áncash.

Primera etapa:

En la primera etapa, se llevó a cabo la encuesta sobre los hábitos bucales que pueden presentar los niños, que estuvo dirigido hacia los padres de familia o apoderado, dicho cuestionario (Anexo 2). Para esta primera etapa fue necesario contar con el consentimiento informado firmado por parte de los padres o apoderados (Anexo 9) en el que se les explicó que la investigación no conlleva a ningún riesgo para los participantes por cuanto se ciñe solamente en realizar una encuesta que será respondido por ellos, la observación clínica del estado de los dientes de sus niños como la toma de impresión dental con el material de alginato, y se les indicó que no se realizará ninguna intervención de tratamiento en los niños.

El cuestionario utilizado consta de 22 preguntas. Las respuestas de cada pregunta están calificadas según la escala de Likert, en "nunca", "casi nunca", "a veces", "casi siempre" y "siempre". Cuya valoración asignada es: Donde 0 es a "nunca", 1 es a "casi nunca", 2 es igual "a veces", 3 es a "casi siempre" y 4 es a "siempre";

Las cuatro primeras respuestas corresponderán al hábito de succión no nutritiva, las ocho siguientes al hábito respirador bucal, las cuatro siguientes al hábito de onicofagia y las seis últimas respuestas de las preguntas al hábito de deglución atípica.

Para indicar la presencia de hábitos bucales, se tuvo en consideración las siguientes puntuaciones mínimas para cada hábito bucal, según la suma de las respuestas:

- Succión no nutritiva: ≥ 13 puntos, si presenta hábito.

- Respirador bucal: ≥ 25 puntos, si presenta habito.
- Onicofagia: ≥ 13 puntos, si presenta habito.
- Deglución atípica: ≥ 13 puntos, si presenta habito.

La información obtenida se registró en la parte de la encuesta sobre los tipos de hábitos que presenta para el operador que pueden ser succión nutritiva, respirador bucal, onicofagia o deglución atípica.

Segunda etapa:

En esta segunda etapa y antes de ejecutar la evaluación sobre la maloclusión dental en los niños, se les realizó una charla informativa a los niños y sus padres o apoderados sobre los pasos a realizar en esta etapa. Se les explicó también a los niños que su participación es libre, voluntaria y su aceptación al estudio se expresó con la firma del asentimiento informado (Anexo 10) y la presentación del consentimiento informado firmado (Anexo 9) por sus padres o apoderados.

Para la evaluación de la maloclusión se efectuó la toma de la impresión dental con alginato mediante una cubeta de impresión dental de plástico descartable. El cual se realizó durante el día con luz natural en uno de los ambientes de la vivienda.

Para la toma de impresión dental con alginato, la investigadora contó con el uniforme y el equipo de protección personal (EPP) para tal fin: Gorro, mascarilla FFP2 o KN95, máscara facial, guantes látex o nitrilo, bata impermeable de manga larga. Además, para cada uno de los niños participantes en el estudio se le colocó gorro y campo desechable.

Los pasos que se tuvo en cuenta para la toma de impresión dental en cada uno de los niños participantes, fueron las siguientes consideraciones:

- Se le informó al participante del estudio, en que consiste el procedimiento de toma de impresión dental a realizar.
- Se le pidió al niño que previamente se realice la higiene dental, para lo cual se les proporcionó el cepillo dental individual y una porción aproximado del tamaño de una alverja (0,25 gr) de pasta dental de 1100ppm de flúor.⁴⁵
- Luego se les proporcionó el enjuague bucal de clorhexidina al 0.12%, como antiséptico bucal (enjuague 30 segundos),⁴⁶ como paso previo a la toma de impresión dental con cubetas individuales con alginato.
- Las cubetas previamente estuvieron desinfectadas con yodopovidona al 10% (como Antiséptico, que abarca a formas vegetativas de bacterias, hongos y virus).⁴⁷
- Durante la toma de impresión se seleccionó la cubeta de plástico descartable según el tamaño de la arcada del niño, luego se preparó el alginato según las indicaciones del fabricante, y se procedió con la toma de impresión dental.
- Se tomó el registro de mordida dental con cera.
- Se realizó el vaciado con yeso la toma de impresión enseguida, para repetir el procedimiento si no salió correctamente.
- Antes, durante y después, la investigadora contó con el correspondiente uso del equipo de protección personal (EPP) de bioseguridad, y las consideraciones de atención en odontopediatría en tiempos del Covid-19.⁴⁸

Una vez obtenido los modelos de estudio, que fue posterior a la toma de impresión dental de los niños, se observó y analizó las características de los dientes en dichos modelos de estudio.

Sobre la ausencia de maloclusión o la presencia de maloclusión anteroposterior, transversal y vertical se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones en cada uno de los tipos de maloclusiones, que son las siguientes:

- **No presenta maloclusión:** Para indicar que no presentan maloclusión, se tuvo la siguiente consideración: Cuando presenta la clase I y no está acompañado por maloclusiones transversales (mordida cruzada y mordida en tijera) y/o verticales. (mordida abierta anterior/posterior y mordida profunda anterior).

- **Maloclusión anteroposterior**

En la maloclusión anteroposterior se observó si existe la maloclusión de Angle, que son la clase I, clase II y la Clase III.

- Se indicó que si presenta clase I cuando se observó que la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior”.²⁵
- Se indicó que si presenta clase II cuando se observó que la “cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye en la vertiente distal del segundo premolar inferior”.²⁵
- Se indicó que si presenta clase III “cuando en oclusión habitual se observó el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial en relación con el primer molar permanente superior”.²⁵

- **Maloclusión transversal**

En la maloclusión transversal se observó si existe la mordida cruzada y mordida en tijera.

- Se indicó que si presenta mordida Cruzada cuando los premolares y molares inferiores desbordan lateralmente a los superiores, unilateral o bilateralmente.^{1,14}
- Se indicó que si presenta mordida en Tijera cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.^{1,14}

- **Maloclusión vertical**

En la maloclusión vertical se observó si existe la mordida abierta anterior/posterior y mordida profunda anterior.

- Se indicó que si presenta mordida abierta anterior/posterior cuando uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas Overbite nulo o negativo.¹
- Se indicó que si presenta mordida profunda anterior cuando existe un Overbite excesivo (>20%).¹

El “entrecruzamiento incisivo supera los 2,5mm, es mayor a 1/3 o mayor del 25-30%”.¹

Los datos observados se registraron en la ficha de recolección sobre maloclusión diseñada para esta investigación (Anexo 3).

Finalmente, toda la información recolectada fue llevada a una base de datos para su procesamiento estadístico.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Los datos del estudio se procesaron con el programa estadístico SPSS versión 22.0. Al presentar el estudio dos variables, se demostraron si existe relación y diferencia significativa entre las variables maloclusión y hábitos bucales, para lo cual se aplicó la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 95 % ($p \leq 0,05$). Los datos del estudio se muestran por medio de tablas de distribución de frecuencias. Las tablas de doble entrada, y los gráficos se efectuaron con el programa Microsoft Excel, y el programa Word se utilizó para la redacción de la investigación y demás documentos pertinentes.

3.9. Aspectos éticos

- Durante la recolección de la información se guardaron en anonimato los datos personales de los menores de edad, dando cumplimiento a la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”). Por lo tanto, los instrumentos a utilizados estuvieron debidamente codificados para guardar la confidencialidad.
- Se respetaron el principio de autonomía de los menores de edad participante, así como la de sus padres o apoderados. Por ello antes de efectuar la investigación y la aceptación a participar, se les explicaron de manera breve y claro, con un lenguaje entendible sobre el propósito de la investigación, las mismas que se encuentran en el consentimiento informado dirigido a los padres y en el asentimiento informado de los menores de edad.

- Se les entregaron el consentimiento informado a los padres (Anexo 9) y el consentimiento informado a los niños (Anexo 10), para la firma como sustento de su aceptación voluntaria a participar.
- La investigación no conllevó a ningún riesgo para los participantes por cuanto se ciñe solamente a la observación clínica, y no se realizó ninguna intervención de tratamiento alguno.
- Durante la evaluación clínica a los participantes se tuvieron en consideración las normas de bioseguridad, y todo material descartable durante la investigación fue desechado bajo dicha norma.
- La investigación a efetuada sobre la relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá en la región Ancash, a sido revisado por la comisión de Ética de la universidad Norbert Wiener, y el que dio su respectiva aprobación (Anexo 8).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis de resultados

Tabla 1: Relación existente entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Maloclusión	Hábitos bucales											
	Succión no nutritiva		Respirador bucal		Onicofagia		Deglución atípica		Sin hábitos bucales		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	20	33.3%	3	5.0%	23	38.3%	4	6.7%	5	8.3%	55	91.7%
No	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	8.3%	5	8.3%
Total	20	33.3%	3	5.0%	23	38.3%	4	6.7%	10	16.7%	60	100%

Prueba de chi cuadrado: 27.2. $P=0,000 \leq 0,05$. Existe relación estadísticamente significativa.

Fuente: Elaboración propia

De la tabla se aprecia que del total de los niños de 7 a 11 años de edad el 33.3% presentaron el hábito de succión no nutritiva y maloclusión, el 38.3% presentaron el hábito de onicofagia y maloclusión, el 6.7% presentaron deglución atípica y maloclusión. También se aprecia que el 8.3% del total de los niños de 7 a 11 años de edad que no presentaron hábitos bucales tampoco presentaron maloclusión. A la prueba de chi-cuadrado, se encontró relación estadística entre los hábitos bucales con la maloclusión ($p \leq 0,05$).

Tabla 2: Tipos de maloclusión en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Tipos de maloclusión		
Maloclusión anteroposterior	Cantidad	Porcentaje
Clase I	30	50.0
Clase II	18	30.0
Clase III	7	11.7
Normal / sin maloclusión	5	8.3
Maloclusión transversal		
Mordida Cruzada	11	18.3
Mordida en Tijera	2	3.3
maloclusión vertical		
Mordida abierta anterior/posterior	27	45
Mordida profunda anterior	8	13.3

Nota: Muestra 60 pacientes. Fuente: Elaboración propia

De la tabla se aprecia que el 50% del total de los niños de 7 a 11 años de edad presentan maloclusión anteroposterior clase I, el 30% maloclusión anteroposterior clase II y el 11,7% maloclusión anteroposterior clase III. En la maloclusión transversal el 18.3% del total de los niños de 7 a 11 años de edad presentan mordida cruzada y el 3.3% mordida en tijera. De la misma manera en la maloclusión vertical se aprecia que del total de los niños de 7 a 11 años de edad el 45% presentan mordida abierta anterior/posterior y el 13.3% mordida profunda anterior.

Tabla 3: Hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Hábitos bucales		
	Cantidad	Porcentaje
Succión no nutritiva	20	33.3
Respirador bucal	3	5.0
Onicofagia	23	38.3
Deglución atípica	4	6.7
Sin hábitos bucales	10	16.7
Total	60	100.0

Fuente: Elaboración propia

De la tabla se aprecia que del total de los niños de 7 a 11 años de edad el 33.3% presentaron hábitos de succión no nutritiva, el 38.3% presentaron onicofagia, en menor porcentaje el hábito de deglución atípica un 6.7% y un 5% el hábito de respirador bucal.

Tabla 4: Relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Hábitos bucales	Maloclusión anteroposterior									
	Clase I		Clase II		Clase III		Sin maloclusión		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Succión no nutritiva	8	13.3%	9	15.0%	3	5.0%	0	0.0%	20	33.3%
Respirador bucal	0	0.0%	2	3.3%	1	1.7%	0	0.0%	3	5.0%
Onicofagia	17	28.3%	4	6.7%	2	3.3%	0	0.0%	23	38.3%
Deglución atípica	2	3.3%	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	4	6.7%
Sin hábitos bucales	3	5.0%	1	1.7%	1	1.7%	5	8.3%	10	16.7%
Total	30	50.0%	18	30.0%	7	11.7%	5	8.3%	60	100.0%

Prueba de chi cuadrado: 38,3. $P= 0,000 \leq 0,05$. Existe relación estadísticamente significativa.

Fuente: Elaboración propia

De la tabla se aprecia que del total de niños de 7 a 11 años de edad $n=60$, el 28.3% presentaron maloclusión anteroposterior clase I y el hábito bucal de onicofagia; el 15% presentaron el hábito bucal de succión no nutritiva y maloclusión anteroposterior clase II y el 8.3% no presentaron hábitos bucales y no presentaron maloclusión. A la prueba de chi-cuadrado, se encontró relación estadística entre los hábitos bucales con la maloclusión anteroposterior ($p \leq 0,05$).

Tabla 5: Relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

		Maloclusión transversal					
		Mordida Cruzada				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Hábitos bucales	Succión no nutritiva	3	5.0%	17	28.3%	20	33.3%
	Respirador bucal	1	1.7%	2	3.3%	3	5.0%
	Onicofagia	6	10.0%	17	28.3%	23	38.3%
	Deglución atípica	1	1.7%	3	5.0%	4	6.7%
	Sin hábitos bucales	0	0.0%	10	16.7%	10	16.7%
		11	18.3%	49	81.7%	60	100.0%
		Mordida en tijera				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Hábitos bucales	Succión no nutritiva	1	1.7%	19	31.7%	20	33.3%
	Respirador bucal	0	0.0%	3	5.0%	3	5.0%
	Onicofagia	1	1.7%	22	36.7%	23	38.3%
	Deglución atípica	0	0.0%	4	6.7%	4	6.7%
	Sin hábitos bucales	0	0.0%	10	16.7%	10	16.7%
Total		2	3.3%	58	96.7%	60	100.0%

Prueba de chi cuadrado: 4. $P= 0,392 > 0,05$. No existe relación estadísticamente significativa.

Fuente: Elaboración propia

De la tabla se aprecia que del total de los niños de 7 a 11 años de edad el 10% presentaron maloclusión transversal de mordida cruzada y el hábito bucal de onicofagia, asimismo, el 1,7% que presentaron mordida en tijera. A la prueba de chi-cuadrado, no se encontró relación estadística entre los hábitos bucales con la maloclusión transversal de mordida cruzada y mordida en tijera ($p > 0,05$).

Tabla 6: Relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

		Maloclusión vertical					
		Mordida abierta anterior/posterior				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Hábitos bucales	Succión no nutritiva	11	18.3%	9	15.0%	20	33.3%
	Respirador bucal	1	1.7%	2	3.3%	3	5.0%
	Onicofagia	11	18.3%	12	20.0%	23	38.3%
	Deglución atípica	2	3.3%	2	3.3%	4	6.7%
	Sin hábitos bucales	2	3.3%	8	13.3%	10	16.7%
Total		27	45.0%	33	55.0%	60	100.0%
		Mordida profunda anterior				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Hábitos bucales	Succión no nutritiva	4	6.7%	16	26.7%	20	33.3%
	Respirador bucal	0	0.0%	3	5.0%	3	5.0%
	Onicofagia	1	1.7%	22	36.7%	23	38.3%
	Deglución atípica	1	1.7%	3	5.0%	4	6.7%
	Sin hábitos bucales	1	1.7%	9	15.0%	10	16.7%
Total		7	11.7%	53	88.3%	60	100.0%

Prueba de chi cuadrado corregida asociación lineal: 4.17 P= 0,041≤0,05. Existe relación estadísticamente significativa.

Fuente: Elaboración propia

De la tabla se aprecia que del total de niños de 7 a 11 años de edad con maloclusión vertical de mordida abierta anterior/posterior presentaron el hábito bucal de onicofagia un 18.3%, como también el hábito de succión no nutritiva un 18.3%. También, se aprecia que el 6.7% presentaron maloclusión vertical de mordida profunda anterior y el hábito bucal de onicofagia. A la prueba de chi-cuadrado, se encontró relación estadística entre los hábitos bucales y la maloclusión vertical ($p \leq 0,05$).

4.1.2. Prueba de hipótesis

Consideraciones en el análisis de las hipótesis: H_0 . No existe relación entre las variables, H_1 . Existe relación entre las variables, 95% de nivel de confianza, y 0,05 α nivel de significancia.

Tabla 7: Prueba de la hipótesis general: Relación entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

H_1 : Existe relación significativa entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

H_0 : No existe relación significativa entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Nivel de significación 0.05

Estadístico de prueba

Prueba de chi-cuadrado			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,273 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	20,557	4	,000
Linear-by-Linear Association	14,276	1	,000
N of Valid Cases	60		

a. 7 celdas (70,0%) tienen un recuento esperado menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25.

Regla de decisión

Rechazar H_0 si $p \leq 0.05$

Conclusión: Dado que $p=0.0000 \leq 0.05$ entonces se rechaza H_0 y por lo tanto se acepta H_1 .

Es decir, existe relación significativa entre la maloclusión con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020

Tabla 8: Prueba de la hipótesis del objetivo específico 3: Relación entre la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Hi: Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Ho: No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Nivel de significación 0.05

Estadístico de prueba

Prueba de chi-cuadrado			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,322 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	32,672	12	,001
Linear-by-Linear Association	3,209	1	,073
N of Valid Cases	60		

a. 15 celdas (75,0%) tienen un recuento esperado menor que 5. El recuento mínimo esperado es, 25

Regla de decisión.

Rechazar Ho si $p \leq 0.05$

Conclusión: Dado que $p=0.000 \leq 0.05$ entonces se rechaza Ho y por lo tanto se acepta Hi.

Es decir, existe relación significativa entre la maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Tabla 9: Prueba de la hipótesis del objetivo específico 4: Relación entre la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Hi: Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Ho: No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Nivel de significación 0.05

Estadístico de prueba.

Prueba de chi-cuadrado			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,107 ^a	4	,392
Likelihood Ratio	6,118	4	,191
Linear-by-Linear Association	,722	1	,395
N of Valid Cases	60		

a. 7 celdas (70,0%) tienen un recuento esperado inferior a 5. El recuento mínimo esperado es 65.

Regla de decisión

Rechazar Ho si $p \leq 0.05$

Conclusión: Dado que $p=0.392 > 0.05$ entonces aceptar Ho, y rechazar Hi. Es decir, no existe relación significativa entre la maloclusión trasversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020-

Tabla 10: Prueba de la hipótesis del objetivo específico 5: Relación entre la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Hi: Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Ho: No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Nivel de significación 0.05

Estadístico de prueba

Prueba de chi-cuadrado			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Linear-by-Linear Association	4,177	1	,041
N of Valid Cases	60		

a. 5 celdas (50,0%) tienen un recuento esperado menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,30

Regla de decisión

Rechazar Ho si $p \leq 0.05$

Conclusión: Dado que $p=0.041 \leq 0.05$ entonces se rechaza Ho y por lo tanto se acepta Hi.

Es decir, existe relación significativa entre la maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

4.1.3. Discusión de resultados

La maloclusión es el tercer problema patológico de la salud oral con mayor prevalencia en el Perú como en el mundo;^{2,9} y siendo los hábitos bucales como el factor de riesgo que influye en mayor proporción al alterar la adecuada oclusión, la estética facial y la autoestima del individuo.² Los hábitos bucales al ser actos adquiridos por la costumbre práctica con regularidad, se convierten en algo automatizado e involuntario, que modifican las posiciones dentales,¹² convirtiéndose en el factor más principal para la presencia de la maloclusión.² Que hicieron necesario conocer la relación existente entre la maloclusión y los hábitos bucales nocivos.

A partir de los objetivos trazados sobre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá. La presente investigación encontró al relacionar, la relación existente entre los hábitos bucales nocivos con la maloclusión ($p \leq 0,05$). Resultados similares fueron hallados por Rodríguez,¹⁴ Lévano,¹⁵ Troconoes,¹⁶ Garrido,¹⁸ que concluyeron igualmente, que los hábitos bucales se relacionan con la presencia de las maloclusiones.

La maloclusión y los hábitos bucales que predominaron en este estudio, los resultados mostraron que del total de los niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, el 38.3% presentaron el hábito de onicofagia y maloclusión, y el 33.3% el hábito de succión no nutritiva y maloclusión ($p \leq 0,05$). Estos resultados se asemejan a lo reportado por Lévano,¹⁵ que encontró relación entre las alteraciones intermaxilares (maloclusiones) con el hábito de succión no nutritiva. Pero no se coincide con el estudio desarrollado por Troconoes,¹⁶ quien halló en los niños de 7 a 12 años la maloclusión en el que predominó el hábito de respiración bucal en un 16.60%.

Los tipos de maloclusión hallados en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, predominó en un 50% la clase I de Angle en la maloclusión anteroposterior, en la maloclusión transversal se encontró la mordida cruzada en el 18.3% del total de los niños de 7 a 11 años de edad, y en la maloclusión vertical predominó la mordida abierta anterior/posterior en el 45%. Estos resultados guardan concordancia con lo reportado por Gamboa,¹ quien halló en la maloclusión anteroposterior o sagital que prevaleció la clase I en el 41.6%, en la maloclusión vertical la mordida abierta anterior en el 28.3%, y finalmente se concuerda con los resultados mostrados en lo que respecta a la maloclusión transversal en la que encontró la mordida cruzada en un 11.4%. Mientras se tuvieron una coincidencia parcial con los resultados de las investigaciones de Gil y Moreno,¹³ quienes mencionan que en la maloclusión anteroposterior prevaleció la clase I de Angle el 43% y en la maloclusión transversal la mordida cruzada en el 11%, con las cuales se tienen resultados similares; pero no se coincide con lo obtenido en la maloclusión vertical por cuanto presentó mordida profunda el 32% de los niños de 7 a 12 años. Así mismo existe similitud parcial con Rodríguez,¹⁴ porque se asemejan con el resultado encontrado en la maloclusión transversal que presentó la mordida cruzada posterior el 6,4% de los niños; pero se discrepa con lo hallado en la maloclusión vertical que prevaleció la mordida profunda anterior en el 17,9%, y con la maloclusión anteroposterior en la que predominó la clase II. Igualmente, la presente investigación presenta coincidencia parcial sobre los tipos de maloclusión con el estudio de Seraquive,¹⁷ quien reportó que en la maloclusión anteroposterior predominó la clase I con un 72%, en la maloclusión vertical la mordida abierta en el 10% con las que se concuerda, y no existe concordancia en lo que respecta a la maloclusión transversal que encontró la mordida en tijera.

Los hábitos bucales repercuten en la posición de los dientes, al ser uno de los factores principales, que hacen necesario conocer la prevalencia del tipo de hábito bucal. De manera que los hábitos bucales en los niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, denotaron que del total de los niños el 38.3% presentaron el hábito de onicofagia en mayor porcentaje, el 33.3% el hábito de succión no nutritiva, en menor porcentaje el hábito de deglución atípica un 6.7% y solo un 5% el hábito de respirador bucal. Información que guarda concordancia con lo reportado por las investigaciones de Gil et al,¹³ Gamboa¹ y con Seraquive;¹⁷ quienes encontraron igualmente la mayor prevalencia del hábito bucal de onicofagia, Gil et al¹³ en el 31% de los niños de 7 a 12 años de edad, Gamboa¹ en el 28.9% de los niños y con Seraquive¹⁷ por mencionar que halló en el 46% de los niños. Sin embargo, se difiere con el resultado indicado por Levano,¹⁵ que encontró como hábito la succión no nutritiva como la de mayor prevalencia en el 33.67% de los alumnos de 6 a 12 años de una institución educativa. Así mismo, no se guarda similitud con Trocones,¹⁶ su estudio demostró que el hábito más prevalente fue la respiración bucal en un 17.30% de los niños. Por ultimo no se coincide con Espinoza,¹⁹ por cuanto encontró predisposición a los hábitos de deglución atípica en un 19,48% de la población estudiada.

Otro de los objetivos trazados fue la de relacionar la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá. Los resultados obtenidos mostraron que del total de los niños de 7 a 11 años de edad n=60, el 28.3% presentaron maloclusión anteroposterior clase I y el hábito bucal de onicofagia, seguido por el 15% que presentaron el hábito bucal de succión no nutritiva y maloclusión anteroposterior clase II, existiendo relación estadística entre los hábitos bucales con la maloclusión anteroposterior ($p=0,000\leq 0,05$). Lo encontrado tuvieron similitud con los estudios efectuados por Seraquive,¹⁷ y Garrido.¹⁸

Por cuanto Seraquive ¹⁷ al relacionar encontró que la maloclusión anteroposterior clase I es la que predominó y se relacionó el hábito bucal de onicofagia, y Garrido ¹⁸ igualmente obtuvo resultado similar en donde la maloclusión Clase I se relacionó con el hábito de onicofagia en un 50% y la maloclusión Clase II con el hábito bucal de succión digital en un 75% que es un hábito bucal de succión no nutritiva. Por el contrario, se discrepa con lo hallado por Rodríguez¹⁴ y con la investigación de Gamboa.¹ De manera que Rodríguez¹⁴ encontró que la maloclusión anteroposterior clase II de Angle se relacionó con la deglución atípica y succión labial ($p < 0,05$), y con Gamboa¹ porque los hábitos como interposición lingual y respiración bucal se asociaron con la la maloclusión clase II de Angle. Si bien existen diferencias en los resultados, pero lo evidenciable es que los niños están expuestos a la maloclusión, debido a la presencia de los hábitos bucales que repercuten en la posición de los dientes.

En lo que respecta a la relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad, se encontró que del total de los niños el 10% presentaron maloclusión transversal de mordida cruzada y el hábito bucal de onicofagia, así como el 1,7% con mordida en tijera; sin embargo, a la prueba de chi-cuadrado, no se encontró relación estadística entre los hábitos bucales con la maloclusión transversal ($p > 0,05$). Por lo que se coincide con lo reportado por Seraquive,¹⁷ debido a que la maloclusión transversal no se relacionó significativamente con los hábitos nocivos, por cuanto solo un 2% presento mordida en tijera y el hábito bucal de onicofagia. Mientras se discrepa con Rodríguez,¹⁴ por lo mencionado en su investigación, que la maloclusión transversal de mordida cruzada posterior se relacionó con el hábito de respiración bucal ($p < 0,05$). Igualmente, existe diferencia con los resultados obtenidos por Gamboa,¹ que concluye que la mordida cruzada y en tijera de la

maloclusión transversal, se relaciona con los hábitos deletéreos de interposición lingual, succión digital, y respiración bucal.

Finalmente, al relacionar la maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, se encontró relación estadística entre los hábitos bucales y la maloclusión vertical ($p \leq 0,05$). Donde del total de niños el 18.3% presentaron la maloclusión vertical de tipo mordida abierta y el hábito bucal de onicofagia, así como el hábito de succión no nutritiva un 18.3%. Asimismo, se halló que un 6.7% presentaron la maloclusión vertical de tipo mordida profunda anterior y el hábito bucal de onicofagia. Estos resultados se asemejan a lo reportado por Seraquive,¹⁷ que en la maloclusión vertical se relacionó con los hábitos bucales, y que la mordida abierta anterior se relaciona con el hábito de succión digital (hábito de succión no nutritivo); pero de discrepa con la relación obtenida de la mordida profunda con el hábito de succión digital, por cuanto la presente investigación encontró que la mordida profunda se relacionó con el hábito bucal de onicofagia. Así mismo existe una coincidencia parcial con los resultados de Rodríguez,¹⁴ si bien existió la relación entre la maloclusión vertical con los hábitos bucales ($p < 0,05$), pero no se guardó similitud según los tipos de hábitos en específico, por cuanto Rodríguez,¹⁴ encontró que la maloclusión vertical de tipo mordida profunda se asocia significativamente con el hábito de respiración mixta ($p < 0,05$) y la mordida abierta con la deglución atípica ($p < 0,05$), y en nuestro caso fue con el hábito bucal de onicofagia en ambos casos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. Al relacionar la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, se encontró que existe relación entre la maloclusión y los hábitos bucales con predominio de la onicofagia y la succión no nutritiva. Por lo que se aceptó H_i ($p \leq 0,05$).
2. Los tipos de maloclusión en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, fue la clase I en la maloclusión anteroposterior, la mordida cruzada en la maloclusión transversal, y la mordida abierta anterior en la maloclusión vertical.
3. Los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, en mayor porcentaje fue el hábito de onicofagia, seguido por la succión no nutritiva.
4. En la maloclusión anteroposterior, se encontró que la clase I se relaciona con el hábito bucal de onicofagia, y la clase II con el hábito bucal de succión no nutritiva, en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá. Por lo que se aceptó H_i ($p \leq 0,05$).
5. En la maloclusión transversal, no se encontró la relación de la mordida cruzada y la mordida en tijera con los los hábitos bucales, en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá. Por lo que se aceptó H_o ($p > 0,05$).
6. En la maloclusión vertical, se encontró que la mordida abierta anterior/posterior se relaciona con el hábito bucal de onicofagia y la succión no nutritiva, y la maloclusión vertical de mordida profunda anterior se relacionó con el hábito bucal de onicofagia, en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá. Por lo que se aceptó H_i ($p \leq 0,05$).

5.2. Recomendaciones

- Se sugiere a partir de los resultados obtenidos en el que se encontró la relación entre la maloclusión y los hábitos, en efectuar investigaciones de intervención educativa a la población, sobre los efectos negativos que produce los hábitos hacia los dientes, con la finalidad de mejorar el conocimiento frente a dicha problemática.
- Es importante que los programas de salud oral, realicen actividades preventivas en las comunidades, así como en las instituciones de educación escolar, con la finalidad de concientizar sobre la influencia que ejercen los hábitos en las maloclusiones dentales.
- Al existir las maloclusiones producto por la influencia de los hábitos bucales nocivos, se sugiere en realizar intervenciones interceptivas, por parte de las instituciones de salud y los gobiernos locales.
- También se recomienda en promover e incentivar en los padres y/o apoderados de los niños, en realizar visitas periódicas al servicio de odontología, para el cuidado de la salud oral de sus niños y como el suyo propio.
- A estudios posteriores mejorar la presente investigación, incidiendo la parte clínica en el diagnóstico de los hábitos bucales, por cuanto en este estudio se basó en base a un cuestionario de interrogatorio dirigido a los padres de los niños.

REFERENCIAS

1. Gamboa L. Hábitos orales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de diciembre, 2018 [Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista]. Lima: UNFV; 2018.
2. Salinas L, Urgiles C, Jiménez M. Maloclusiones dentales en escolares de 12 años en la parroquia el Sagrario – Cuenca 2016. Rev.Salud & Vida Sipanense. 2017; 4(2): 58- 66.
3. Escola MA. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales [Tesis para obtener el título profesional de odontóloga]. Quito: UCE; 2017.
4. Estrella MA. Asociación de hábitos orales con maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar [Tesis para obtener el grado de maestría en ciencias odontológicas]. Quito: UANL; 2011.
5. Álvarez MC, Pérez A, Martínez I, García M, Suárez R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev Méd Electrón. 2014;36(4):396-407.
6. León KN, Jiménez, Z. Prevalencia de hábitos nocivos en pacientes con lactancia materna y de biberón. Revista Cient Espec OdontUG. .2019; 2(1):1-7.
7. Crespo C, Domínguez C, Vallejo F, Liñán C, Del Castillo C, León A *et al*. Impacto de maloclusiones sobre la calidad de vida y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de dos escuelas privadas Azogues – Ecuador, 2015. Estomatol Herediana.2017; 27(3): 141-52
8. Simbaña Z. Prevalencia de la maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico e impacto psicosocial de la estética dental en adolescentes del

- nororiente de la ciudad de Quito [Tesis para obtener el título de Especialista en Ortodoncia]. Quito: UCE; 2019.
9. Aliaga A, Mattos MA, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. *Rev peru med exp salud pública*. 2011; 28(1): 87-91.
 10. Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. *KIRU*. 2018; 15(2): 94-98
 11. Calisaya LL. Prevalencia de maloclusiones en pacientes de 12 a 18 años en el servicio de ortodoncia y ortopedia maxilar del Hospital Militar Central – Lima 2018 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Puno: UNA; 2020.
 12. Murrieta JF, Allendelagua RI, Pérez LE, Juárez LA, Linares C, Meléndez AF et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol. Med Hosp Infant Mex*. 2011; 68(1): 26-33.
 13. Gil JK, Moreno LK, Vargas KJ. Hábitos orales y maloclusión en un grupo de niños de 7 a 12 años del colegio Alberto Lleras Camargo –Villavicencio 2018 [Trabajo de grado para optar el título de odontología]. Bogotá: UCC; 2019.
 14. Rodríguez LHG. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista] Lima: UNMS; 2020.
 15. Lévano EK. Relación entre alteraciones dentomaxilares y los hábitos bucales en dentición mixta de alumnos de la Institución Educativa Adventista Salvador Lima - 2017 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista] Lima: UPNW; 2018.

16. Trocones AE. Asociación entre hábitos orales y la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7-12 años [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: UIGV; 2018.
17. Seraquive MK. Evaluación de los tipos de oclusión dental en relación a los hábitos bucales en los niños de la escuela “Luis Pasteur” de la parroquia Santiago-Loja periodo marzo-julio 2016 [Tesis previa a la obtención del título de odontología] Loja: UNL; 2016.
18. Garrido PC. Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años [trabajo de titulación para optar por el Título de odontóloga] Quito: UDLA; 2016.
19. Espinoza I. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica docente UPC en el año 2011-2014 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista] Lima: UPC; 2016.
20. Torres E. Índice de necesidad de tratamiento ortodóntico asociado a la autopercepción de la estética facial en escolares de 13 a 15 años de la I.E.S. Eduardo Benigno Luque Romero - Laraqueri, 2019 [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Puno: UNA; 2019.
21. Ramírez LM, Ballesteros LE. Oclusión Dental: ¿Doctrina mecanicista o lógica morfofisiológica? *Int J Odontostomat.* 2012; 6(2):205-220.
22. Díaz SM, Hidalgo S, Gómez Meriño M, Nápoles I, Tan N. Oclusión dentaria. Reflexiones más que conjeturas. *AMC.* 2008; 12(2):1-12.
23. Mori BS, Quiroz CLK. Factores medioambientales asociados a tipos de maloclusión en escolares de una institución educativa en la provincia de Lambayeque, 2019 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Chiclayo: UCSTM; 2020.

24. Ruiz AM. Prevalencia de maloclusiones en escolares de 8-12 años del cantón Cevallos en la provincia de Tungurahua de septiembre a diciembre del 2019 [Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Odontóloga. Quito: USFQ; 2019.
25. López E, Armas A, López E. Nuñez A, Tatés K. Prevalencia de hábitos deletéreos y maloclusiones en dentición mixta en niños de la ciudad de Quito, Ecuador. KIRU. 2018; 15(3):120-126.
26. Paiva BS. Relación entre los hábitos orales perniciosos y las maloclusiones dentarias según la clasificación molar de Angle, en niños con dentición mixta entre 7 y 12 años de edad, en el área de odontopediatría, de la clínica odontológica ULADECH Católica - provincia de Trujillo, región la Libertad, año 2016 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: ULADECH; 2017.
27. Barragan PX. Frecuencia de hábitos perniciosos y tipo de maloclusión de Angle y Dewey Anderson, en una población infantil de Iztapalapa, 2012-2013 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. México. D.F: UNAM; 2013.
28. Flores D. Meza ID. Alteraciones dentomaxilares y hábitos bucales en dentición permanente de la Institución Educativa 110 San Marcos – 2018 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: UPLA; 2019.
29. Ugalde FJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Rev ADM. 2007; 64(3).97-109.
30. Holguín AO. Asociación entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capelozza en el diagnóstico ortodóntico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S. “Pedro José Villanueva Espinoza” en el centro poblado Porcón Alto, Cajamarca- Perú en el año 2017 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: UPCH; 2018.

31. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2011. Obtenible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
32. Ocampo A, Johnson N, Lema MC. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev Nac Odontol. 2013; 9: 83-90.
33. Mendoza P, Méndez J, Florentín D, Martínez G, Aguilar G, Ríos CM. Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y su relación con maloclusión y anomalías dentomaxilares en preescolares de Cnel. Oviedo, Paraguay. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2019; 17(3):49-54.
34. Pipa A, Cuerpo P, López E, González M, Pipa I, Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Av Odontoestomatol. 2011; 27(3):137-145.
35. Rodríguez CJL. Nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en madres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Pimentel: USS; 2017.
36. Tongo M. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017 [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chachapoyas: UNTRM; 2017.
37. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 2019; 13(1):102-122.
38. Cadena P, Rendón R, Aguilar J, SalinasE, Cruz FR, SangermanD Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un

- acercamiento en las ciencias sociales. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*. 2017; 8(7):1603-1617.
39. Álvarez G, Delgado J. Diseño de estudios epidemiológicos. I. El estudio transversal: Tomando una fotografía de la salud y la enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2015; 32(1): 26-34
 40. Veiga J, DE la Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab* 2008; 54(210): 81-88.
 41. Garay L. Estilos de aprendizaje e inteligencias múltiples en estudiantes universitarios. Lima. 2014 [Tesis para obtener el Grado académico de doctor en educación]. Lima: USMP; 2015.
 42. Cepeda Z, Ruiz J. Empatía: diferencias entre abusadores sexuales, delincuentes violentos y un grupo control. *Revista Criminalidad*. 2015; 57(2):209-220.
 43. Díaz E, Hidalgo J, Quiroz M, Juárez R. Calibración de dos observadores para evaluar restauraciones en una investigación clínica. Aplicación del Índice de Concordancia de Kappa. *Investigación*. 2011; 4(1):7-11.
 44. Cerda J, Villarroel L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79(1):54-58.
 45. Pérez A, Tamayo JA, Chavarro M, AranaW, Saldarriaga AF. Estimación cualitativa del peso de la crema dental en niños. *Rev Cubana Estomatol*. 2014;51(4):[aprox. 6 p.].
 46. Cisneros G, Hernández Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN*. 2011;15(10):1445-1458.

47. Diomedi A, Chacón E, Delpiano L, Jemenao I, Medel M, Quintanilla M et al. Antisépticos y desinfectantes: apuntando al uso racional. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Sociedad Chilena de Infectología. Rev Chilena Infectol 2017; 34(2):156-174.
48. Simões MA, Balixa G, de Almeida AB. COVID-19: Protocolos em Odontopediatria. Manuscrito preprint. 2020: 1-16. Obtenible en: <https://www.researchgate.net/publication/340582451>

ANEXO

Anexo N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de proyecto: RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO

POBLADO DE SAPCHÁ, ANCASH 2020.

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variables	Diseño metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?</p> <p>Problemas específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son los tipos de maloclusión en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020? 2. ¿Cuáles son los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020? 3. ¿Cuál es la relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020? 	<p>Objetivo General:</p> <p>Establecer la relación existente entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir los tipos de maloclusión en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020. 2. Identificar los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020. 3. Relacionar la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020. 	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación significativa entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.</p> <p>Hipótesis específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hi: Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020 • Ho: No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión anteroposterior con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020 • Hi: Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020. 	<p>Variable dependiente:</p> <p>Maloclusión</p> <p>Variable independiente</p> <p>Hábitos bucales</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>El estudio es de tipo observacional, de corte transversal, prospectivo y descriptivo</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Correlacional</p>

<p>4. ¿Cuál es la relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación de la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020?</p>	<p>4. Relacionar la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.</p> <p>5. Relacionar la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ho: No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión transversal con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020 • Hi: Existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020. • Ho: No existe relación significativa entre la maloclusión en su dimensión maloclusión vertical con los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020 		<p style="text-align: center;">Método hipotético</p> <p style="text-align: center;">Diseño de la investigación Investigación de diseño no experimental.</p> <p style="text-align: center;">Población y Muestra y muestreo Población: La población de esta investigación estará conformada por 70 niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá del distrito de Acochaca en la región Ancash.</p> <p style="text-align: center;">Muestra: La muestra de esta investigación estará conformada por 70 niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá del distrito de Acochaca en la región Ancash.</p> <p style="text-align: center;">Muestreo: Muestreo tipo Censal, que consiste en la selección del 100% de toda la población a estudiar.</p>
--	--	--	--	--

Anexo n° 2

Cuestionario de hábito bucal

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela académico profesional de odontología

Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020

Encuesta Nro.....

Fecha de evaluación...../...../.....

I. DATOS GENERALES

Edad.....años meses

Sexo: Femenino

Masculino

II. Encuesta de hábitos bucales

Instrucción: Marque con un aspa (X) la respuesta correcta, y recuerde todas las preguntas es en referencia a su hijo.

N°		N	CN	AV	CS	S
1	¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebe?					
2	¿Actualmente se chupa el dedo?					
3	¿Su hijo con qué frecuencia se chupa el dedo?					
4	¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo?					
5	¿Su hijo duerme con la boca abierta?					
6	¿Su hijo permanece con la boca abierta?					
7	¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches?					
8	¿Se resfría frecuentemente?					
9	¿Tiene rinitis alérgica?					
10	¿Tiene asma?					
11	¿Tiene amígdalas inflamadas?					
12	¿Presenta su hijo adenoides?					
13	¿Su hijo aprieta o frota los dientes durante el día?					
14	¿Su hijo aprieta o frota los dientes durante la noche?					
15	¿Se queja de dolor al despertar?					
16	¿Su hijo se muerde las uñas?					
17	¿Su hijo saca la lengua entre los dientes al momento de tomar líquidos o pasar la saliva?					
18	¿Su hijo chupa el labio superior durante el día?					
19	¿Su hijo chupa el labio superior durante la noche?					
20	¿Su hijo chupa el labio inferior durante el día?					
21	¿Su hijo chupa el labio inferior durante la noche?					
22	¿Conque frecuencia observa usted que su hijo practica el hábito nocivo?					

III. Tipo de hábitos (para el operador)

Tipo de habito	Si	No
Habito de succión no nutritiva		
Habito de respirador bucal		
Habito de onicofagia		
Habito de deglución atípica		

Leyenda

N	Nunca
CN	Casi nunca
AV	A veces
CS	Casi siempre
S	Siempre

Anexo N° 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE MALOCLUSIÓN

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela académico profesional de odontología

Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020

Ficha Nro.....

Fecha de evaluación...../...../.....

I. DATOS GENERALES

Edad.....años meses

Sexo: Femenino Masculino

II. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE MALOCLUSIÓN

Instrucción: Durante la evaluación de los tipos de maloclusiones, llene la ficha marcando con un aspa (X), cada recuadro correspondiente.

MALOCLUSION			Si	No
	NOTA: Cuando presenta la clase I, y no es acompañado por maloclusiones transversales y/o verticales.		Si	No
TIPOS DE MALOCLUSIONES				
Maloclusión anteroposterior	Categorías	Consideraciones	Si	No
	• Clase I	Cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior		
	• Clase II	Cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye en la vertiente distal del segundo premolar inferior.		
	• Clase III	Se presenta cuando en oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial en relación con el primer molar permanente superior		
Maloclusión transversal	Categorías	Consideraciones	Si	No
	• Mordida Cruzada	Cuando los premolares y molares inferiores desbordan lateralmente a los superiores, unilateral o bilateralmente		
	• Mordida en Tijera	Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.		
Maloclusión vertical	Categorías	Consideraciones	Si	No
	• Mordida abierta anterior/posterior	Overbite nulo o negativo: mm Uno o más dientes no ocluyen:		
	• Mordida profunda anterior	Overbite excesivo >20%): mm		

*Ficha de recolección de datos elaborado tomando como referencia estudios previos. Gamboa L, Rodríguez LI, Seraquive M, Flores. D, López L.

Anexo nº 4

Revalidación del cuestionario sobre hábitos nocivos


Universidad Norbert Wiener

REVALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. Evaristo Quipas Pamela
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario de hábito bucal.
 1.4 Autora del Instrumento: Lévano Rodríguez Eva Karina. REVALIDADO por Arellán Manrique Rosy María
 1.5 Título de la Investigación: "Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas					X
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x A) + (2x B) + (3x C) + (4x D) + (5x E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

20 de octubre del 2020


Mg. Pamela Evaristo Quipas
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 37762

Firma y sello

REVALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. Bamonde Segura Leyla
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario de hábito bucal.
 1.4 Autora del Instrumento: Lévano Rodríguez Eva Karina. REVALIDADO por Arellán Manrique Rosy María
 1.5 Título de la Investigación: "Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					x
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				x	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				x	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					x
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				x	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				x	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				x	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				x	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				x	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					x
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

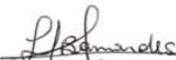
III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado ()	[0,00 – 0,60]
Observado ()	<0,60 – 0,70]
Aprobado (x)	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Es aplicable

Lima, 20 de octubre del 2020


 Leyla Bamonde Segura
 Cirujano Dentista
 COP: 12733

REVALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. Hamamoto Ichikawa Jessica
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario de hábito bucal.
 1.4 Autora del Instrumento: Lévano Rodríguez Eva Karina. REVALIDADO por Arellán Manrique Rosy María
 1.5 Título de la Investigación: "Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					10	
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.8$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

20 de octubre del 2020



Firma y Sello

REVALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. Esp. CD. Luz Helena Echeverri Junca
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Alas Peruanas
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Cuestionario de hábito bucal.
 1.4 Autora del Instrumento: Lévano Rodríguez Eva Karina. REVALIDADO por Arellán Manrique Rosy María
 1.5 Título de la Investigación: "Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					10	
		A	B	C	D	E

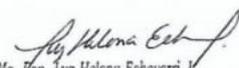
$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: este es un cuestionario muy técnico el cual debe ser aplicado por la investigadora, quien debe hacerles las preguntas a los padres de familia. Por la complejidad de algunos términos, el padre o madre no debe hacerlo solo(a). La investigadora deberá en algunos casos explicar sobre la patología que consulta en términos sencillos. Además, debe repetir constantemente las alternativas de la escala de Likert con las cuales se deben responder las preguntas.

22 de octubre del 2020


 Mg. Esp. Luz Helena Echeverri J.
 CIRUJANO DENTISTA
 ESP. ODONTOPEDIATRIA
 COP: 16830

Firma y sello

Anexo n° 5

Validación de ficha de recolección sobre maloclusión dental



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. Evaristo Quipas Pamela
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos sobre maloclusión
 1.4 Autora del Instrumento: Arellán Manrique Rosy María
 1.5 Título de la Investigación: "Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

11 de octubre del 2020

Mg. Pamela Evaristo Quipas
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 37762
 Firma y sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. Bamonde Segura Leyla
- 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos sobre maloclusión
- 1.4 Autora del Instrumento: Arellán Manrique Rosy María
- 1.5 Título de la Investigación: "Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					x
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				x	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				x	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					x
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				x	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				x	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					x
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				x	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				x	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				x	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL. (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado ()	[0,00 – 0,60]
Observado ()	<0,60 – 0,70]
Aprobado (x)	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Si se puede aplicar.

20 de octubre del 2020



Leyla Bamonde Segura
Cirujano Dentista
COP: 12732

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. Hamamoto Ichikawa Jessica
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos sobre maloclusión
 1.4 Autora del Instrumento: Arellán Manrique Rosy María
 1.5 Título de la Investigación: "Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus items.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					10	
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.8$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

11 de octubre del 2020



Firma y Selo

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.2 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. Esp. CD. Luz Helena Echeverri Junca
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Alas Peruanas
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos sobre maloclusión
 1.4 Autora del Instrumento: Arellán Manrique Rosy María
 1.5 Título de la Investigación: "Relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					10	
		A	B	C	D	E

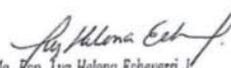
$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
 La ficha de recolección puede ser aplicada por la investigadora.

22 de octubre del 2020


 Mg. Esp. Luz Helena Echeverri J.
 CIRUJANO DENTISTA
 ESP. ODONTOPEDIATRIA
 COP: 16830

Firma y sello

Anexo n^o 6

Confiabilidad del cuestionario sobre hábitos nocivos

Alfa de cronbach golbal

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(\frac{1 - \sum_i S_i^2}{S^2_{total}} \right)$$

Donde:

K: N^o de preguntas o ítems.

S²: varianza total de la escala.

S²_i: varianza del ítem.

Estadísticas de fiabilidad	
Alpha de Cronbach	N de Items
,729	22

Se observa que el coeficiente de correlación (r) de los ítems 1 al 22, superan el mínimo valor establecido. Por lo tanto, el instrumento es válido en cada ítem que lo compone. Es decir, que existe una aceptable confiabilidad (0,729) del instrumento hábitos bucales

Anexo n^o 7

Confiabilidad de la calibración inter observador sobre maloclusión dental

Índice kappa

Hipótesis

- Ho: No existe concordancia entre los observadores respecto ficha sobre maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.
- H1: Existe concordancia entre los observadores respecto ficha sobre maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

Nivel de significación: 0.05

Estadístico de prueba

		Symmetric Measures			
		Asymptotic			
		Value	Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Measure of Agreement	Kappa	,846	,054	3,524	,000
N of Valid Cases		15			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Regla de decisión

Si $P < 0.05$ rechazar Ho

Si $p > 0.05$ aceptar H1

Conclusión: Dado que $p = 0.000 < 0.05$ entonces tanto al rechazar Ho, por lo tanto, al aceptar H1 existe concordancia entre los observadores respecto ficha sobre maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020. Así mismo se aprecia (0,846) que corresponde a un grado o fuerza concordancia inter-observador casi perfecta o muy bueno (especialista e investigador).

Anexo n° 8
Aprobación del Comité de Ética



**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA
INVESTIGACIÓN**

Lima, 18 de enero de 2021

Investigador(a):
Rosy maría Arellan Manrique
Exp. N° 330-2020

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: “**RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE EDAD DEL CENTRO POBLADO DE SAPCHÁ, ANCASH 2020**” V01, el cual tiene como investigador principal a **Rosy maría Arellan Manrique**.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

Anexo n° 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr/a, la presente investigación es conducida por: Arellan Manrique, Rosy María, estudiante de Odontología de la Universidad Norbert Wiener. El objetivo de este estudio es establecer la relación existente entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

La investigación consiste en primer lugar que debe de contestar 22 preguntas que contiene la encuesta, referido a los hábitos bucales que podrían presentar sus niños, que le quitara pocos minutos de su valioso tiempo. Así mismo se les solicita el consentimiento para que su menor hijo participe en esta investigación, que solamente se les realizara la evaluación de sus dientes, es decir solo se observará si presenta algún problema dental, si están chuecos o están es su sitio. Y no se realizará ninguna otra intervención ni tratamiento alguno.

La participación en este estudio es **estrictamente voluntaria**. La información que se recoge es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, conforme lo establecido en la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”), y su Reglamento, Decreto Supremo N° 003-2013-JUS. Asimismo, usted puede modificar, actualizar o eliminar, según crea conveniente, sus datos en el momento que desee. Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora.

Usted como su hijo participante no tendrá ningún gasto y también no recibirá retribución en dinero por haber participado del estudio. Los datos finales le serán comunicados al finalizar el estudio.

Desde ya le agradezco sus participaciones.

Mediante el presente documento yo,.....
Identificado(a) con DNI....., acepto participar y como también autorizo la participación de mi menor hijo de manera voluntaria en este estudio, conducido por Arellan Manrique, Rosy María, del cual he sido informado(a) el objetivo y los procedimientos. Además, acepto que mis Datos Personales sean tratados para el estudio, es decir, el investigador podrá realizar las acciones necesarias con estos (datos) para lograr los objetivos de la investigación.

Entiendo que una copia de este documento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firmo en señal de conformidad:

DNI:.....

Fecha:

Investigadora: Arellan Manrique, Rosy María

Teléfono celular: 968658669

Correo electrónico: rosyarellanmanrique1@gmail.com

Anexo nº 10

ASENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por: Arellan Manrique, Rosy María, estudiante de Odontología de la Universidad Norbert Wiener. El objetivo de este estudio es establecer la relación existente entre la maloclusión y los hábitos bucales en niños de 7 a 11 años de edad del centro poblado de Sapchá, Ancash 2020.

La investigación consistirá en solamente realizar la evaluación de tus dientes, es decir solo se va mirar si están chuecos o están es su sitio, utilizando un pequeño espejo por unos minutos, y no se realizará ninguna otra intervención ni tratamiento alguno.

Su participación en este estudio es **estrictamente voluntaria**. La información que se recoge es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”), y su Reglamento, Decreto Supremo N° 003-2013-JUS. Estos datos serán almacenados en la Base de Datos del investigador. Asimismo, usted o sus padres pueden modificar, actualizar o eliminar, según crea conveniente, sus datos en el momento que desee. Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.

Si tienes alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puedes retirarte del estudio en cualquier momento sin que te perjudique en alguna forma. Si mientras se mire tus dientes te sientes incómodo/a, tienes derecho de hacérselo saber a la investigadora.

No tendrás ningún gasto y tampoco no recibirás retribución en dinero por haber participado del estudio. Los datos finales le serán comunicados a tu apoderado al finalizar el estudio.

Desde ya le agradezco tu participación.

Mediante el presente documento yo,.....
Identificado(a) con DNI....., con años y meses de edad, acepto participar voluntariamente en este estudio, conducido por Arellan Manrique, Rosy María. Es de mi conocimiento y de mi apoderado.....
..... tanto el objetivo como los procedimientos del estudio. Además, acepto que mis Datos Personales sean tratados por el investigador, o sea, podrá realizar las acciones necesarias con estos (datos) para lograr los objetivos de la investigación.

Entiendo que una copia de este documento le será entregado a mi apoderado, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firmo en señal de conformidad:

DNI:.....

Fecha:

Investigadora: Arellan Manrique, Rosy María

Teléfono celular: 968658669

Correo electrónico: rosyaarellanmanrique1@gmail.com

Anexo n° 11

Resultado negativo a la prueba sobre el Covid-19



ANALISIS CLINICOS
CALIDAD, RAPIDEZ Y EFICACIA

AUTORIZADO POR LA DIRECCION DE SALUD LIMA V Nro 167-2009- DSS

RESULTADO DE PRUEBA RÁPIDA COVID – 19

ROSY MARIA ARELLAN MANRIQUE		35 AÑOS
NOMBRES APE. PATERNO	APE. MATERNO	EDAD

TIPO DE DOCUMENTO	DNI	X	PASAPORTE	CARNET DE EXTRA/ PTP/CARNET DE REF.
-------------------	-----	---	-----------	-------------------------------------

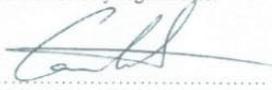
43079231	02/11/20	11:20 AM
NUM. DOCUMENTO	FECHA EJECUCIÓN DE PRUEBA	HORA EJECUCIÓN DE PRUEBA

PRUEBA IgM	NEGATIVO
PRUEBA IgG	NEGATIVO

DATOS DE LA PRUEBA RÁPIDA			
MARCA	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	PROCEDENCIA
CTKBIOTE CH	F06R17R3C00	16/12/2021	CHINA

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBA RÁPIDA DE DETECCIÓN DE COVID-19 POSITIVO		
IgM (+) IgG (-)	Estado temprano de la infección	Aislamiento domiciliario por 14 días y seguimiento medico
IgM (+) IgG (+)	Fase Activa de la Infección	Aislamiento domiciliario por 14 días y seguimiento medico
IgM (-) IgG (+)	Fase Final de la infección /Infección Pasada	Aislamiento domiciliario por 7 días y evaluación médica tomando en consideración el periodo de infección para reincorporación laboral

NOTA: Los resultados son reportados a la plataforma SISCOVID, para su monitoreo y seguimiento.


CARLOS CANALES GUTIERREZ
TECNOLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO
6901

TELEFONO : 941446932 - 963668081
JR. JOSE SANTOS CHOCANO N 151 CALLAO (REF. HOSPITAL SAN JOSE)

Anexo nº 12

Secuencia fotográfica

Imagen 1



Plaza de armas del centro poblado de Sapchá - Ancash

Imagen 2



Recolección de encuesta sobre hábitos

Imagen 3



Higiene oral antes de la toma de impresión dental

Imagen 4



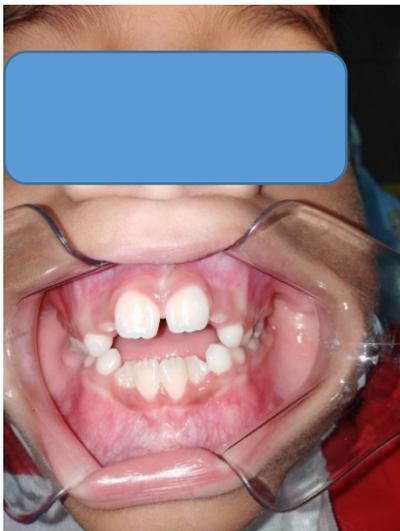
Materiales y toma de impresión dental con alginato

Imagen 5



Mordida cruzada anterior

Imagen 6



Mordida abierta

Imagen 7



Maloclusión clase I de Angle

Imagen 8



Maloclusión clase II de Angle