



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 a 12 años en una
institución educativa de San Juan de Miraflores, 2025

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autora: Muñoz Madrid, Alicia de Jesús


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4911-2552>

Asesora: Dra. Aguirre Morales, Anita Kori

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5597-5727>

Lima – Perú

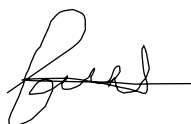
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Alicia de Jesús Muñoz Madrid, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025”**, Asesorado por la docente Ds. Esp. Aguirre Morales, Anita Kori, con DNI: 09383550 y código ORCID 0000-0001-5597-5727, tiene un índice de similitud de 16 (DIECISEIS) % con código **ID: oid: 14912544934406** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el Turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma del autor
 Nombres y apellidos del egresado
 Alicia de Jesús Muñoz Madrid
 DNI N° 73095160



Firma
 Nombres y apellidos de la Asesora
 Ds. Esp. Aguirre Morales, Anita Kori
 DNI: 09383550

Lima, 25 de enero del 2026.

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Dr. Raúl Antonio Rojas Ortega

Secretaria: Mg. María Milagros Campos Ramos

Vocal: Mg. Alfonso Faustino Chumpitazi Huapaya

Dedicatoria

A mis padres, a mi hermano y a toda mi familia por su amor y constante apoyo, y a Diana por su ayuda incondicional y amistad sincera.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por ser mi guía en cada paso, a la doctora Anita Kori Aguirre por su valiosa orientación como asesora de tesis.

ÍNDICE

Dedicatoria	3
Agradecimiento.....	4
Resumen	7
Abstract	8
Introducción.....	9
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Formulación del problema.....	12
1.2.1 Problema general	12
1.2.2 Problema específicos	12
1.2.3 Objetivos de la investigación	12
1.3.1 Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
1.4 Justificación de la investigación	13
1.4.1 Teórica.....	13
1.4.2 Metodológica.....	13
1.4.3 Práctica	14
1.5 Limitaciones de la investigación	14
1.5.1 Temporal.....	14
1.5.2 Espacial.....	14
1.5.3 Recursos	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes de la investigación.....	16
2.1.1 Antecedentes nacionales.....	16
2.1.2 Antecedentes internacionales	18
2.2 Bases teóricas	22
2.2.1 Maloclusión dental	22
2.2.2 Dentición mixta	26
2.2.3 Evaluación clínica de las maloclusiones	27
2.3 Formulación de hipótesis.....	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	29
3.1. Método de la investigación.....	29
3.2. Enfoque de la investigación.....	29

3.3. Tipo de investigación	29
3.4. Diseño de la investigación.....	30
3.5. Población, muestra y muestreo.....	31
3.5.1 Población	31
3.5.2 Muestra	32
3.5.3 Muestreo	32
3.6. Variables y operacionalización.....	34
3.6.1 Definición operacional	36
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	36
3.7.1 Técnica.....	36
3.7.2 Descripción de instrumentos	36
3.7.3 Validación.....	37
3.7.4 Confiabilidad	38
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	38
3.9 Aspectos éticos	39
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41
4.1 Resultados.....	41
4.2. Discusión de resultados	45
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
5.1 Conclusiones	47
5.2 Recomendaciones.....	47
REFERENCIAS	49
ANEXOS	58
Anexo 1: Matriz de consistencia	59
Anexo 2: Instrumentos	60
Anexo 3: Confiabilidad del instrumento	61
Anexo 4: Expediente de validacion	62
Anexo 5: Constancia de aprobación del comité de ética	65
Anexo 6: Informe de tesis.....	67
Anexo 7: Reporte de Turnitin.....	68
Anexo 8: Evidencia fotografía.....	69
Consentimiento informado	71
Asentimiento informado	74

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo en niños de 9 a 12 años de una institución educativa del distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2025. La población estuvo compuesta por 612 escolares, de los cuales se seleccionó una muestra representativa de 237 mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. La investigación adoptó un diseño no experimental, transversal y observacional, con un enfoque cuantitativo y de tipo básico. La información se recopiló mediante fichas clínicas estructuradas y se procesó a través de análisis descriptivos y la prueba de Chi-cuadrado para el contraste de hipótesis. Los resultados evidenciaron que el 68.8 % de los escolares presentó algún tipo de maloclusión, sin encontrarse diferencias significativas entre varones y mujeres ($p = 0.908$). En la clasificación de Angle, la Clase I fue la más frecuente (51.5 %), seguida por la Clase II división 1 (10.1 %), la Clase II división 2 (5.5 %) y la Clase III (1.7 %). En cuanto a las alteraciones clínicas, el apiñamiento alcanzó el 32.9 %, la sobremordida aumentada el 18.1 % y la mordida cruzada posterior el 13.9 %, mientras que la mordida abierta anterior fue la menos prevalente con 7.2 %. En conclusión, se determinó que las maloclusiones tempranas representan un problema frecuente en la población escolar estudiada, independiente del sexo, lo que resalta la importancia de implementar programas de detección y prevención en el ámbito educativo.

Palabras clave: maloclusión, dentición mixta, escolares.

Abstract

The objective of this study was to determine the relationship between early malocclusions in mixed dentition and sex in children aged 9 to 12 years from an educational institution in the district of San Juan de Miraflores during 2025. The population consisted of 612 schoolchildren, from which a representative sample of 237 was selected through simple random probability sampling. The research adopted a non-experimental, cross-sectional, and observational design, with a quantitative and basic approach. Data were collected using structured clinical records and processed through descriptive analysis and the Chi-square test for hypothesis testing. The results showed that 68.8% of the schoolchildren presented some type of malocclusion, with no significant differences between boys and girls ($p = 0.908$). According to Angle's classification, Class I was the most frequent (51.5%), followed by Class II division 1 (10.1%), Class II division 2 (5.5%), and Class III (1.7%). Regarding clinical alterations, crowding was the most prevalent (32.9%), followed by increased overbite (18.1%) and posterior crossbite (13.9%), while anterior open bite was the least frequent (7.2%). In conclusion, it was determined that early malocclusions represent a frequent problem in the school population studied, regardless of sex, highlighting the importance of implementing detection and prevention programs within the educational setting.

Keywords: malocclusion, mixed dentition, schoolchildren.

Introducción

Las maloclusiones tempranas en la dentición mixta representan una de las alteraciones más frecuentes en niños y plantean un reto clave para la odontología preventiva e interceptiva. Estas no solo afectan la estética dental, sino también la masticación, la fonación y, en ocasiones, el desarrollo armónico del sistema estomatognático. La etapa entre los 9 y 12 años resulta particularmente vulnerable, ya que conviven dientes temporales y permanentes en un periodo de transición propenso a irregularidades oclusales. Estudios nacionales e internacionales confirman su alta prevalencia en la infancia, ligada a factores como hábitos orales, genética, crecimiento maxilofacial y contextos socioculturales. En Perú, investigaciones previas reportan tasas superiores al 60% en escolares, con predominio de la Clase I de Angle, junto a apiñamiento, diastemas, sobremordida aumentada y mordida cruzada. Estas evidencias subrayan la urgencia de datos actualizados por regiones para impulsar estrategias preventivas y programas escolares de atención temprana. Los hallazgos de este estudio amplían el conocimiento sobre la prevalencia en este grupo etario y aportan bases sólidas para intervenciones que fortalezcan la salud bucal infantil.

La investigación se estructuró en: el Capítulo 1 el cual presenta el planteamiento del problema, objetivos y justificación. El Capítulo 2 desarrolla el marco teórico con antecedentes y conceptos clave sobre maloclusión. El Capítulo 3 detalla la metodología, incluyendo diseño, población, muestra y técnicas de recolección de datos. El Capítulo 4 expone los resultados y su análisis. Finalmente, el último capítulo ofrece conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La maloclusión dental en la dentición mixta constituye un problema de salud pública significativo en niños, con prevalencias que superan el 50% según estudios recientes (1,2). Este problema no solo afecta la función masticatoria y la estética facial, sino que también puede tener repercusiones psicológicas negativas en los niños, como baja autoestima y dificultades en la interacción social (3).

Las causas de la maloclusión en esta etapa son multifactoriales: factores hereditarios, pérdida prematura de dientes temporales, hábitos bucales deformantes (empuje lingual, respiración bucal, succión digital), agenesia dental y alteraciones en la erupción dentaria (4). La frecuencia con la que se presenta esta condición varía considerablemente entre distintas poblaciones, con rangos que pueden ir desde el 20 % hasta alcanzar el 100 %, lo que evidencia su carácter extendido y la posiciona como una preocupación relevante en salud pública a nivel mundial (5). A pesar de la alta prevalencia, existe una falta de conciencia y acceso a servicios de ortodoncia preventiva e interceptiva, especialmente en poblaciones vulnerables. Esto puede llevar a que las maloclusiones se consoliden y requieran tratamientos más complejos y costosos en la adolescencia o adultez (6).

La alta prevalencia de maloclusiones durante la dentición mixta está bien respaldada por investigaciones recientes. En Brasil, Fadel et al., analizaron a escolares de escuelas públicas y hallaron que cerca de siete de cada diez niños en esta etapa presentaban algún tipo de maloclusión, subrayando su común aparición en el periodo de recambio dentario. Los autores destacaron que estas alteraciones tienden a aumentar con

la edad dentro de esta fase, especialmente entre los 7 y 8 años, lo que refleja la influencia de los cambios dentarios y funcionales propios del crecimiento (7).

Hacia los seis años, los niños inician la dentición mixta, una etapa clave donde los dientes temporales dan paso gradual a los permanentes (8). Este proceso dinámico del sistema estomatognático prepara la oclusión definitiva, pero también lo hace vulnerable a alteraciones en la alineación dental (9).

En países vecinos como Argentina, Meza y colaboradores constataron que más de la mitad de los niños evaluados presentaban maloclusiones funcionales, con el apiñamiento dental como el más frecuente (cerca del 39%). Además, el 66% mostraba hábitos orales perjudiciales, principalmente la interposición de objetos o del labio inferior (también 39%). La mordida abierta predominó en quienes mantenían hábitos parafuncionales como succión digital o interposición lingual, lo que sugiere una clara relación entre estos patrones y las alteraciones oclusales (10)

En el Perú, las maloclusiones en la infancia representan un desafío significativo, como lo muestran estudios locales. En el Instituto Nacional de Salud del Niño, cerca de un tercio de los menores atendidos presentó maloclusión Clase III (más común en varones), mientras que la Clase II predominó en niñas, superando el 40%; estas diferencias por sexo subrayan la necesidad de enfoques personalizados en la prevención temprana (11).

Esto resalta la urgencia de investigaciones locales que detallen las maloclusiones en niños de 9 a 12 años, especialmente en distritos como San Juan de Miraflores, Lima, donde faltan datos precisos en entornos escolares. Aunque la literatura confirma su alta prevalencia general, la carencia de cifras específicas complica intervenciones oportunas, haciendo esenciales estudios directos sobre esta problemática.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025?

1.2.2 Problema específicos

¿Cuál es la prevalencia de maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 A 12 años de ambos sexos, según la clasificación de angle en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025?

¿Cuál es la prevalencia de tipos de maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 A 12 años de ambos sexos, según la clasificación clínica en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025?

1.2 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la prevalencia de maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 A 12 años de ambos sexos, según la clasificación de Angle en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.

Determinar la prevalencia de tipos de maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 A 12 años de ambos sexos, según la clasificación clínica en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Realizar un aporte a la comprensión científica de las maloclusiones durante una fase crítica del desarrollo dental: la dentición mixta. Aunque existe bibliografía general sobre este tema, aún es escasa la evidencia contextualizada en poblaciones escolares concretas. Este trabajo busca llenar ese vacío, aportando datos actualizados que ayuden a identificar qué tipos de maloclusiones son más frecuentes en niños entre los 6 y 9 años. Los hallazgos podrían fortalecer futuras investigaciones y enriquecer el debate académico en áreas como la odontopediatría, ortodoncia preventiva y salud pública.

1.4.2 Metodológica

Se apoya en un enfoque cuantitativo, lo que permite medir y describir con precisión la prevalencia de las maloclusiones en la muestra seleccionada. El uso de un diseño descriptivo y transversal facilita la captura de información directa y representativa, sin alterar las condiciones del entorno ni de los sujetos. A través de la

aplicación de una ficha clínica específica, se obtendrán datos objetivos que podrán servir de referencia para investigaciones similares en otras localidades con características comparables.

1.4.3 Práctica

Busca generar información útil para odontólogos, padres de familia y educadores. Saber cuántos niños presentan maloclusiones y de qué tipo permite diseñar estrategias preventivas más realistas y accesibles. Además, contar con evidencia local puede motivar a las autoridades de salud a implementar campañas de diagnóstico temprano en colegios públicos, especialmente en distritos como San Juan de Miraflores, donde los datos actuales son escasos. El conocimiento generado podrá ser una herramienta valiosa para orientar decisiones clínicas y comunitarias.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

Se ejecuto en el año 2025, demostrando únicamente las condiciones observadas durante ese intervalo específico. Posibles variaciones estacionales o cambios posteriores no estarán contemplados.

1.5.2 Espacial

La investigación se efectuadas en una sola institución educativa del distrito de San Juan de Miraflores. Por ello, los resultados obtenidos no podrán generalizarse a toda la población infantil del distrito ni a otras zonas urbanas o rurales del país con condiciones distintas.

1.5.3 Recursos

Dado que este trabajo se desarrolla con recursos económicos y logísticos limitados, el tamaño de la muestra será moderado y no será posible incluir técnicas complementarias como estudios longitudinales o comparativos entre varias escuelas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes nacionales

Vilchez (12) el 2025, en Chiclayo, tuvo como objetivo “*Determinar los factores de riesgo de maloclusiones en niños con dentición mixta*”. El trabajo académico fue de tipo explicativo, observacional y transversal, y contó con la participación de 150 escolares de entre 6 y 12 años, junto con sus madres. La recolección de datos se realizó mediante un examen clínico para identificar maloclusiones en los niños y un cuestionario aplicado a las madres para conocer hábitos bucales. Los resultados indicaron que el sexo femenino presentó una mayor prevalencia de maloclusiones (47.3%), y que el hábito de respiración bucal estuvo asociado con un mayor riesgo (OR: 2.075). También se evidenció que las alteraciones más comunes fueron el resalte (62.5%) y la sobremordida (62.0%). Asimismo, se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre maloclusiones y variables como edad, sexo y características clínicas ($p < 0.05$). En conclusión, el estudio determinó que la respiración bucal representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de maloclusiones, y que existe una dependencia entre estas alteraciones y diversas características clínicas relacionadas con la edad.

Carbajal (13) el 2022, en Chimbote, Perú, tuvo como objetivo “*Determinar la prevalencia de tipos de aparatos ortodónticos más utilizados en niños con dentición mixta, atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica filial Chimbote, en el año 2018*”. Para alcanzar este propósito, se empleó un estudio cuantitativo, descriptivo, de enfoque observacional, retrospectivo y transversal, utilizando una muestra 150

historias clínicas seleccionadas por conveniencia. Entre los resultados más relevantes, se identificó que el aparato ortodóntico fijo más utilizado fue la banda Ansa (19,3%), mientras que el aparato removible más frecuente fue la placa Hawley (26,0%). Asimismo, se encontró que la edad entre 6 y 7 años registró un mayor uso de ambos aparatos. Por otro lado, según sexo, tanto niñas como niños usaron predominantemente la placa Hawley y la banda Ansa. Finalmente, en relación con el tipo de maloclusión, se halló que en la Clase I y Clase II la placa Hawley y la banda Ansa fueron los dispositivos más usados, mientras que en la Clase III predominó el aparato lingual fijo. En conclusión, la investigación evidenció que la aparatología más frecuente durante la dentición mixta fue la placa Hawley como removible y la banda Ansa como fija. Estos resultados refuerzan la importancia del diagnóstico oportuno y la indicación adecuada de los aparatos según el tipo de maloclusión y características del paciente.

Castro (14) el 2022, en Nuevo Chimbote, Perú, tuvo como objetivo *“Determinar la prevalencia de maloclusión dental según el índice estético dental en niños de 9 a 12 años en la I.E.P. Santo Tomás El Apóstol”*. Para ello, se aplicó una metodología de tipo cuantitativa, descriptiva, observacional, prospectiva y transversal, con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 68 escolares evaluados clínicamente mediante el Índice Estético Dental (DAI), con registro sistemático de las variables edad, sexo y tipo de maloclusión. Entre los resultados más relevantes, se evidenció que el 45,5 % de los niños presentó maloclusión severa, mientras que un 20,5 % mostró oclusión normal, un 19,2 % maloclusión definida y un 14,8 % maloclusión discapacitante. Además, el análisis según sexo reveló una mayor proporción de maloclusión severa en varones (50 %) frente a las niñas (41,7 %). En cuanto a la distribución por edad, los niños de 11 años concentraron el mayor porcentaje de maloclusión severa (45,8 %), seguidos por los de 12 años con 60 % en esa misma categoría. En conclusión, el estudio

confirmó una alta prevalencia de maloclusión severa en la población evaluada, con una marcada presencia desde edades tempranas, lo que subraya la necesidad de implementar acciones preventivas y programas de intervención ortodóncica oportunos, especialmente durante la etapa de dentición mixta.

Pérez (15), el 2021, en Chiclayo, con el objetivo fue *“Determinar la relación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de cinco a doce años”*. Se empleó una metodología cuantitativa, observacional, descriptiva y de corte transversal, con una muestra de 83 escolares seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se basó en observación clínica directa y revisión de historias clínicas. Entre los hallazgos más relevantes, se reportó que el 64,03 % de los niños presentaban algún tipo de maloclusión, siendo la Clase I la más común, seguida de las Clases II y III. Asimismo, se identificaron hábitos orales deletéreos, destacando la succión digital con un 15,83 %, además de la interposición lingual, onicofagia y queilofagia. En conclusión, el autor evidenció una alta frecuencia de maloclusiones en la población infantil, asociada a la presencia de hábitos orales, lo que refuerza la necesidad de aplicar estrategias de prevención y detección temprana en el entorno escolar.

2.1.2 Antecedentes internacionales

Mai et al. (16) el 2024, en Guangxi, China, plantearon como objetivo *“Investigar la prevalencia de maloclusión en niños Zhuang de 7 a 8 años durante la dentición mixta, así como los factores que contribuyen a su aparición”*. De enfoque cuantitativo, corte transversal y analítico, con una muestra de estudio de 2,281 escolares evaluados clínicamente y mediante encuestas a los padres. Se halló que el 58.5 % presentaba maloclusión, siendo más frecuente la Clase I (26.6 %), seguida de la Clase II (23.3 %)

y la Clase III (8.5 %). Además, se identificaron alteraciones como mordida cruzada anterior, sobremordida y resalte aumentados. Entre los factores asociados se destacaron el sexo masculino, un mayor índice de caries en dientes temporales y un bajo nivel educativo de los padres. En conclusión, los autores subrayan que la maloclusión en esta población está influida tanto por aspectos clínicos como sociales, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas integrales desde edades tempranas.

Salas et al. (17) el 2024, en Rapa Nui, Chile, tuvieron como objetivo “*Determinar la prevalencia y tipo de maloclusiones dentarias en la población escolar de la isla*”. El trabajo académico fue descriptivo, observacional y transversal, con una muestra de 121 niños entre 5 y 17 años. Se aplicaron encuestas sociodemográficas y análisis clínico de modelos de yeso para evaluar las relaciones oclusales en los tres planos del espacio. Los resultados mostraron una alta frecuencia de maloclusiones Clase II, tanto en relación canina (52 %) como molar (46,3 %), además de resalte aumentado (25,6 %) y mordida cruzada o vis a vis (36 %). En conclusión, los autores evidenciaron una elevada prevalencia de maloclusiones en esta población y resaltaron la necesidad de estrategias preventivas ante la falta de acceso a atención ortodóntica especializada en la isla.

González et al. (18) el 2023, en Matanzas, Cuba, tuvieron como objetivo “*Determinar el comportamiento de la maloclusión funcional causada por interferencias oclusales en niños con dentición mixta*”. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal, y se llevó a cabo con 66 escolares entre 6 y 11 años de la Escuela Primaria Mártires del Corynthia. La recolección de datos se realizó mediante exámenes clínicos y fichas de observación. Entre los principales hallazgos, se reportó que el 27,3 % de los niños presentó mordida cruzada posterior unilateral asociada a interferencias oclusales, siendo más frecuente en el grupo de 6 a 7 años. Además, se encontró que la mayoría de los niños con esta maloclusión eran simétricos y presentaban

desviación de la línea media. En conclusión, la mordida cruzada posterior unilateral fue la maloclusión funcional más común y mostró una relación directa con las interferencias oclusales, lo que resalta la necesidad de diagnóstico temprano durante la dentición mixta.

Carreño (19) el 2023, en Portoviejo, Ecuador, tuvo como objetivo “determinar la prevalencia de maloclusiones y su relación con hábitos deformantes en niños de 7 a 12 años atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo durante el año 2022”. Enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, de cohorte retrospectivo y transversal, con una muestra de estudio de 138 fichas clínicas seleccionadas por conveniencia. Entre los hallazgos, se identificó que la maloclusión Clase I fue la más prevalente (50 %), seguida de la Clase II (23,2 %). Además, el 52,9 % de los casos correspondieron a varones y las edades con mayor incidencia fueron 10 y 9 años. En cuanto a la etiología, el 50 % de los niños no presentó hábitos deformantes, mientras que el hábito más asociado fue la succión digital (22,5 %). En conclusión, se determinó que la mayoría de maloclusiones tipo Clase I no estuvieron asociadas a una causa identificable, aunque la succión digital tuvo un peso relevante entre los factores presentes.

Xu et al. (20) el 2023, en Jinzhou, China, tuvieron como objetivo “investigar la prevalencia, las manifestaciones clínicas y los factores asociados a la maloclusión en niños de 6 a 12 años con dentición mixta”. Se desarrolló un estudio transversal, observacional y analítico con una muestra representativa de 2,162 escolares, seleccionados mediante muestreo aleatorio por conglomerados en zonas urbanas y rurales. La información fue recogida a través de exámenes clínicos estandarizados y cuestionarios dirigidos a padres. Los resultados revelaron una prevalencia general de maloclusión del 67.9 %, siendo el apiñamiento dentario la manifestación más frecuente

(71.8 %), seguida por sobremordida profunda (39.3 %) y mordida cruzada anterior (16.1 %). Además, se encontró una asociación significativa entre la maloclusión y factores como caries, succión digital, respiración bucal, retención de dientes primarios y frenillo labial bajo, mientras que el índice de masa corporal no mostró relación estadística. En conclusión, los autores destacaron la alta prevalencia de maloclusiones y la influencia de múltiples factores modificables, subrayando la importancia de promover el diagnóstico precoz y estrategias preventivas en la población infantil.

Agrawal et al. (21) el 2021, en Dharan, Nepal, tuvieron como objetivo *“Determinar la prevalencia de maloclusiones y la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares con dentición mixta, según género, raza y edad”*. Se desarrolló un estudio descriptivo y transversal en 830 escolares de 10 instituciones educativas, seleccionados mediante muestreo sistemático aleatorio. Se utilizaron el examen clínico y el Índice Estético Dental (DAI) para evaluar maloclusiones y necesidad de tratamiento. Los resultados revelaron que la Clase I fue la más prevalente (49.1 %), seguida por la Clase III (12.2 %) y la Clase II división 1 (11.4 %). Además, el 17.4 % presentó asimetría y solo el 5.8 % mostró oclusión normal. En cuanto a la necesidad de tratamiento, el 70.06 % no lo requería o lo necesitaba mínimamente, mientras que un 3.5 % tenía necesidad obligatoria. En conclusión, el estudio confirmó una alta frecuencia de maloclusiones, especialmente Clase I, y resaltó que al menos un tercio de los niños evaluados requería algún tipo de atención ortodóntica según el DAI.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Maloclusión dental

La maloclusión es una alteración en la alineación de los dientes o en la relación entre los maxilares superior e inferior. Se considera un problema de salud bucal cuando afecta la función masticatoria, la estética facial o provoca complicaciones en la higiene oral (22). De acuerdo con Proffit, la maloclusión no solo implica una mala posición dentaria, sino también una desarmonía esquelética y funcional (23).

I. Clasificación de las maloclusiones

Las maloclusiones pueden clasificarse desde dos enfoques principales: la clasificación de Angle y la clasificación clínica funcional (24).

A. Clasificación de Angle: Esta clasificación, propuesta por Edward H. Angle, se basa en la posición del primer molar permanente y se divide en tres tipos (25):

- **Clase I:** La relación molar es normal, pero existen problemas de apiñamiento, rotaciones u otras irregularidades dentales.
- **Clase II:** El primer molar inferior se encuentra en una posición distal respecto al molar superior. Se subdivide en división 1 (protrusión de incisivos superiores) y división 2 (retrusión de incisivos superiores).
- **Clase III:** El molar inferior está en una posición mesial respecto al superior, generando una mordida invertida.

Esta clasificación es ampliamente utilizada en ortodoncia y permite establecer un diagnóstico estructural de la maloclusión a nivel intermaxilar (25).

B. Clasificación clínica funcional: Esta se basa en la observación directa de las relaciones oclusales y los patrones de alineación de los dientes. Entre las alteraciones más comunes evaluadas clínicamente se encuentran (26).

- Mordida abierta anterior
- Mordida cruzada anterior
- Mordida cruzada posterior
- Sobremordida aumentada
- Apiñamiento dental
- Diastemas

Estas alteraciones pueden coexistir con las clases de Angle y permiten una evaluación funcional más detallada durante la etapa de dentición mixta. La clasificación clínica es útil para orientar el tratamiento interceptivo temprano y detectar desequilibrios oclusales visibles (27).

Estas variaciones deben ser identificadas clínicamente, ya que muchas de ellas requieren intervención temprana para evitar complicaciones mayores.

II. Etiología de las maloclusiones

La etiología de las maloclusiones es multifactorial. Incluye factores genéticos (herencia de patrones esqueléticos o dentales) y factores ambientales como hábitos orales deletéreos (succión digital, interposición lingual, respiración bucal), pérdida prematura de dientes temporales, erupción ectópica o alteraciones en el crecimiento maxilofacial (19).

La aparición de las maloclusiones dentales no puede explicarse desde una causa aislada. Por el contrario, se trata de un fenómeno que se construye progresivamente durante el crecimiento craneofacial, en el que intervienen factores biológicos propios del individuo y condiciones ambientales adquiridas a lo largo de la infancia. Esta dinámica resulta especialmente evidente durante la dentición mixta, etapa en la que los cambios dentarios y esqueléticos hacen más visible la presencia de alteraciones oclusales que, en muchos casos, ya se encontraban en desarrollo (28,29).

En el plano genético, la literatura ortodóncica ha descrito de manera consistente la influencia de la herencia en la conformación de los maxilares y las arcadas dentarias. El patrón de crecimiento maxilomandibular, la relación entre ambos maxilares y determinadas características morfológicas faciales pueden transmitirse familiarmente, generando una base estructural que condiciona la oclusión (30). En este sentido, se ha señalado que discrepancias heredadas en el crecimiento del maxilar y la mandíbula se asocian con mayor frecuencia a maloclusiones Clase II o Clase III, incluso en niños sin antecedentes claros de factores ambientales desfavorables. Estos componentes genéticos no actúan de forma aislada, pero sí delimitan el marco sobre el cual se desarrollan otros procesos (31,32).

Ahora bien, la experiencia clínica demuestra que la genética, por sí sola, rara vez explica la expresión completa de una maloclusión. A lo largo de la infancia, diversos factores epigenéticos y ambientales intervienen modulando la expresión de los genes vinculados al desarrollo dentomaxilar. Entre los más frecuentes se encuentran los hábitos orales persistentes (como la succión digital, la interposición lingual o la respiración bucal), así como la pérdida prematura de dientes temporales y los desequilibrios musculares del sistema estomatognático. Cuando estos estímulos se

mantienen en el tiempo, pueden alterar el equilibrio funcional y favorecer modificaciones progresivas en la relación oclusal (33,34).

Desde una perspectiva epigenética, se reconoce que la acción continua de estos factores ambientales tiene la capacidad de influir en los mecanismos que regulan el crecimiento craneofacial. Como consecuencia, durante la dentición mixta pueden manifestarse mordidas abiertas, mordidas cruzadas, apiñamientos dentarios o sobremordidas aumentadas, especialmente en una etapa caracterizada por una elevada plasticidad biológica del sistema estomatognático. Este enfoque permite comprender por qué niños con una predisposición genética semejante desarrollan maloclusiones distintas según el entorno funcional al que están expuestos (35,36).

En términos prácticos, las maloclusiones se consolidan cuando los factores ambientales actúan de manera sostenida sobre una estructura genéticamente predispuesta, intensificando las desviaciones en la alineación dentaria y en las relaciones intermaxilares. A diferencia de los factores genéticos, que no pueden modificarse, los factores epigenéticos sí son susceptibles de intervención clínica. Esta condición justifica la aplicación de medidas preventivas y tratamientos ortodónticos interceptivos durante la dentición mixta, con la finalidad de limitar la progresión de las alteraciones oclusales y reducir su complejidad futura (32,35)

Comprender esta interacción entre genética y epigenética resulta clave para el abordaje temprano de las maloclusiones en la infancia. Una intervención oportuna en esta etapa no solo disminuye la severidad de las alteraciones oclusales, sino que también contribuye a evitar tratamientos ortodónticos más extensos y complejos en etapas posteriores del desarrollo (37,38).

III. Consecuencias de las maloclusiones no tratadas

Cuando no se tratan a tiempo, las maloclusiones pueden generar consecuencias importantes como dificultad para masticar, alteraciones en el habla, desgaste dental anormal, dolor temporomandibular y problemas de autoestima en la infancia. Además, pueden complicar los tratamientos ortodónticos futuros y aumentar el riesgo de enfermedades periodontales (5).

2.2.2 Dentición mixta

La dentición mixta es la etapa en la que coexisten dientes temporales y permanentes en la cavidad bucal. Esta fase se inicia aproximadamente a los 6 años y concluye entre los 11 y 12 años, cuando han erupcionado todos los dientes permanentes excepto los terceros molares (39,40).

I. Etapas de la dentición mixta

- **Dentición mixta temprana:** de los 6 a los 8 años, cuando erupcionan los primeros molares permanentes e incisivos. Esta fase marca el inicio del recambio dental y coincide con importantes cambios en la estructura maxilofacial. Es fundamental durante este periodo observar posibles discrepancias de espacio, problemas de alineación y hábitos orales que puedan influir en el desarrollo de la oclusión (41).
- **Dentición mixta tardía:** de los 8 a los 12 años, cuando erupcionan los caninos y premolares. En esta etapa suele completarse la exfoliación de los dientes temporales y se definen las relaciones oclusales permanentes. La intervención clínica en esta fase es clave para guiar adecuadamente el desarrollo de las arcadas dentarias y prevenir maloclusiones más severas

en la adolescencia. de los 8 a los 12 años, cuando erupcionan caninos y premolares (41).

II. Cambios fisiológicos y riesgos durante esta etapa

Durante la dentición mixta se producen cambios morfológicos en los maxilares, recambios dentarios y procesos de adaptación funcional. Es un periodo crítico donde muchas maloclusiones comienzan a desarrollarse o a evidenciarse con mayor claridad (42).

III. Importancia de la detección precoz en la dentición mixta

Detectar las maloclusiones durante la dentición mixta permite establecer tratamientos interceptivos, guiando el crecimiento maxilofacial y evitando tratamientos complejos en etapas posteriores (43)

2.2.3 Evaluación clínica de las maloclusiones

I. Métodos de diagnóstico

La evaluación clínica de las maloclusiones durante la dentición mixta suele realizarse mediante inspección intraoral directa, análisis de modelos de estudio, y en algunos casos, radiografías. Además, se utilizan índices estandarizados como el Índice Estético Dental (DAI), el Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico (IOTN) y la clasificación de Angle para identificar el tipo y la severidad del problema (44).

II. Importancia del examen clínico en escolares

El examen clínico sistemático en instituciones educativas permite la detección temprana de alteraciones oclusales en una etapa donde aún es posible aplicar tratamientos interceptivos. Estas intervenciones tempranas tienen mejor pronóstico,

menor costo y evitan tratamientos correctivos más complejos en la adolescencia. El odontólogo cumple un papel clave en el tamizaje, diagnóstico e intervención de maloclusiones infantiles. Asimismo, los programas de salud bucal escolar pueden ser una herramienta valiosa para monitorear el crecimiento facial, identificar factores de riesgo y educar a padres y docentes (45).

2.3 Formulación de hipótesis

Ha: Existe relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.

Ho: No Existe relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Método hipotético-deductivo, pues se originó a partir de una hipótesis que plantea la posible relación entre el sexo y las maloclusiones tempranas en la dentición mixta. A partir de esta premisa, se diseñó un proceso sistemático de observación y recolección de datos para luego contrastar empíricamente dicha relación. Este método permite no solo describir las características del fenómeno, sino también evaluar si existe asociación entre variables, bajo criterios objetivos y verificables (46).

3.2. Enfoque de la investigación

De un enfoque cuantitativo, puesto que se basó en reunir datos numéricos mediante fichas clínicas y su análisis estadístico. Este enfoque permitió medir con precisión la frecuencia y distribución de las maloclusiones en los escolares, identificar patrones y presentar los resultados de manera objetiva y replicable (47).

3.3. Tipo de investigación

Básica, porque su propósito fundamental fue generar conocimiento sobre la prevalencia y características de las maloclusiones tempranas en una población infantil específica. No se pretende manipular variables ni establecer relaciones causales, sino más bien describir y analizar un fenómeno clínico de interés odontológico. Este tipo de estudio contribuye a la comprensión teórica del problema y puede servir de base para futuras investigaciones o programas de prevención en salud bucal escolar (48).

3.4. Diseño de la investigación

Se trabajó con un diseño no experimental, transversal y observacional, adecuado para investigaciones descriptivas cuyo propósito es estudiar fenómenos tal como se presentan en su entorno natural, sin manipulación de variables.

Diseño no experimental: En este tipo de diseño, el investigador no introduce estímulos, tratamientos ni condiciones específicas. Es decir, no se realizó ninguna intervención sobre la población objeto de estudio. En el caso de esta investigación, se observó la presencia de maloclusiones en niños de 9 a 12 años sin modificar su entorno ni aplicar tratamientos ortodónticos, limitándose a registrar las condiciones clínicas presentes (46).

Diseño transversal: Se considera transversal, debido a que la recolección de datos se efectuó en un único momento del tiempo, sin seguimiento posterior. Esto permitió obtener una “fotografía” de la situación actual respecto a la prevalencia de maloclusiones en la población escolar seleccionada. El objetivo es conocer qué proporción de los niños evaluados presenta algún tipo de maloclusión durante el año 2025 (49).

Diseño observacional: Este diseño se basó en la observación sistemática de las características clínicas de los participantes. El investigador actúa como observador externo, recogiendo datos de forma directa a través de una ficha clínica y sin influir en el comportamiento o las condiciones del niño evaluado. Este enfoque es particularmente útil cuando se estudian condiciones clínicas como las maloclusiones, que pueden diagnosticarse visualmente mediante parámetros estandarizados (50).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Conformada por 612 alumnos matriculados en educación primaria en la institución educativa “Colegio Leonard Euler” del distrito de San Juan de Miraflores, Lima, durante el año 2025. Todos los integrantes de esta población tenían edades comprendidas entre 9 y 12 años, correspondientes a la etapa de dentición mixta. Se trató de una población finita, accesible y claramente delimitada tanto en términos geográficos como demográficos, que cumplía con las condiciones clínicas necesarias para el cumplimiento de los objetivos del estudio (51).

Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados durante el año 2025.
- Niños que presenten dentición mixta confirmada clínicamente.
- Niños que se encuentren entre las edades de 9 a 12 años
- Participantes que cuenten con consentimiento informado firmado por el padre, madre o apoderado.
- Niños que colaboren activamente durante la evaluación clínica.

Criterios de exclusión

- Niños que ya se encuentren en tratamiento ortodóncico o hayan recibido tratamiento previo.
- Niños con dentición temporal completa o dentición permanente completa.
- Escolares con síndromes craneofaciales, anomalías congénitas o enfermedades sistémicas que afecten el desarrollo dentomaxilar.

- Niños que presenten dificultades conductuales severas que impidan realizar una correcta evaluación clínica.
- Estudiantes que no cuenten con el consentimiento informado firmado por sus responsables legales.

3.5.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 237 escolares de educación primaria en una institución educativa del distrito de San Juan de Miraflores, Lima, durante el año 2025. Todos los participantes se encontraban en el rango de edad de 9 A 12 años, correspondiente a la etapa de dentición mixta. El tamaño muestral fue determinado mediante la fórmula para población finita, considerando un nivel de confianza del 95 % ($z=1.96$), un margen de error del 5 % y una proporción esperada del 50 %, lo que garantiza una muestra representativa y adecuada para describir la prevalencia de maloclusiones en esta población.

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

$$n = \frac{612 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.05^2 \times (612 - 1) + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = 237$$

3.5.3 Muestreo

Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde cada alumno tuvo la misma probabilidad de ser elegidos. Esta

técnica garantiza que la muestra de 237 escolares sea representativa del total de 612 escolares de educación primaria. (52).

El uso de este tipo de muestreo permite minimizar el sesgo de selección y asegurar que los resultados obtenidos puedan generalizarse con mayor validez dentro del contexto de estudio. La selección fue realizada a partir de un listado oficial de la institución educativa, utilizando una tabla de números aleatorios para identificar a los participantes.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Maloclusiones tempranas en dentición mixta	Es cualquier desviación del alineamiento normal de los dientes, las arcadas dentarias o las relaciones intermaxilares que aparece durante la dentición mixta (22)	Presencia de alteraciones en la oclusión dental identificadas clínicamente en niños de 9 a 12 años durante la fase de dentición mixta, según clasificación de Angle y tipo clínico.	Clasificación de Angle	<ul style="list-style-type: none"> - Clase I - Clase II división 1 - Clase II división 2 - Clase III 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Presente = 1 No presente = 0
			Clasificación clínica	<ul style="list-style-type: none"> - - Mordida abierta anterior - Mordida cruzada anterior - Mordida cruzada posterior - Sobremordida aumentada - Apiñamiento dental - Diastemas 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Presente = 1 No presente = 0

Sexo	Condición biológica que clasifica al individuo como masculino o femenino (53)	Información registrada en el instrumento según el sexo reportado por el apoderado o niño.	-	Masculino / Femenino	Nominal	Masculino = 1 Femenino = 2
------	---	---	---	----------------------	---------	-------------------------------

3.6.1 Definición operacional

- **Maloclusiones tempranas en dentición mixta:** Es cualquier desviación del alineamiento normal de los dientes, las arcadas dentarias o las relaciones intermaxilares que aparece durante la dentición mixta (21).
- **Sexo:** Condición biológica que clasifica al individuo como masculino o femenino (39).
- **Grupo etario:** Clasificación de edad en rangos que representan etapas dentro de la dentición mixta (40).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Al momento de la realización del trabajo, se utilizó una técnica de observación directa, realizada por el investigador mediante una evaluación intraoral en condiciones adecuadas de iluminación. Esta técnica permite identificar visualmente la presencia de maloclusiones dentarias durante la etapa de dentición mixta, sin intervención ni manipulación sobre el evaluado (49).

3.7.2 Descripción de instrumentos

Para la recopilación de información se empleó una ficha clínica estructurada de elaboración propia, diseñada específicamente para registrar información relacionada con la presencia y tipos de maloclusiones dentales durante la etapa de dentición mixta. Esta ficha fue construida en base a los criterios clínicos más relevantes de la literatura científica actual y adaptada al contexto educativo del estudio.

Consta de tres secciones principales:

Datos generales del evaluado: donde se consignan el ID del participante, su edad y sexo, lo cual permite la organización demográfica de los datos y su posterior análisis por subgrupos.

Evaluación clínica de maloclusiones: esta sección recoge si el niño presenta o no alguna maloclusión. De ser afirmativa la respuesta, se habilita el registro detallado del tipo de maloclusión observada.

Listado de tipos de maloclusión: se presenta una tabla con las principales maloclusiones identificadas en la literatura especializada, tales como la Clase I de Angle con apiñamiento, Clase II división 1 y 2, Clase III, mordida cruzada anterior y posterior, mordida abierta anterior, sobremordida aumentada y diastemas. El evaluador debe marcar “sí” o “no” en función de los hallazgos clínicos observados en el paciente.

Además, se incluye un espacio para observaciones adicionales, destinado a registrar cualquier información complementaria relevante para el diagnóstico, como hábitos orales detectados, características faciales asociadas o detalles anatómicos que no estén contemplados en los ítems estructurados.

Este instrumento permite una recolección ordenada, objetiva y estandarizada de los datos clínicos necesarios para cumplir con los objetivos del estudio, facilitando además su análisis posterior.

3.7.3 Validación

Se realizó a través de la revisión por tres profesionales del área de odontología con experiencia en ortodoncia y diagnóstico clínico infantil. Cada experto evaluará la pertinencia, claridad, coherencia y redacción de los ítems del instrumento. En base a sus

observaciones, se realizarán los ajustes correspondientes para garantizar la adecuación del instrumento a los objetivos del estudio y asegurar su validez de contenido (54).

3.7.4 Confiabilidad

Primero se generó una prueba piloto con 20 escolares que no se consideraron dentro de la muestra definitiva, con el fin de poder medir la confiabilidad del instrumento de recolección. Fue aplicado por dos evaluadores capacitados, de manera independiente, en las mismas condiciones clínicas. Posteriormente, los resultados fueron comparados con el índice Kappa de Cohen. Obteniendo un valor de 0.920 para la clasificación de Angle, lo cual corresponde a una concordancia casi perfecta. En cuanto a las alteraciones clínicas, se registraron valores sustanciales para el apiñamiento (0.687), la mordida cruzada posterior (0.659), la mordida abierta anterior (0.681) y la sobremordida aumentada (0.794), mientras que los diastemas (0.588) y la mordida cruzada anterior (0.565) alcanzaron una concordancia moderada. En conjunto, estos resultados evidenciaron una adecuada confiabilidad diagnóstica del instrumento utilizado en la investigación (Ver Anexo 3) (55).

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos recogidos fueron organizados inicialmente en una base de datos elaborada en Microsoft Excel versión 21, donde se realizó la depuración y codificación correspondiente para facilitar su análisis. Posteriormente, la información fue exportada al software estadístico SPSS versión 27 para su procesamiento formal.

Se emplearon estadísticas descriptivas como frecuencias absolutas, relativas (porcentajes) y tablas de distribución, con el propósito de describir la prevalencia de

maloclusiones según tipo, sexo y grupo etario. Estas medidas permitieron identificar los tipos más comunes de maloclusión presentes en la muestra.

Asimismo, para explorar posibles asociaciones entre variables categóricas (por ejemplo, sexo y tipo de maloclusión), se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, estableciendo un nivel de significancia del 5 % ($p < 0.05$). Cuando se encontró significancia estadística, los resultados fueron interpretados dentro del contexto clínico del estudio, resaltando las implicancias para la salud bucal infantil.

3.9 Aspectos éticos

La presente investigación se desarrolló aplicando estrictas normas éticas, con el fin de proteger la privacidad y el bienestar de los individuos involucrados. Se tomó como referencia principal la Declaración de Helsinki, la cual establece lineamientos internacionales orientados al respeto por la dignidad humana y al compromiso ético del investigador. En concordancia con estos principios, toda la información obtenida a partir de los registros clínicos fue tratada de manera confidencial, evitando cualquier vínculo entre los resultados y la identidad de los participantes. Para asegurar el anonimato, se utilizaron únicamente códigos internos en la codificación de datos, impidiendo cualquier forma de identificación personal y resguardando la confidencialidad durante todas las etapas del estudio (56).

Previo a la ejecución del estudio, el proyecto fue presentado ante un comité ético competente, cuya función fue evaluar si los aspectos metodológicos y operativos cumplían con las normativas éticas vigentes. Esta revisión inicial tuvo como propósito garantizar que la investigación se llevara a cabo bajo principios de responsabilidad y respeto, sin poner en riesgo a los participantes. Una vez obtenida la autorización oficial

correspondiente, se procedió a la ejecución del trabajo de campo y a la recolección sistemática de los datos, manteniendo en todo momento un enfoque ético, riguroso y comprometido con la integridad de la información utilizada.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Resultado descriptivo

Tabla 1. Prevalencia de maloclusiones tempranas según la clasificación de Angle en escolares de 9 a 12 años.

Clasificación de Angle	n	%
Clase I	122	51.5
Clase II división 1	24	10.1
Clase II división 2	13	5.5
Clase III	4	1.7

N=237

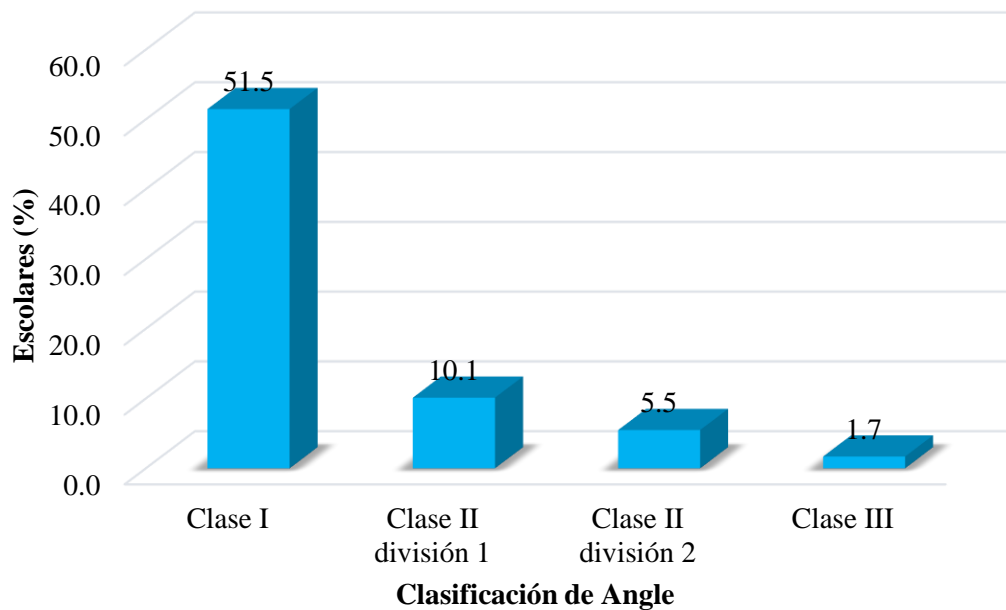


Figura 1. Prevalencia de maloclusiones tempranas según la clasificación de Angle en escolares de 9 a 12 años.

En la población estudiada se observó que la maloclusión Clase I fue la más frecuente, con un 51.5 % de los escolares, seguido de la Clase II división 1 con 10.1 %, la Clase II división 2 con 5.5 % y, en menor proporción, la Clase III con 1.7 %.

Tabla 2. Prevalencia de alteraciones clínicas de la oclusión en escolares de 9 a 12 años.

Clasificación clínica		n	%
Apiñamiento	No	159	67.1
	Si	78	32.9
Diastemas	No	205	86.5
	Si	32	13.5
Mordida cruzada anterior	No	214	90.3
	Si	23	9.7
Mordida cruzada posterior	No	204	86.1
	Si	33	13.9
Mordida abierta anterior	No	220	92.8
	Si	17	7.2
Sobremordida aumentada	No	194	81.9
	Si	43	18.1

N=237

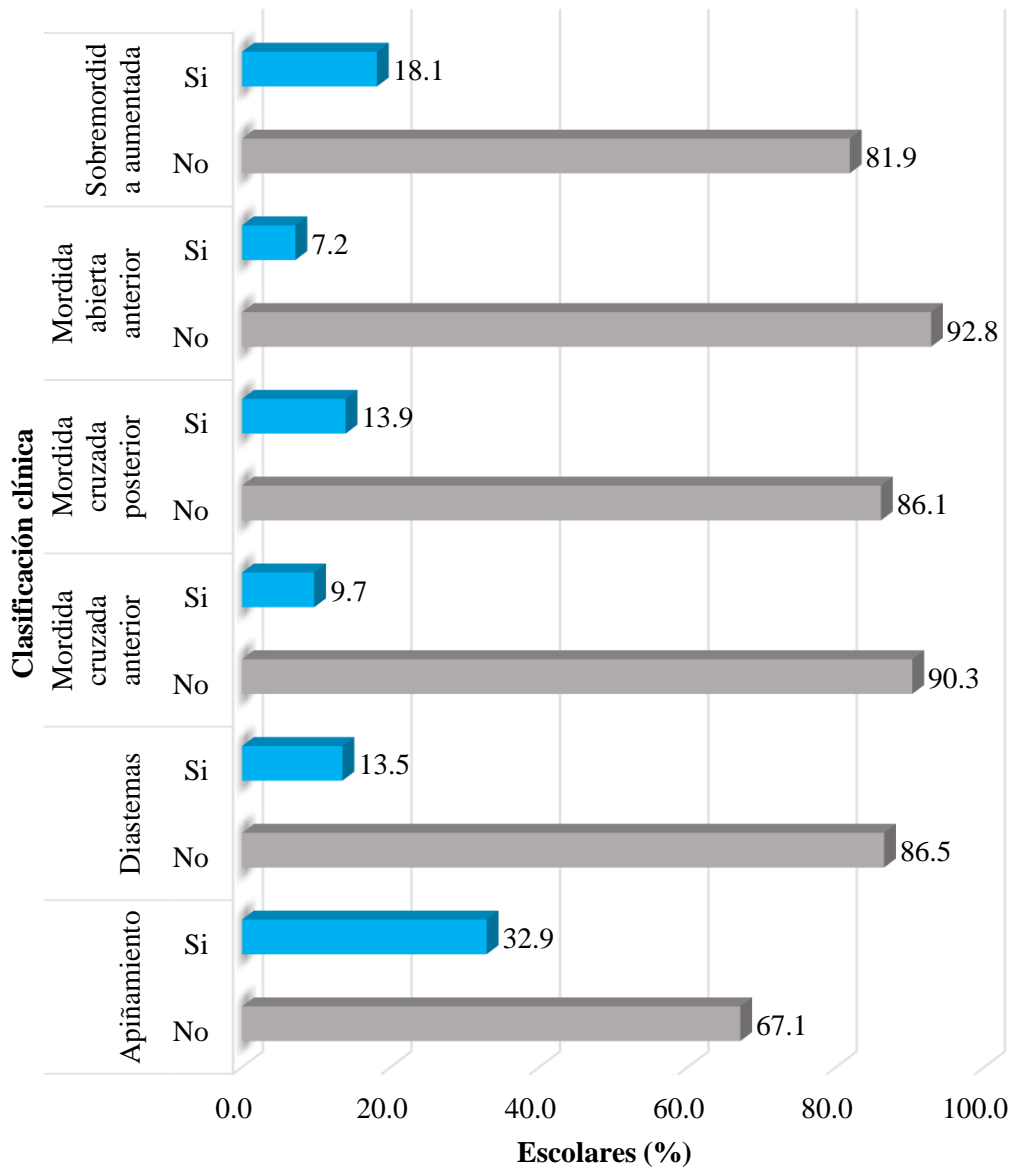


Figura 2. Prevalencia de alteraciones clínicas de la oclusión en escolares de 9 a 12 años.

De la tabla 2, en los escolares evaluados, el apiñamiento dentario fue la alteración clínica más frecuente con un 32.9 %, seguido de la sobremordida aumentada con 18.1 % y la mordida cruzada posterior con 13.9 %. Alteraciones como los diastemas y la mordida cruzada anterior se presentaron en 13.5 % y 9.7 % respectivamente, mientras que la mordida abierta anterior tuvo la menor prevalencia con 7.2 %.

Resultado inferencial

Planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.

Ho: No Existe relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.

Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión

- Si $p \leq 0.05$; Se rechaza H_0 .
- Si $p > 0.05$; No se rechaza H_0 .

Tabla 3. Relación entre la presencia de maloclusiones tempranas y el sexo en escolares de 9 a 12 años.

Sexo		Presencia de maloclusión		Total
		No	Si	
Masculino	n	33	74	107
	%	13.9	31.2	45.1
Femenino	n	41	89	130
	%	17.3	37.6	54.9
Total	n	74	163	237
	%	31.2	68.8	100.0

Prueba estadística: Chi – Cuadrado ($x^2 = 0.013$; $p = 0.908$)

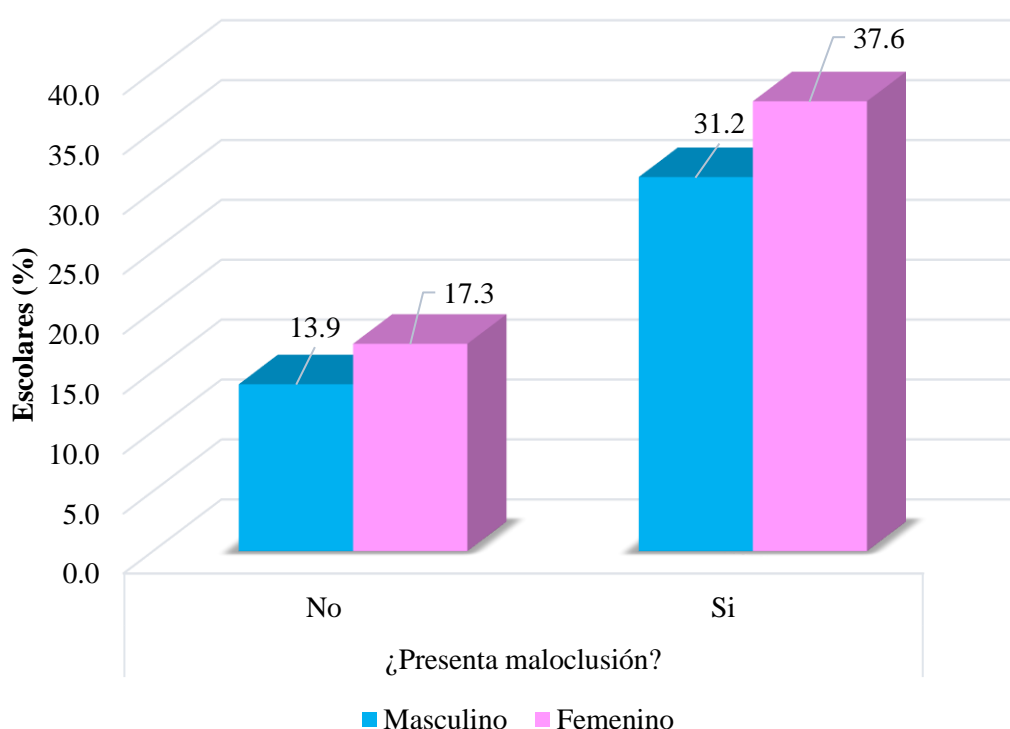


Figura 3. Maloclusiones tempranas según sexo en escolares de 9 a 12 años.

En la población de estudio, el 68.8 % de los escolares presentó algún tipo de maloclusión, mientras que el resto no mostró alteraciones oclusales. Al analizar la distribución por sexo, se observó que el 31.2 % correspondió a varones y el 37.6 % a mujeres. A pesar de esta ligera diferencia porcentual, la prueba de “Chi-cuadrado” arrojó un valor de $p = 0.908$, indicando que no existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de maloclusiones en los escolares evaluados llegando a la conclusión que la distribución de maloclusiones fue similar en ambos sexos.

4.2. Discusión de resultados

Se identificó que el 68.8 % de los escolares presentó algún tipo de maloclusión, mientras que el resto no mostró alteraciones oclusales. Al analizar los resultados por sexo, no se encontraron diferencias significativas ($p = 0.908$), lo que indicó que tanto niños como niñas estuvieron expuestos de manera semejante a estas alteraciones durante la dentición mixta. Este hallazgo se asemeja a lo descrito por Carreño (19) el 2023, en Portoviejo, Ecuador, quien también reportó porcentajes elevados de maloclusiones sin grandes diferencias entre géneros, aunque con ligera predominancia en varones. Sin embargo, no todos los autores coinciden con este patrón. Vilchez (12) el 2025, en Chiclayo, evidenció que las niñas mostraron mayor frecuencia de maloclusiones, asociadas principalmente a la respiración bucal, mientras que Mai et al. (16) el 2024, en Guangxi, China, hallaron un predominio en varones. De manera distinta, Salas et al. (17) el 2024, en Rapa Nui, Chile, describieron una fuerte presencia de la Clase II en ambos sexos, lo que confirma que la distribución por género no es uniforme y puede estar influenciada por factores propios de cada población.

Al clasificar las maloclusiones según Angle, la Clase I fue la más frecuente (51.5 %), seguida por la Clase II división 1 (10.1 %), la Clase II división 2 (5.5 %) y la Clase III (1.7 %). Este predominio de la Clase I coincide con lo informado por Pérez (15), el 2021, en Chiclayo, donde también fue el tipo más común. De manera similar, Carreño (19) el 2023, en Portoviejo, Ecuador, registró un 50 % de Clase I y una proporción menor de Clase II. Resultados afines fueron descritos por Agrawal et al. (21) el 2021, en Dharan, Nepal, quienes reportaron un 49.1 % de Clase I, aunque en su población la Clase III alcanzó valores más altos (12.2 %). Por otro lado, Salas et al. (17) el 2024, en Rapa Nui, Chile, encontraron predominio de la Clase II, y Mai et al. (16) el 2024, en Guangxi, China,

observaron cifras más equilibradas entre Clase I (26.6 %) y Clase II (23.3 %). Estas diferencias sugieren que, si bien la Clase I suele ser la más común en la dentición mixta, los demás tipos presentan variaciones de acuerdo con factores ambientales, culturales y clínicos propios de cada región.

En cuanto a las alteraciones clínicas, el apiñamiento fue la más común (32.9 %), seguido por la sobremordida aumentada (18.1 %), la mordida cruzada posterior (13.9 %), los diastemas (13.5 %), la mordida cruzada anterior (9.7 %) y finalmente la mordida abierta anterior (7.2 %). Estos resultados guardan relación con lo descrito por Vilchez (12) el 2025, en Chiclayo, quien reportó altas frecuencias de resalte (62.5 %) y sobremordida (62 %), confirmando la importancia de estas alteraciones en la dentición mixta. Asimismo, Pérez (15), el 2021, en Chiclayo, destacó el apiñamiento y los diastemas como hallazgos frecuentes, asociados a hábitos orales como succión digital e interposición lingual. A nivel internacional, Xu et al. (20) el 2023, en Jinzhou, China, señalaron que el apiñamiento fue el problema más común (71.8 %), acompañado de sobremordida profunda (39.3 %) y mordida cruzada anterior (16.1 %). Por su parte, González et al. (18) el 2023, en Matanzas, Cuba, identificaron a la mordida cruzada posterior unilateral como la alteración más habitual (27.3 %), lo cual difiere de este estudio, donde esta ocupó un lugar secundario. En conjunto, los hallazgos permitieron confirmar que el apiñamiento es una de las alteraciones más prevalentes en la dentición mixta, mientras que las demás presentan variaciones de frecuencia según el contexto poblacional.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera. La presencia de maloclusiones tempranas fue elevada (68.8 %) y no se halló una relación significativa con el sexo, lo que indica que estas alteraciones afectaron de manera similar a varones y mujeres en la población estudiada.

Segunda. La maloclusión Clase I fue la más frecuente (51.5 %), seguida por la Clase II división 1 (10.1 %), la Clase II división 2 (5.5 %) y la Clase III (1.7 %), confirmando el predominio de la Clase I en dentición mixta.

Tercera. El apiñamiento fue la alteración clínica más común (32.9 %), seguido de la sobremordida aumentada (18.1 %) y la mordida cruzada posterior (13.9 %), mientras que la mordida abierta anterior fue la menos prevalente (7.2 %).

5.2 Recomendaciones

Implementar programas escolares de evaluación odontológica periódica durante la dentición mixta, orientados no solo a la detección temprana de maloclusiones, sino también a la identificación de factores ambientales modificables, como hábitos orales nocivos y alteraciones funcionales, que influyen directamente en su desarrollo.

Realizar controles clínicos desde edades tempranas, priorizando el seguimiento de los escolares con maloclusión Clase I, dado que este tipo suele asociarse a apiñamiento dentario y alteraciones funcionales relacionadas con hábitos orales, cuya corrección oportuna puede prevenir la progresión hacia maloclusiones más complejas.

Promover estrategias preventivas en el ámbito escolar y familiar orientadas a la eliminación de hábitos orales deletéreos, tales como la succión digital prolongada, la interposición lingual y la respiración bucal, así como al control de la pérdida prematura de dientes temporales, con el fin de disminuir la frecuencia de apiñamiento y sobremordida aumentada durante la dentición mixta.

Fortalecer la educación en salud bucal dirigida a padres, docentes y escolares, enfatizando el rol de los factores ambientales y epigenéticos en el desarrollo de las maloclusiones, de modo que se favorezca la adopción de conductas preventivas y se facilite la derivación temprana a tratamiento ortodóntico interceptivo cuando sea necesario.

REFERENCIAS

1. Álvarez J, De Santiago J, Monjaras A. Maloclusiones. Problema de Salud Bucodental. Revisión Narrativa. Educ Salud Bol Científico Inst Cienc Salud Univ Autónoma Estado Hidalgo [Internet]. 2023;12(23):79-86. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/11177>
2. Marquez M, Achachao K, Gómez S, Galán S, Huarancca E. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de un Instituto pediátrico de referencia en Perú. Rev Pediatría Espec [Internet]. 2024;3(2):60-5. Disponible en: <https://revistapediatricae.insn.gob.pe/index.php/rpe/article/view/73>
3. González D, Aguilar K, Raventos A. Hábitos bucales deformantes y autoestima en escolares de nueve a 12 años. Rev Progaleno [Internet]. 2021;4(1):6-18. Disponible en: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/266>
4. Jimenez Y. Prevalencia de maloclusiones dentales en una población escolar de derechohabientes en la unidad médico familiar 9 Santa María Coapan [Internet]. 2023. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/98a22619-06d4-46b0-a39e-925b42ebe3f7>
5. Canchari T, Ramón J, Arnez R, Ríos D. Caracterización de maloclusiones en pacientes de 6 a 10 años. Recio UNITEPC [Internet]. 2024;3(2):23-30. Disponible en: <https://investigacion.unitepc.edu.bo/revista/index.php/revista-odontologia/article/view/210>
6. Kiep P, Duerksen G, Cantero L, López A, Núñez H, Ortiz R, et al. Grado de maloclusiones según el índice de estética dental en pacientes que acudieron a la Universidad del Pacífico. Rev Científica Cienc Salud [Internet]. 2021;3(1):56-62.

Disponible en:

http://www.upacifico.edu.py:8040/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/135

7. Fadel MAV, Santos BZ, Antoniazzi RP, Koerich L, Bosco VL, Locks A. Prevalence of malocclusion in public school students in the mixed dentition phase and its association with early loss of deciduous teeth. Dent Press J Orthod [Internet].

2022;27(4):e2220120. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/2177-6709.27.4.e2220120.oar>

8. Monte, Isayli; Segura, Narlina; Ricardo L. Características de la dentición temporal en niños de 3 a 5 años. Círculo infantil “Los Sandinitos”. Holguín.2020. Rev Cient Estud UNIMED [Internet]. 2021;3(2):1-9. Disponible en:

<https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/66>

9. Mollo N. Maloclusión en la dentición mixta temprana en el grupo etario de 5 a 10 años de pacientes que acuden a la Clínica de Ortodoncia I. Odontol Actual Rev Científica [Internet]. 2021;6(7):1-8. Disponible en:

<https://dicyt.uajms.edu.bo/revistas/index.php/odontologia/article/view/972>

10. Meza E, Olivera P, Rosende M, Peláez A. Maloclusiones funcionales y su asociación con hábitos orales en niños con dentición mixta. Rev Asoc Odontológica Argent [Internet]. 2021;171-6. Disponible en:

https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2683-72262021000300171

11. Marquez-Junco MM, Achachao Almerco K, Gómez Curisinche S, Galán Salazar SF, Huaranca Gavilán ES. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de un instituto pediátrico de referencia en Perú. Rev Pediátrica Espec. 2024;3(2):60-5.

12. Vilchez L. Factores de riesgo para maloclusiones en niños con dentición mixta-Chiclayo, 2024 [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2025. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/8186>
13. Carbajal B. Prevalencia de tipos de aparatos ortodónticos más utilizados en niños con dentición mixta, atendidos en la clínica Odontológica Uladech Católica filial Chimbote, año 2018 [Internet]. Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/26891>
14. Castro V. Prevalencia de maloclusión dental según el índice estético dental en niños de 9 a 12 años en la I.E.P. Santo Tomás el Apóstol distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash - 2019 [Internet]. Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/28356>
15. Pérez J. Maloclusiones y hábitos orales en niños de cinco a doce años de edad de la institución educativa particular Manuel Antonio Rivas, 2019 [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo; 2021. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/4073>
16. Mai W, Xiao L, Chen S, Chen S, Li A, Zhang T, et al. Prevalence and contributing factors of malocclusion in Zhuang children aged 7–8 years in southern China. *Front Pediatr* [Internet]. 15 de enero de 2024;12(January):1-8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2024.1308039/full>
17. Salas M, Sciaraffia P, Guíñez J, Díaz A. Prevalencia de maloclusiones en población escolar de Rapa Nui, Chile: Estudio descriptivo. *Int J Odontostomatol* [Internet]. 2024;18(2):170-5. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2024000200170

18. González M, Guerra M, Pancorbo J. Comportamiento de la maloclusión funcional e interferencias oclusales en niños con dentición mixta. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2023;45(1):83-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242023000100083&script=sci_arttext
19. Carreño N. Prevalencia de maloclusiones en escolares atendidos en las clínicas odontológicas gregorianas de Portoviejo [Internet]. Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2023. Disponible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/3276>
20. Xu J, Li X, Liu X, Li S, Lu Y. Prevalence and influencing factors of mixed dentition malocclusion in children aged 6-12 years in Jinzhou, China. Oral Health Prev Dent [Internet]. 2023;21(1):163-70. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11619866/>
21. Agrawal S, Koirala B, Dali M, Shrestha S, Bhagat T, Niraula SR. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment needs in mixed dentition of school going children of Dharan, Nepal. J Nepal Assoc Pediatr Dent [Internet]. 31 de diciembre de 2021;2(2):57-64. Disponible en: <https://www.nepjol.info/index.php/jnapd/article/view/43907>
22. Mejía G, Ramírez W. Maloclusión dental y nivel de autoestima en adolescentes de 12 - 16 años en la Institución Educativa estatal N° 54009 José Encinas Franco y Divino Maestro, Apurímac - 2019 [Internet]. Universidad Tecnológica de los Andes; 2022. Disponible en: <https://repositorio.utea.edu.pe/items/d165d44a-5b74-418e-9347-2ea4260573d9>
23. Gamba J, Torres D. Efectividad de tratamientos de la maloclusión clase III de los pacientes en edad temprana (4-6 años) en Cartagena [Internet]. 2020. Disponible en:

<https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/a0a4c95a-c1da-4242-aefa-2687af0d9856/content>

24. Menendez L. Estudio Comparativo de Tres Índices OMS, AIO y AGUILA, en Escolares Femeninas de 11 a 16 Años en Lima. Primera ed. E.I.R.L C de I& PCI, editor. Estudio Comparativo de Tres Índices OMS, AIO y AGUILA, en Escolares Femeninas de 11 a 16 Años en Lima. Lima; 2024. 1-141 p.
25. Pascual D, Bruna M, Prado L, Arias C. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle en una población universitaria. *Cient Dent*. 2021;18(1):15-20.
26. Armijos M, Granda A, Díaz C, Saraguro D, Vélez L. Hábitos bucales deformantes y su relación con las maloclusiones dentarias. *Rev Científica UOD [Internet]*. 2023;11(2):1-12. Disponible en: doi.org/10.5281/zenodo.10308520
27. Singh S, Gilani R, Kathade A, Atey AR, Atole S, Rathod P. The Early Intervention of a Class III Malocclusion With an Anterior Crossbite Using Chincup Therapy: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(6).
28. Moyers RE. Manual de ortodoncia. 4.^a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1992.
29. Graber L, Vig K, Vanarsdall R, Huang G. Ortodoncia: principios y técnicas actuales. 6.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2017.
30. Cakan DG, Ulkur F, Taner T (Uğur). The genetic basis of facial skeletal characteristics and its relation with orthodontics. *Eur J Dent [Internet]*. 2012;6(3):340-5. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3420844/>
31. Graber T, Rakosi T, Petrovic A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. 2.^a ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.

32. Moreno LM, Miller SF. Genetics of the dentofacial variation in human malocclusion. *Orthod Craniofac Res* [Internet]. 2015;18(0 1):91-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ocr.12083>
33. Arguello SM, Caisachana KX, Guevara PB, Rosas JP, Prado CA, Mite MN, et al. Abordaje de las maloclusiones en edades tempranas: tratamientos ortodónticos preventivos. *Ibero-Am J Health Sci Res* [Internet]. 2025;5(2):499-506. Disponible en: <https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/848>
34. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. *Acta Otorhinolaryngol Ital* [Internet]. 2016;36(5):386-94. Disponible en: <https://doi.org/10.14639/0392-100X-770>
35. Camargo D, Olaya ER, Torres EA. Teorías del crecimiento craneofacial: una revisión de literatura. *Ustasalud* [Internet]. 2017;16:78-88. Disponible en: <https://doi.org/10.15332/us.v16i0.2022>
36. Sakkal R. Importancia de la interacción Genética-Ambiente en la Etiología de las Maloclusiones. En Caracas-Venezuela: *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*; 2003. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art-4/>
37. Navarrete NE, Pita MA. Factores relacionados con maloclusiones en niños ecuatorianos de 3-9 años de edad. *Rev Cuba Estomatol* [Internet]. 2020;57(2):1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3786/378663372009/html/>
38. Orozco JJ. Medicina de la oclusión [Internet]. 2024 [citado 16 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/c606f54a-6745-42fc-a3b8-7ce1f097fe09>

39. Fleming P, Andrews J. Orthodontic treatment: Getting the timing right. *Semin Orthod* [Internet]. junio de 2023;29(2):137-45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S107387462300035X>
40. Vidal X. Salud Blogs Mapfre. 2021. Dentición mixta. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/denticion/denticion-mixta/>
41. Borro I. Odontología Smart Dentistry. 2023. Dentición mixta: La etapa de transición en la sonrisa de tus hijos. Disponible en: <https://draireneborro.com/denticion-mixta/#:~:text=La dentición mixta es una etapa de transición en la,erupcionan en la cavidad oral.>
42. Fullana M. Expasión del maxilar en pacientes en crecimiento con el sistema invisaling first: Revisión sistemática [Internet]. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir; 2024. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/5402>
43. Quispe M. Nivel de conocimientos de padres sobre hábitos bucales deletéreos en relación a su prevalencia en pacientes entre 5 y 13 años que acuden a la consulta pediátrica. Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2021 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b0b4cbf9-fbf6-4641-bd8b-ecddd9c5962/content>
44. Pacheco M. Métodos de evaluación de severidad de maloclusiones dentales en niños y adolescentes [Internet]. Universidad de Chile; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/188304>
45. Zhou C, Duan P, He H, Song J, Hu M, Liu Y, et al. Expert consensus on pediatric orthodontic therapies of malocclusions in children. *Int J Oral Sci* [Internet]. 16 de abril de 2024;16(1):32. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41368-024-00299-8>

46. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México; 2018.
47. Firdaus F, Zufadilla Z, Caniago F. Reaserch methodology: types in the new perspective. MANAZHIM. 2021;3(1):1-16.
48. Pérez L, Pérez R, Victoria M. Metodología de la investigación científica. Maiupe, editor. 2021. 400 p.
49. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. El Método científico. Metodología de la Investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. 2019. 562 p.
50. Hernández R, Mendoza C. Metodologías de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. [Internet]. Editores MMHI, editor. 2023. 752 p. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Metodología_de_la_investigación/aq8y0AEACAAJ?hl=es
51. Méndez C. Metodología de la investigación: Diseño y desarrollo del proceso de investigación en ciencias empresariales [Internet]. Alpha Editorial, editor. 2020. 186 p. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Metodología_de_la_investigación/pc16EAAAQBAJ?hl=es&gbpv=0
52. Pereyra L, Vaira M. Diseño de muestreo. Repos Inst CONICET Digit. 2021;24-32.
53. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. 2022;7(18):111-36.

54. Gallardo E. Metodología de la Investigación. Universidad Continental; 2017.
55. Dettori J, Norvell D. Kappa y más allá: ¿hay acuerdo? Glob Spine J [Internet]. 2020;10(4):499-501. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2192568220911648>
56. Baker R, Schmidt U, Frewer A. Ethical research: The declaration of Helsinki, and the past, present, and future of human experimentation,. Oxford University Press; 2020. 610 p.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 A 12 años de ambos sexos, según la clasificación de angle en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de tipos de maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 A 12 años de ambos sexos, según la clasificación clínica en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la prevalencia de maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 A 12 años de ambos sexos, según la clasificación de Angle en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.</p> <p>Determinar la prevalencia de tipos de maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 A 12 años de ambos sexos, según la clasificación clínica en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.</p>	<p>Ha: Existe relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.</p> <p>Ho: No Existe relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo de niños de 9 A 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores durante el año 2025.</p>	<p>Variable</p> <p>Maloclusiones tempranas en dentición mixta</p> <p>Dimensiones</p> <p>Clasificación de Angle Clasificación clínica</p> <p>Covariable</p> <p>Sexo</p>	<p>Método: Hipotético-deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación: Básica</p> <p>Diseño: No Experimental Corte: transversal Nivel: Descriptivo</p> <p>Población, muestra y muestreo:</p> <p>Población: 612 estudiantes de educación primaria, con edades entre 9 y 12 años, matriculados en una institución educativa del distrito de San Juan de Miraflores, Lima, durante el año 2025.</p> <p>Muestra: 237 escolares</p> <p>Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple.</p>

Anexo 2: Instrumentos

TÍTULO DE LA TESIS: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN DENTICIÓN MIXTA EN NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025.

Objetivo del instrumento:

Recolectar información clínica básica sobre la presencia de maloclusiones en niños de 9 a 12 años para el análisis de su prevalencia según sexo, grupo etario y tipo de maloclusión.

Datos generales del evaluado

- ID del evaluado: _____
- Edad: _____ años
- Sexo: Masculino Femenino

Evaluación clínica de maloclusiones

- ¿Presenta alguna maloclusión? Sí No

Si la respuesta es sí, marque los tipos de maloclusión presentes:

Tipo de maloclusión	Si	No
Clase I de Angle		
Clase II división 1 de Angle		
Clase II división 2 de Angle		
Clase III de Angle		
Apiñamiento		
Mordida cruzada anterior		
Mordida cruzada posterior		
Mordida abierta anterior		
Sobremordida aumentada		
Diastemas		

Observaciones adicionales:

Anexo 3: Confiabilidad del instrumento

Base Piloto

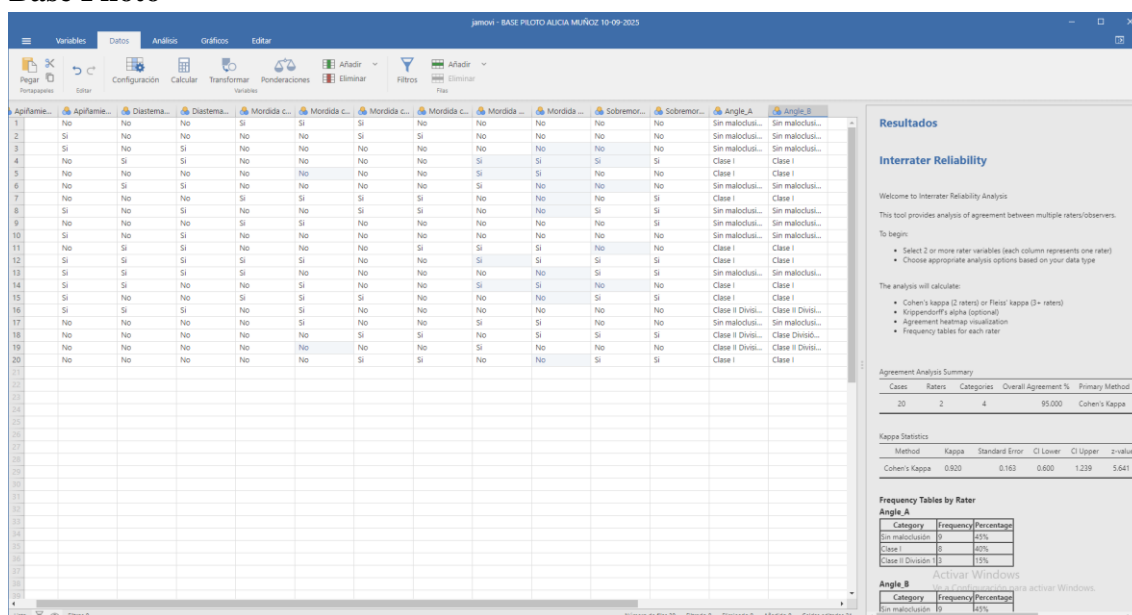


Tabla 4. Confiabilidad interevaluador según el índice Kappa de Cohen.

Method	Kappa	Standard Error	CI Lower	CI Upper	z-value	p-value	Interpretation
Clasificación de Angle							
Cohen's Kappa	0.920	0.163	0.6	1.239	5.641	<.001	Almost Perfect
Apiñamiento							
Cohen's Kappa	0.687	0.212	0.271	1.104	3.237	0.001	Substantial
Diastemas							
Cohen's Kappa	0.588	0.219	0.159	1.016	2.686	0.007	Moderate
Mordida cruzada anterior							
Cohen's Kappa	0.565	0.218	0.137	0.993	2.59	0.010	Moderate
Mordida cruzada posterior							
Cohen's Kappa	0.659	0.222	0.224	1.095	2.967	0.003	Substantial
Mordida abierta anterior							
Cohen's Kappa	0.681	0.222	0.245	1.117	3.062	0.002	Substantial
Sobremordida aumentada							
Cohen's Kappa	0.794	0.219	0.365	1.223	3.628	<.001	Substantial

Anexo 4: Expediente de validación



Universidad
Norbert Wiener

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Esp. CD. Mezzich Gálvez, Jorge

1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente a tiempo completo

1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos.

1.4 Título de la Investigación: MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 a 12 AÑOS EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025.

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 cosnocitrnas.					x
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					x
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					x
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al proposito 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

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x\text{A}) + (2x\text{B}) + (3x\text{C}) + (4x\text{D}) + (5x\text{E})}{50} = 1.00$$

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	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 02 de agosto del 2025.

.....
Dr. Esp. CD. Mezzich Gálvez, Jorge

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 **Apellidos y Nombres del Experto:** Mg. CD. Ingrid Rosa Isabel Iturria Reategui.
 1.2 **Cargo e Institución donde labora:** Docente a tiempo completo
 1.3 **nombre del instrumento motivo de evaluación:** Ficha de recolección de datos.
 1.4 **Título de la Investigación:** MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 a 12 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025.

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 coenoscitivas.					x
7. CONSISTENCIA	Almeado 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

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x\text{A}) + (2x\text{B}) + (3x\text{C}) + (4x\text{D}) + (5x\text{E})}{50} = 1.00$$

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

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

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 23 de julio del 2025.



Dña. Ingrid Rosa Isabel REATEGUI
Odontóloga
COP 1204

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:** P.H.D. M.Sc. Esp. Marroquín García Lorenzo.
1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente del Programa de Odontología Univ. Privada Norbert Wiener.
1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos.
1.4 Título de la Investigación: MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 a 12 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025.

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

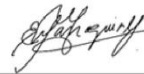
$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x\text{A}) + (2x\text{B}) + (3x\text{C}) + (4x\text{D}) + (5x\text{E})}{50}$$

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:

Lima, 16 de setiembre del 2025.



Firma y sello

Anexo 5: Constancia de aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 30 de julio del 2025.

Autor Responsable:
ALICIA DE JESUS MUÑOZ MADRID

Exp. N°: 1907-2025

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025"
Versión
Nro. 1,
con fecha 29/07/2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
ALICIA DE JESUS MUÑOZ MADRID

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La **vigencia** de la aprobación es **24 meses** a partir de la emisión de este documento.
- Toda **enmienda** deberá presentarse al CIEIC-UPNW; el proyecto no podrá ejecutarse sin su aprobación previa.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener



COLEGIO LEONARD EULER

San Juan de Miraflores, 22 de agosto de 2025

Sra.

Dra. Brenda Vergara Pinto

Directora del Programa Académico de Odontología

Universidad Norbert Wiener

Presente. -

De nuestra especial consideración:

Por medio de la presente, expresamos nuestro cordial saludo y, en atención a la solicitud presentada mediante la Carta N°143-08-2025-EAP-ODON-UPNW, comunicamos nuestra conformidad y aceptación para que la Bachiller Alicia de Jesús Muñoz Madrid, estudiante de la carrera de Odontología de su prestigiosa universidad, pueda ejecutar en nuestra institución educativa el proyecto de investigación titulado:

"Maloclusiones tempranas en la dentición mixta de niños de 9 a 12 años en una institución educativa de San Juan de Miraflores, 2025".

El Colegio Leonard Euler brindará las facilidades necesarias para el desarrollo de la recolección de datos, reiterando nuestro compromiso con el apoyo a la formación académica y profesional de los estudiantes.

Sin otro particular, le reiteramos nuestra especial consideración y estima.

Atentamente,



Mg. Patricia Benites Egusquiza



Subdirectora

Colegio Leonard Euler

Anexo 6: Informe de tesis

 Universidad Norbert Wiener	INFORME DEL ASESOR		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-014	VERSIÓN: 02 REVISIÓN: 02	FECHA: 13/05/2020

Lima, 23 de septiembre del 2025

Dra. Esp. Brenda Vergara Pinto

Directora de la EAP de Odontología Universidad Privada Norbert Wiener
Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato expresarle un cordial saludo y como asesora de tesis titulada: **“MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025”** desarrollado por la egresada Alicia de Jesús Muñoz Madrid; para la obtención del Título Profesional de Cirujano dentista; ha sido concluida satisfactoriamente.

Al respecto informo que se lograron los siguientes objetivos:


- Orientar la investigación para lograr los objetivos de la misma.
- Revisar el informe final en sus resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Aprobar la tesis para su sustentación.

Atentamente,



Firma de la asesora
Ds. Esp. Anita Kori Aguirre Morales

Anexo 7: Reporte de Turnitin

 Página 2 de 49 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega tmcoid::14912.544934406




16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)


Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

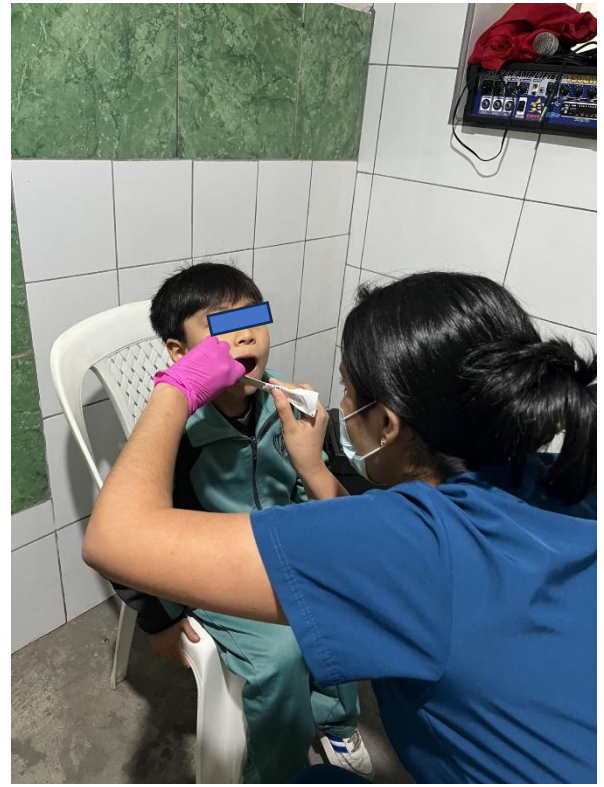
No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

 Página 2 de 49 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega tmcoid::14912.544934406

Anexo 8: Evidencia fotografía





Consentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-2025-FCI-008	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/06/2022

Título de proyecto de investigación: MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025.

Investigadora: Alicia de Jesús Muñoz Madrid.

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025" de fecha 22/06/2025 y versión 01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito del estudio es identificar la relación entre las maloclusiones tempranas en la dentición mixta y el sexo en niños de 9 a 12 años, con el fin de generar evidencia científica local que permita una mejor comprensión del problema, promover el diagnóstico precoz y orientar estrategias preventivas en salud bucal infantil dentro del contexto escolar de San Juan de Miraflores durante el año 2025.

Duración del estudio (meses): 9 meses.

Nº esperado de participantes: El número esperado de participantes para este estudio es 237 estudiantes matriculados entre primer y tercer grado de primaria en una institución educativa de San Juan de Miraflores, Lima, durante el año 2025.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión. -

- Estudiantes matriculados en primer a tercer grado de primaria durante el año 2025.
- Niños que presenten dentición mixta confirmada clínicamente.
- Participantes que cuenten con consentimiento informado firmado por el padre, madre o apoderado.
- Niños que colaboren activamente durante la evaluación clínica.

Criterios de exclusión. -

- Niños que ya se encuentren en tratamiento ortodóncico o hayan recibido tratamiento previo.
- Niños con dentición temporal completa o dentición permanente completa.
- Escolares con síndromes craneofaciales, anomalías congénitas o enfermedades sistémicas que afecten el desarrollo dentomaxilar.
- Niños que presenten dificultades conductuales severas que impidan realizar una correcta evaluación clínica.
- Estudiantes que no cuenten con el consentimiento informado firmado por sus responsables legales.

Procedimientos del estudio: Si usted está de acuerdo y firma este documento, su niño o niña podrá participar en una evaluación sencilla realizada dentro de su colegio.



Universidad
Norbert Wiener

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI

CÓDIGO:
UPNW-EE 8-FOR-088

VERSIÓN: 01
REVISIÓN: 01

FECHA: 11/08/2022

1. La selección de los participantes se hará al azar, como un sorteo, entre los estudiantes que tienen entre 9 y 12 años.
2. La revisión será realizada por un profesional capacitado que observará la boca del niño para ver cómo están posicionados sus dientes. Esta observación se hará en un ambiente tranquilo, con buena iluminación, sin causar dolor ni molestias.
3. Los datos que se obtengan se anotarán en una ficha especial, donde se registrará si hay algún tipo de alteración en la mordida o en la posición de los dientes. No se hará ningún tratamiento, solo se observará.
4. Los resultados serán guardados bajo un código (no se usará el nombre del niño) y toda la información será tratada con mucha discreción.
5. Toda esta información será usada únicamente con fines educativos y científicos, es decir, para conocer mejor cómo se presentan estos problemas dentales en los niños y ayudar a mejorar la salud bucal en los colegios.

Duración Estimada: Se estima que cada participación individual tomará entre 10 y 15 minutos, incluyendo la explicación del estudio, la aplicación del cuestionario a los tutores legales, la evaluación odontológica del niño.

Entrega de Resultados y Confidencialidad: Si lo desea y es posible, le entregaremos sus resultados de forma individual. Toda la información obtenida será almacenada de forma segura, respetando siempre su confidencialidad y anonimato.

Riesgos: El estudio no representa riesgos físicos ni psicológicos para los niños participantes, ya que no se realiza ningún procedimiento invasivo, tratamiento odontológico ni se administra medicación. La evaluación será una simple observación visual de la boca, llevada a cabo en condiciones seguras y cómodas, por personal capacitado. Además, se garantiza la confidencialidad de toda la información recopilada, la cual será registrada sin nombres ni datos personales. La participación es voluntaria y puede ser suspendida en cualquier momento si el niño o sus padres así lo desean, sin que esto afecte su atención o situación escolar.

Beneficios: La participación en este estudio puede ofrecer beneficios importantes, tanto individuales como colectivos. Para los niños evaluados, existe la posibilidad de identificar tempranamente alguna alteración en la forma en que sus dientes están posicionados, lo cual podría permitir tomar medidas oportunas con su odontólogo. A nivel general, la información recopilada ayudará a conocer cómo se presentan estos problemas bucales en el contexto escolar, contribuyendo a mejorar programas de salud bucal y estrategias preventivas en colegios. Además, los resultados del estudio serán utilizados con fines educativos y científicos, lo que ayudará a futuras investigaciones y a que profesionales de la salud tomen mejores decisiones en beneficio de la niñez.

Costos e incentivos: Su participación en esta investigación no tendrá ningún costo monetario para usted. Del mismo modo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su colaboración.

Confidencialidad: Nosotros garantiremos la protección de la información que recolectemos. Sus datos serán guardados utilizando códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita identificarle. Los archivos y la información personal no serán compartidos con ninguna persona ajena al equipo de estudio.



Universidad
Norbert Wiener

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI

CÓDIGO:
UPNW-EEB-FOR-088

VERSIÓN: 01
REVISIÓN: 01

FECHA: 11/08/2022

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal, Alicia de Jesús Muñoz Madrid, celular: 922806719 y correo electrónico: a2018100926@uwiener.edu.pe

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta, Presidenta del Comité Institucional de Ética e Integridad de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado(FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

(Firma)

Nombre participante:

DNI:

Fecha: (de/mm/asa)

Nombre investigador: Alicia de Jesús Muñoz Madrid.

DNI: 73095180

Fecha: (/ /)

(Firma)

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (de/mm/asa)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Asentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	A SENTIMIENTO INFORMADO	
	CÓDIGO: UPNW-EE3-FOR-031	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Título de proyecto: MALOCLUSIONES TEMPRANAS EN LA DENTICIÓN MIXTA DE NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2025.

¡Hola! Te invitamos a ser parte de una actividad especial que se realizará dentro de tu colegio. En esta actividad, vamos a observar tu sonrisa de manera sencilla y sin dolor, solo mirando cómo están tus dientes. El propósito de este estudio es conocer cómo se desarrollan las posiciones dentales en niños como tú, entre 6 y 8 años, y descubrir si hay diferencias entre niños y niñas. Esta información nos ayudará a cuidar mejor la salud bucal desde temprana edad. Todo se hará de forma tranquila, rápida y con personas capacitadas que te tratarán con mucho respeto y cariño.

¿Quién hace este estudio?

Este estudio lo realiza la investigadora Alicia de Jesús Muñoz Madrid. Ella observará tu sonrisa de forma rápida y sin dolor, solo revisando cómo están tus dientes.

¿Para qué es este estudio?

Este estudio sirve para conocer cómo están creciendo los dientes en niños y niñas entre 9 y 12 años, y si existen diferencias entre ambos. Observando sus sonrisas, la investigadora Alicia Muñoz Madrid podrá saber si hay algún problema en la forma en que muerden, como dientes chuecos o que no encajan bien. Esta información ayudará a mejorar la salud bucal desde pequeños, creando formas de cuidar mejor sus dientes en el colegio.

¿Qué te pedimos que hagas si aceptas participar?

Si decides participar, te pedimos que colabores de manera tranquila mientras te revisamos la sonrisa. Solo vamos a mirar tus dientes con cuidado, sin tocar ni hacerte daño. Esta revisión será rápida y hecha por una persona capacitada, dentro de tu colegio, para ver cómo están creciendo tus dientes. No recibirás ningún tratamiento, y cuando terminemos, volverás a tus actividades como siempre. Solo necesitas estar calmado y permitir que observemos tu boca para ayudarnos a entender cómo cuidarla mejor desde pequeños.

¿Cuánto tiempo me tomará? Todo esto tomará muy poquito tiempo, ¡más o menos entre 10 y 15 minutos!

¿Hay algún riesgo o me dolerá?

No, no hay ningún riesgo ni te va a doler. La revisión será rápida y suave, solo vamos a mirar tus dientes sin tocar ni usar ningún aparato especial. No recibirás ningún tratamiento, ni te van a sacar radiografías o aplicar medicinas. Todo se hace en tu colegio, en un ambiente tranquilo, y con personas capacitadas que te van a cuidar y respetar en todo momento. Si en cualquier momento no quieres seguir, puedes decirlo y no pasa nada. Tu bienestar es lo más importante.

V 01
22 – 06 – 2025

Página 1 de 2

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.



Universidad
Norbert Wiener

ASENTIMIENTO INFORMADO

CÓDIGO: UPNW-EE3-FOR-081

VERSIÓN: 01

REVISIÓN: 01

FECHA: 11/08/2022

¿De qué te sirve participar en el estudio?

Participar en este estudio te puede ayudar porque, al revisar tu sonrisa, podemos descubrir si tus dientes están creciendo bien o si necesitan atención. Aunque no se hará ningún tratamiento, esta observación puede ser útil para que tus papás y tu dentista conozcan mejor cómo cuidar tu boca. Además, con tu ayuda, vamos a aprender más sobre la salud bucal de los niños en tu colegio, y eso puede servir para mejorar programas que protejan las sonrisas desde pequeños. Tu participación es importante y valiosa.

¿Tu información es secreta?

Sí, toda la información que tu papá o mamá nos dé será **completamente confidencial**. No usaremos tu nombre ni ninguna información que te identifique. Tus respuestas serán tratadas con la mayor privacidad y solo se usarán para este estudio.

¿Tu participación es voluntaria?

¡Sí, es totalmente voluntaria! Esto significa que tú decides si quieres que tus padres participen en este estudio. Incluso si tu papá, mamá o tutor han dicho que sí, si tú no te sientes cómodo o no quieres participar, puedes decir "NO" en cualquier momento. Tu decisión no afectará la atención que recibas en la clínica dental. Además, si empiezas a participar y luego cambias de opinión, puedes dejar de hacerlo cuando quieras, sin ningún problema.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre del participante: _____

Nombre y firma de la persona/investigador que obtiene el asentimiento:

Nombre del tutor:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre investigador: Alicia de Jesús Muñoz Madrid.

DNI: 73095180

Fecha: (/ /)

Fecha: _____ de _____ del 2025.

V 01
22 - 06 - 2025

Página 2 de 2

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.




16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Internet	hdl.handle.net	1%
3	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2025-12-10	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-12-07	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-12-09	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2017-12-12	<1%
7	Internet	lookformedical.com	<1%
8	Internet	es.scribd.com	<1%
9	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
10	Internet	es.slideshare.net	<1%
11	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%