FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

“PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE SAN JUAN – IQUITOS 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

AUTOR : BACH. NOE JAIME MARIÑOS VILCHEZ.

ASESOR : C.D. JACOBO MICHEL DIAZ YUMBATO MGR.

SAN JUAN BAUTISTA – LORETO

2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 497-2024-UCP-FCS, del 17 de abril de 2024, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 188-2026-UCP-FCS, del 19 de febrero de 2026, se autorizó la sustentación.

Siendo lás 12:00 p.m. horas, del día miércoles 25 de febrero del 2026, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE SAN JUAN – IQUITOS 2024.**

Presentado por:

NOE JAIME MARIÑOS VILCHEZ

Para optar el título profesional de **CIRUJANO DENTISTA.**

Como asesor: CD. Jacobo Michel Diaz Yumbato, Mgr.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

La sustentación es: ....aprobada por unanimidad.....

A las ..12:40p.m. Horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.

CD. Manuel Alfredo Tataje Espino, Mgr.
Presidente

CD. Raúl Carranza del Águila, Mgr.
Miembro

Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.
Miembro

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

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

La Tesis titulada:

"PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE SAN JUAN – IQUITOS 2024"

Del alumno: **NOE JAIME MARIÑOS VILCHEZ,** de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **14% de similitud**. Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 4 de diciembre del 2025.

Presidente del Comité de Ética e Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores

JLTF/C.E.I.C-A
321-2025

INFORME DE ANÁLISIS
magister

UCP_ESTOMATOLOGIA_2025_T_NOE_MARIÑOS_VI_RESUMEN

14% Textos sospechosos

10% Similitudes
0 % similitudes entre comillas
0 % entre las fuentes mencionadas

3% Idiomas no reconocidos

2% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: UCP_ESTOMATOLOGIA_2025_T_NOE_MARIÑOS_VI_RESUMEN.pdf
ID del documento: ecd83764eb68f286040e346e6aa4255e5fd0e162
Tamaño del documento original: 877.1 kB

Depositante: Chris Angela Ramírez Flores
Fecha de depósito: 4/12/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 4/12/2025

Número de palabras: 8426
Número de caracteres: 52.854

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	UCP_ESTOMATOLOGIA_2025_T_HEIDYFLORETTYSANDRORENGIFO_VI_R... #d73469 Viene de de mi biblioteca 1 fuente similar	3%		Palabras idénticas: 3% (229 palabras)
2	repositorio.ucp.edu.pe http://repositorio.ucp.edu.pe:8080/server/api/core/bitstreams/c63163ab-ec3a-47a7-982a-b6d... 6 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (208 palabras)
3	localhost | Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 - 8 años de la Esc... http://localhost:8080/xmlui/bitstream/3317/5031/3/T-UCSG-PRE-MED-ODON-193.pdf.txt 1 fuente similar	1%		Palabras idénticas: 1% (126 palabras)
4	repositorio.uladech.edu.pe | Prevalencia de maloclusiones dentarias en estudia... https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/26907	1%		Palabras idénticas: 1% (119 palabras)
5	repositorio.unap.edu.pe | Prevalencia de maloclusiones en pacientes de 12 a 18 ... http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13354 1 fuente similar	1%		Palabras idénticas: 1% (108 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.dspace.uce.edu.ec https://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/522/1/T-UCE-0015-43.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
2	hdl.handle.net | Relación entre el biotipo facial con el tipo de maloclusiones en p... https://hdl.handle.net/20.500.12990/9771	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
3	hdl.handle.net | Correlación entre el índice estético dental y el de necesidad de t... https://hdl.handle.net/20.500.13084/5942	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)
4	repositorio.ucsm.edu.pe | Relación de la Malposición Dentaria Individual con el ... https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/4069	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)
5	dentistaypaciente.com | Clase II esquelética y apiñamiento severo superior y m... https://dentistaypaciente.com/caso-clinico-125.html	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (17 palabras)

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE SAN JUAN – IQUITOS 2024.

FECHA DE SUSTENTACION: 25 DE FEBRERO DEL 2026.

CD. Manuel Alfredo Tataje Espino, Mgr.
Presidente

CD. Raúl Carranza del Águila, Mgr.
Miembro

Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.
Miembro

CD. Jacobo Michel Diaz Yumbato, Mgr.
Asesor

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional en cada paso de mi carrera. A mi familia por su paciencia y comprensión en los momentos difíciles. A mis maestros y mentores por su guía y sabiduría. Y a todos los pacientes que han confiado en mí, gracias por permitirme aprender y crecer con ustedes."

AGRADECIMIENTO

- A mis docentes de la universidad, por haber impartido sus conocimientos, para así poder lograr desarrollarme como profesional

- Al director de la Institución Educativa N° 60024 San Juan de Miraflores por permitirme ingresar a las instalaciones de su institución y así poder desarrollar mi investigación.

- A todos aquellos que de una u otro forma contribuyeron para el desarrollo de este estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
Portada	i
Acta de Sustentación	ii
Constancia de Antiplagio	iii
Hoja de Aprobación	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de Contenido	viii
Índice de Tablas	ix
Índice de Gráficos	xi
Resumen	xiii
Abstract	xiv
Capítulo I: Marco Teórico	14
1.1. Antecedentes del estudio	14
1.2. Bases teóricas	18
1.3. Definición de términos básicos	27
Capítulo II: Planeamiento del Problema	29
2.1. Descripción del problema	29
2.2. Formulación del problema	31
2.2.1. Problema general	31
2.2.2. Problemas específicos	31
2.3. Objetivos	31
2.3.1. Objetivo general	31
2.3.2. Objetivos específicos	32
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	32
2.5.1. Identificación de las variables	32
2.5.2. Definición conceptual y operacional de variables	33
Capítulo III: Metodología	35
3.1. Tipo y diseño de investigación	35
3.2. Población y muestra	35
3.3. Técnica e instrumento y procedimiento de recolección de datos	37
3.4. Procesamiento y análisis de datos	38
3.5. Aspectos éticos	39
Capítulo IV: Resultados	40
Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	53
Referencias Bibliográficas	57
Anexos	60

ÍNDICE TABLAS

		Pág.
Tabla 01.	Distribución de la muestra según edad, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	40
Tabla 02.	Distribución de la muestra según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	41
Tabla 03.	Prevalencia de maloclusión dental en molares y caninos en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	42
Tabla 04.	Maloclusión dental en molares según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	43
Tabla 05.	Maloclusión dental en molares según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	44
Tabla 06.	Maloclusión dental en caninos según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	45
Tabla 07.	Maloclusión dental en caninos según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	46

Tabla 08.	Variantes de la maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	47
Tabla 09.	Variantes de maloclusión dental según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	48
Tabla 10.	Variantes de maloclusión dental según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	50
Tabla 11.	Prueba Chi cuadrado (X^2) de la variable prevalencia de maloclusión dental	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 01.	Distribución de la muestra según edad, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	40
Gráfico 02.	Distribución de la muestra según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	41
Gráfico 03.	Prevalencia de maloclusión dental en molares y caninos en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	42
Gráfico 04.	Maloclusión dental en molares según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	43
Gráfico 05.	Maloclusión dental en molares según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	44
Gráfico 06.	Maloclusión dental en caninos según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	45
Gráfico 07.	Maloclusión dental en caninos según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	46

Gráfico 08.	Variantes de la maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	47
Gráfico 09.	Variantes de maloclusión dental según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	49
Gráfico 10.	Variantes de maloclusión dental según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024	51

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo determinar la prevalencia de maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una institución educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

El tipo de investigación fue prospectivo; cuantitativo, descriptivo, transversal. El diseño de la investigación fue no experimental.

La muestra estuvo conformada por 310 alumnos entre 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa N°60024 San Juan Bautista de Miraflores.

En los resultados se obtuvo que en la relación molar el 91,5% presentó una maloclusión clase I, y el 8,5% una clase II. En la relación canina el 87,2% presentó una maloclusión clase I, y el 12,8% una clase II.

La prevalencia de mordida abierta fue del 36,8%, el 33,3% fue mordida cruzada, el 13,3% fue apiñamiento dentario y sobremordida respectivamente, y el 3,3% fue mordida en tijera.

El estudio concluyó que la maloclusión clase I es la que tiene mayor prevalencia en el grupo de estudio.

Palabras claves: maloclusión dental, niños.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the prevalence of dental malocclusion in children aged 7 to 11 years from an educational institution in the district of San Juan – Iquitos 2024.

The type of research was prospective; quantitative, descriptive, cross-sectional. The research design was non-experimental.

The sample consisted of 310 students between 7 and 11 years of age from the Educational Institution No. 60024 San Juan Bautista de Miraflores.

The results showed that in the molar relationship, 91.5% had a class I malocclusion, and 8.5% a class II. In the canine relationship, 87.2% had a class I malocclusion, and 12.8% a class II.

The prevalence of open bite was 36.8%, 33.3% was crossbite, 13.3% was dental crowding and overbite respectively, and 3.3% was scissor bite.

The study concluded that class I malocclusion was the most prevalent in the study group.

Keywords: dental malocclusion, children.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio

Ayala JC. (2021) El estudio tuvo como propósito determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias en estudiantes de 6 a 12 años de edad de una I.E. en el departamento de Áncash. La muestra lo conformaron 126 estudiantes. Se utilizó la clasificación de Angle para determinar las maloclusiones. Los resultados arrojaron que el 82,5% de estudiantes de 6 a 12 años presentaron maloclusión dentaria y solo el 17,5% presentaron ausencia. El 48% de estudiantes de 6 a 12 años presentaron maloclusión Clase I, seguido del 29,8% que presentaron Clase II división 1, el 11,6% presentaron Clase II división 2 y solo el 10,6% presentaron Clase III. El 28,8% de estudiantes de 6 a 12 años del género masculino presentaron Clase I, seguido del 19,2% del género femenino que presentaron Clase I, el 17,3% del género femenino presentaron Clase II división 1, el 12,5% del género masculino presentaron Clase II división 1. El 32,7% de estudiantes de 10 a 12 años presentaron Clase I, seguido del 20,2% de estudiantes de 6 a 9 años que presentaron Clase II división 1, el 15,4% de estudiantes de 6 a 9 años presentaron Clase I. [1]

Corzo K. y Col. (2020) Este estudio tuvo el objetivo primordial determinar cuan frecuente es la maloclusión en los dientes de pacientes adultos que se atendieron en una Clínica Estomatológica de una universidad de la ciudad de Piura. Para la investigación utilizaron una muestra de 125 historias clínicas de pacientes adultos. En sus resultados obtenidos se obtuvo que, la maloclusión clase I fue la más frecuente entre los pacientes adultos (77.60%). En relación a las edades, la clase I fue la más frecuente en adultos de 18 a 29 años, con un 78.1% de los casos, para los de 30 a 59 se dio en un 74.6% y para los de 60 a más años en un 100% de los casos. Asimismo, en

relación al sexo la maloclusión con más frecuencia fue la clase I con un 76.9% en el sexo masculino y 77.9% en el sexo femenino.[2]

Guimac P. (2022) tuvo como finalidad determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas. La presente investigación es de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo, es prospectivo; La muestra estuvo constituida 819 estudiantes. Los resultados dieron que el 70,07% de maloclusiones molares corresponde a la clase I; la maloclusión clase III con el 15,96%, la clase II-1 presentó una prevalencia del 9,98% mientras que para la clase II-2 con una prevalencia menor de 3.99%. Para concluir, el tipo de maloclusión que más prevalencia tuvo fue la clase I molar, seguida de la maloclusión clase III molar y con menor prevalencia se encuentra la clase II molar, de la cual se encontró mayor prevalencia en la clase II subdivisión 1 y con menor prevalencia la maloclusión clase II subdivisión 2.[3]

Loor L. (2016) Su estudio buscó determinar cuál es la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 - 8 años que estudian en la Escuela Apóstol Santiago. Se realizó un estudio tipo transversal explorativo en 100 pacientes entre 6 - 8 años de edad. Los resultados dieron que el 51% de niños presento clase molar II, mientras que los pacientes con clase molar I presentaron un 46% y solo un 3% presento clase molar III; con respecto a la prevalencia de plano terminal, se encontró que un 63% de los pacientes presento plano terminal recto, un 17% escalón mesial, y en un 4% escalón distal, hubo un porcentaje de la población de estudio (16%) que no presentaba segundos molares temporarios por lo que no pudieron ser evaluados. Concluyendo que existe una alta prevalencia de maloclusión clase II con plano terminal recto. En ocasiones la relación molar clase III se presentó por perdida prematura de los segundos molares temporarios.[4]

Patiño J. (2022) El propósito del estudio fue determinar la prevalencia de maloclusión dental en alumnos de 12 años de una parroquia de la ciudad de Cuenca. Para la investigación realizaron una de tipo cuantitativo, con una metodología retrospectiva, observacional y documental. En sus resultados los alumnos presentaron maloclusión clase II en un 45%, la clase I se presentó en un 43% y la maloclusión clase III se dio en un 12%; asimismo, en relación al sexo a maloclusión clase I se evidencio en 56 alumnos de sexo masculino y 46 de sexo femenino, para la maloclusión clase II, esta se presentó en 62 alumnos del sexo masculino y en 44 alumnos del sexo femenino; finamente la maloclusión clase III se presentó en 14 alumnos de sexo masculino y 14 del sexo.

En lo que respecta a los perfiles, el 64% presentó un perfil convexo y un 65% mostró un perfil normodivergente; por otra parte, en lo que concierne a relación molar y canina tuvo superioridad la Clase I; el overjet normal se dio en un 34%; y el overbite norma se dio en un 33%. [5]

Romero G. (Paraguay 2022) Este estudio busco determinar la frecuencia de mordida abierta en escolares de 6 a 12 años en escuelas públicas en Paraguay. El estudio fue descriptivo observacional, de corte transversal. Se evaluaron un total de 1095 niños, de los el 78,9% poseía dentición mixta, el 20,7% permanente y el 0,4% dentición temporal. La frecuencia de maloclusión en general fue del 76,4%, de estos la gran parte correspondió al sexo femenino (50,5%). Del total de escolares, se observó que el 22,1% presentaba mordida abierta, teniendo más frecuencia en niños de 9 a 10 años y en los del sexo femenino. [6]

Priego M. (México 2022) Su trabajo tuvo como objetivo asociar el grado de apiñamiento dental anteroinferior con los diferentes tipos de

maloclusión. Este estudio fue realizado en modelos de pacientes de que se atendieron en la Clínica de Ortodoncia de la Universidad Popular Autónoma en México. Los resultados arrojaron que el 62% presentó algún grado de apiñamiento: 12% leve, 17% moderado y 33% severo. La maloclusión, para la clase I se obtuvo una prevalencia de apiñamiento de 56.4%, 25.8% para la clase II, 6.4% para la clase III, 4.8% para la clase II división 1 y 6.6% para la clase II división 2.[7]

Navarro A. (México 2022). Su objetivo fue determinar la prevalencia y severidad de maloclusión usando el índice DAI en niños de 8 a 12 años con dentición mixta. El Estudio fue transversal, observacional, analítico y retrospectivo. En sus resultados 55.4% de los niños poseían una mala higiene oral, en relación al cepillado, el 58.5% lo realizan menos de dos veces al día. La prevalencia de maloclusión fue de 79.4%, en relación a la severidad de a maloclusión, el 20.6% tuvo maloclusión normal, el 31.3% maloclusión definitiva y 48.1% obtuvo maloclusión severa.[8]

Carrera MJ. (México 2021) Su investigación tuvo como objetivo realizar un análisis de la relación de la variable a investigar y la incidencia de los tipos de maloclusión de los pacientes que acuden a la Clínica Integral Regional. Se llevó a cabo un estudio de carácter observacional, descriptivo, transversal y prospectivo; La prevalencia más alta fue de casos de maloclusión clase tipo I 41.4%, seguido de la clase tipo II 31%, y la clase tipo III 27.6%.[9]

Guidotti R. (Huancavelica 2023) Su investigación tuvo como objetivo determinar si existe asociación entre los hábitos bucales y las maloclusiones dentomaxilares en estudiantes. Estuvo conformada por 136 estudiantes de ambos sexos con edades entre 6 y 12 años. Los resultados arrojaron que la Onicofagia fue el hábito bucal más prevalente (26.3%), continuado por succión digital (25,4%). La clase

de malposición dentaria anteroposterior más frecuente fue la clase I (44.1%) y luego la clase II (36,7%). En tanto que, entre la clase de maloclusión dentaria vertical, fue la mordida profunda (44,9%) y la mordida abierta anterior (10,2%). Conclusiones: que existe una asociación estadísticamente significativa con p= 0,000; p< 0,05; entre la práctica de hábitos bucales nocivos con las maloclusiones. [10]

Calisaya L. (Lima 2020) Buscó determinar la prevalencia de maloclusiones en pacientes de 12 a 18 años que acudieron al servicio de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar del Hospital Militar Central. El tipo de metodología que se usó fue descriptivo, con corte transversal, la muestra estuvo constituida por 130 pacientes nuevos entre 12 a 18 años. En los resultados se observa que un 94.6% de los pacientes registrados presenta algún tipo de maloclusión, mientras que el 5,4% de los pacientes registrados presenta normoclusión; asimismo, en relación a la maloclusión, un 56.11% resulto con clase I, el 29.26% resulto en clase II y el 14.63% resultó en clase III. Según el sexo las maloclusiones para el sexo femenino fue 26.02% con clase I, el 4.88% con clase II Subdivisión I, el 6.50% con clase II Subdivisión II y el 8.13% con clase III, finalmente, para e sexo masculino la clase I se dio en el 30.09% de los casos, la clase II Subdivisión I se dio en 7.31% de los pacientes, la clase II Subdivisión II se presentó en el 10.57% y solo un 6.50% presentaron clase III. [11]

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Oclusión

Se refiere a la correcta alineación de los dientes y la manera en que los dientes de la parte superior ocluyen con los dientes de la parte inferior. Cuando todos los dientes superiores se superponen levemente a los inferiores se presenta una oclusión ideal. [5]

1.2.2. Relación anteroposterior de la dentición permanente

Relación de los primeros molares. Los primeros molares permanentes deben estar en relación de neutroclusión, esto se consigue cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior coincida a nivel del surco mesiovestibular del primer molar inferior. Los primeros molares permanentes han sido tomados en consideración por Angle para formar la llave de la oclusión.[12]

Relación de caninos. Debería encontrarse de la misma forma en neutroclusión, esto se consigue cuando los caninos superiores coincidan con la embrasura que forma el canino y el primer premolar inferior.[12]

Resalte. Lo ideal sería un resalte nulo (cero), no obstante, es considerado normal hasta 2 o 3 mm.[12]

1.2.3. Relación transversal de la dentición permanente

Cada diente superior debe hacer contacto con el diente correspondiente de la parte inferior, así como también con el que se encuentra a continuación en dirección distal a excepción del tercer molar, igualmente cada diente inferior debe ocluir con su homólogo superior y con el que sigue hacia adelante, con la excepción del incisivo central inferior.[12]

En la parte lateral las cúspides de los dientes póstero superiores deben resaltar y ocluir por vestibular de los dientes inferiores. La línea media inferior debe coincidir con la superior y ambas con la línea media de la cara.[12]

1.2.4. Maloclusión

Es definida como una mala alineación dental como también a un mal encaje o interrelación entre los dientes superiores e inferiores. [5]

Las maloclusiones hacen referencia a las alteraciones dentofaciales que influyen en sistema estomatognático. La mayoría de las personas tienen alguna clase de maloclusión, que en ocasiones no es lo suficientemente grave como para necesitar algún tratamiento. Sin embargo, existen maloclusiones más graves que precisan de un tratamiento ortodóntico para su corrección.[5]

1.2.5. Clasificación de las Maloclusiones

1.2.5.1. Clasificación de Angle

El año 1899 Angle hizo la publicación de un artículo en donde propuso clasificar las maloclusiones; de tal forma que hizo la suposición de que el primer molar permanente superior presentaba una ubicación firme y estable en el cráneo y que la existencia de los desajustes era el resultado de variaciones anteroposteriores de la mandíbula en relación a este. Para este propósito Angle clasificó a las maloclusiones en tres grupos fundamentales, los cuales se diferencian de la oclusión normal. Estas fueron clasificadas en maloclusión clase I, II y III. [13]

A. Clase I

Aquí se incluyen las maloclusiones con una relación antero posterior normal; esto de evidencia por la llave molar que se forma entre e primer molar superior con el primer molar inferior, en donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior encaja a la altura del surco mesiovestibular del primer molar inferior. [13]

En aquellos pacientes que estén dentro de la Clase I, es común ver un perfil facial recto y exista un equilibrio de las funciones en la musculatura peribucal, función masticatoria y funciones de la lengua.[13]

Aquellos problemas oclusales que se presenten de forma aislada o combinada, se deben normalmente a la falta o exceso de espacio en el arco dentario, malposiciones dentarias individuales, mordida abierta, mordida profunda o sobremordida, cruzamiento de mordida o hasta protrusión dentaria simultánea de los dientes superiores e inferiores (biprotrusión). En general, en los casos de mordida abierta o de biprotrusión, el perfil facial se torna convexo.[13]

B. Clase II

Son aquellas maloclusiones en donde el primer molar permanente inferior se sitúa distalmente en relación al primer molar superior, siendo, por eso, también denominada distoclusión. Durante la máxima intercuspidación el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente en relación al primer molar superior permanente, se ubica hacia distal de su cúspide mesiovestibular .[13]

Por lo general los pacientes con esta clasificación presentan perfil facial convexo. Las malodusiones Clase II fueron subclasificadas en dos tipos: II - 1 y II - 2.[13]

B.1. Clase II división 1

Angle ubicó en esta clasificación a aquellas maloclusiones Clase II que presentaron inclinación de los incisivos superiores hacia vestibular.[13]

Es muy habitual que en estos pacientes se produzcan problemas de desajuste de los músculos faciales, ocasionado por la

separación vestibulolingual producida por los incisivos superiores e inferiores. Este trastorno anteroposterior es llamado resalte u "overjet". El perfil facial de estos pacientes es, en general, convexo. Podemos observar, asociada a la Clase II división 1, la presencia de:

- **Mordida profunda:** debido a que el contacto entre los incisivos se ve modificado por el resalte, éstos suelen extruirse, haciendo que de acentué la mordida.[13]

- **Mordida abierta:** se evidencia en aquellos que tienen hábitos inadecuados, puede deberse a interposición lingual, como también a la succión de los dedos o chupón.[13]

- **Problemas de espacio:** poco o demasiado espacio en los arcos.[13]

- **Cruzamiento de mordida:** en aquellos casos donde se presente resalte, la lengua suele proyectarse hacia adelante al realizar la deglución y fonación; esta se mantiene asentada en el piso bucal durante el reposo. Esta situación favorece a que los dientes premolares y molares superiores se palatinicen, pudiendo generar mordidas cruzadas.[13]

- **Malposiciones dentarias individuales:** Hay situaciones en donde, la relación molar Clase II está presente solamente en uno de los lados. En estas situaciones podemos decir que estamos frente a una Clase II, división 1, subdivisión derecha (si la relación molar Clase II se encuentra solamente en el lado derecho), o Clase II división 1, subdivisión izquierda (si la Clase II se encuentra en el lado izquierdo).[13]

B.2. Clase II división 2

Esta clasificación encierra aquellas maloclusiones en donde la relación molar es de Clase II sin presencia de resalte de los incisivos superiores, los cuales tienden a presentar dirección hacia palatino o pueden estar verticalizados.[13]

Los perfiles faciales que con más frecuencia se dan en este tipo de maloclusión están el perfil recto y el levemente convexo, asociados, respectivamente, a la musculatura equilibrada o a ésta con una leve alteración. Existe la posibilidad de encontrar una mordida profunda anterior asociada a la Clase II, división 2, especialmente en los casos en que no hay contacto interincisal.[13]

Cuando la maloclusión Clase II división 2 presenta relación molar Clase II solamente en uno de los lados, usamos el término subdivisión.[13]

C. Clase III

Son aquellas maloclusiones en las que el primer molar permanente inferior, se sitúa mesialmente en relación al primer molar superior, y, por tanto, su surco mesiovestibular se encuentra hacia mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. El perfil facial que más predomino tiene es el cóncavo y la musculatura suele estas en desequilibrio. Las mordidas cruzadas anterior o posterior tiene más frecuencia.[13]

Casualmente podemos encontrar problemas de falta o exceso de espacio, mordidas abiertas o sobremordidas y malposiciones dentarias individuales. En el caso en que solamente uno de los dos lados esté en Clase III, empleamos el término subdivisión.[13]

La clasificación de Angle sigue siendo en la actualidad, la más empleada por los ortodoncistas, gracias a su facilidad de uso ya que solo tiene tres categorías y es fácil de entender. Sus desventajas radican en que el 1er. molar superior permanente carece de estabilidad en el esqueleto craneofacial, como lo demostraron investigaciones cefalométricas posteriores; se fundamenta únicamente en la ubicación de los dientes, sin aclarar los factores óseos y musculares, y solo toma en cuenta las alteraciones en el sentido anteroposterior, no citando los verticales o transversales.

Para compensar las eventuales fallas de la clasificación de Angle, describiremos la clasificación de Lisher y de Simón, que enfocan otros aspectos de las maloclusiones. [13]

1.2.5.2. Clasificación de Lisher

Lisher en 1911 propuso una forma para clasificar el malposicionamiento dentario individualmente, para ello añadió el sufijo "versión" haciendo referencia a la dirección hacia donde el diente esta desviado. [13]

- **Mesioversión** - El diente está en una posición hacia mesial en referenciando su posición normal. [13]
- **Distoversión** – El diente se ubica hacia distal, tomando como referencia su posición normal. [13]
- **Vestibuloversión o labioversión** La pieza dental se aprecia con su corona hacia labial en referencia a su posición habitual. [13]
- **Linguoversión** – El diente presenta su corona hacia lingual, en relación a su posición habitual. [13]
- **Intraversión** - El diente presenta su cara oclusal (o incisal) sin alcanzar el plano oclusal. [13]

- **Supraversión** - El diente presenta la cara oclusal, o borde incisal, superando el plano oclusal. [13]
- **Giroversión** – Se refiere a un giro de la pieza dental sobre su propio eje. [13]
- **Axiversión** – Se refiere a una variación en la inclinación del eje de diente. [13]
- **Transversión** – Es una condición en donde una pieza dental, intercambia su posición original con otra pieza denta. [13]
- **Perversión** – Señala el impacto del diente, usualmente debido a la escasez de espacio en el arco.

Los conceptos desarrollados por Lisher pueden ser combinados para referirse a un diente que posea dos o más alteraciones, tales como axigiroversión, inframesio-versión o, incluso, mesiolinguosupraversión.[13]

1.2.5.3. Clasificación de Simón

La categorización de Simón se originó de 1922 y propone clasificar las maloclusiones vinculando los arcos dentales, con tres planos anatómicos. Los planos seleccionados fueron el de Frankfurt, el sagital medio y orbitario.[13]

A. Anomalías anteroposteriores

usando como guía el plano orbital, Simón llamó protracción al movimiento hacia delante de toda la arcada dental, o una parte ella; y retracción al movimiento de uno o más dientes hacia atrás.[13]

B. Anomalías transversales

Están vinculados al plano sagital medio, denominándose contracción en situaciones donde hay acercamiento de un diente o parte del arco y se denomina distracción en situaciones donde hay alejamiento con relación al plano.[13]

C. Anomalías verticales

Han sido vinculadas al plano de Frankfurt, y se les ha denominado atracciones en situaciones donde hay proximidad al plano (intrusión dental maxilar o extrusión dental mandibular) y abstracción en situaciones donde hay alejamiento.

El sistema mencionado es de gran relevancia en el ámbito clínico, ya que nos da una visión los dientes en relación a cráneo, obteniendo un enfoque tridimensional de la maloclusión. No obstante, a pesar de su aplicación en diagnósticos y conceptualización, no ha sido debidamente difundido entre los ortodoncistas. En el ámbito clínico solo se emplean los términos protracción y retracción, y muy ocasionalmente contracción.[13]

1.2.6. Clasificación etiológica de las maloclusiones

Esta clasificación fue propuesta por Robert Moyers, la cual propone diferenciar las maloclusiones en función de causa etiológica, y a su vez reconoce que la gran mayoría de las deformidades son el resultado de alteraciones tanto en los dientes, hueso y musculatura. Mediante este sistema se busca determinar el principal factor causal.[13]

1.2.6.1. Maloclusión de origen dentario

En este grupo se incluyen las maloclusiones, cuya principal alteración se encuentra en los dientes y el hueso alveolar. Moyers incluye aquí las malposiciones dentarias individuales así como las irregularidades en la forma, tamaño y cantidad de dientes.[13]

1.2.6.2. Maloclusión de origen muscular

Se trata de irregularidades cuya causa fundamental es una alteración en las funciones normales que realiza a la musculatura.[13]

1.2.6.3. Maloclusión de origen ósea

Dentro de esta sección se encuentran las displasias óseas, los cuales involucran aquellos problemas relacionados con el tamaño, la forma, la ubicación, la proporción o el crecimiento anormal de cualquier hueso del cráneo o de la cara. A diferencia de Angle, Lisher y Simón, el autor no asigna un nombre específico a cada alteración dental, muscular o esquelética. Moyers recurre a términos que han sido desarrollados por otros investigadores, complementando su explicación con comentarios sobre factor etiológico. Por ejemplo, se puede decir, que el paciente tiene Clase II de Angle con vestibuloversión dentaria superior y retracción mandibular severa.[13]

1.3. Definición de términos básicos

- **Prevalencia:** En general, se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado.[14]

- **Oclusión:** Es el contacto existente entre los dientes, que pueden ser considerados tanto en estática, como en dinámica.[15]

- **Maloclusión:** Es la consecuencia de la irregularidad en a forma como en la función de las partes óseas, musculares y dentales que integran el sistema estomatognático.[16]

- **Dientes:** Cada uno de los cuerpos de consistencia dura que protruyen desde los procesos alveolares maxilares y mandibulares, a los que se hallan adheridos; su función es la masticación de los alimentos.[17]

- **ATM:** Articulación bilateral entre la cavidad glenoidea o mandibular de los huesos temporales y los cóndilos de la mandíbula.[17]

- **Apiñamiento dental:** Es la reducción en el perímetro del arco que se puede manifestar como cierre del espacio, rotación y/o movimiento de los dientes.[18]

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

Las maloclusiones dentales forman parte una complicación en salud pública desde el punto de vista estomatológico; Las maloclusiones dentales tienen una causa multifactorial, ya que, puede deberse a factores hereditarios, ambientales o combinación de ambos.[1]

Un gran porcentaje de individuos muestran este cuadro clínico y es de mucha importancia conocer los efectos desfavorables que producen en la cavidad bucal, ya que se verán afectadas funciones como la masticación, deglución y el habla.[2]

La maloclusión exige un tratamiento ortodóntico capaz de solucionar los problemas estéticos y funcionales, asimismo, debe tener en cuenta la parte psicosocial y la calidad de vida fundamentalmente en la etapa de niñez y adolescencia.

En el proceso donde los niños se acercan a la adolescencia inician una etapa de integración al entorno, adquiriendo su identidad y autoestima, donde la autopercepción juegan un papel trascendental en su vida; por tal motivo una maloclusión afectará no solo su condición fisiológica, sino además su estética influyendo negativamente en su personalidad, formándose un triángulo entre maloclusión, aspecto facial y autoestima de los adolescentes.[3]

La OMS afirma que las maloclusiones se posicionan en el puesto tres, siendo la patología con mayor prevalencia después de la caries y enfermedad periodontal. Estos altos índices de incidencia y prevalencia de maloclusiones superan un 80% en la población; en

este sentido, es muy habitual que las personas acudan a la consulta dental por este motivo.[3]

En el Perú, las maloclusiones representan una prevalencia del 70%, en ese contexto el conocimiento del escenario epidemiológico de la población nacional es fundamental para elaborar e implementar programas que consideren acciones preventivas, interceptivas y de tratamiento.[4]

La clasificación de Angle es el criterio más utilizado en la valoración de la oclusión en piezas dentales permanentes. Esta clasificación consiste en un examen clínico con tres divisiones: la maloclusión Clase I, II y III, rigiéndose en el primer molar superior permanente debido a su posición estable en el complejo craneofacial.[5]

Por todo lo redactado resulta de mucho interés, como operador de la salud inmerso en este escenario problemático, conocer cuál es la prevalencia de maloclusión dental en la población local y principalmente aquellos que se encuentre en una etapa del desarrollo desde el aspecto odontológico, por los motivos anteriormente descritos.

Determinar la prevalencia de este problema de salud pública, en una población estudiantil desde los 6 a 11 años, sin lugar a duda será de mucho beneficio, dado que permitirá establecer mecanismos para su abordaje dependiendo del grado de severidad.

Además, siendo esta una población que atraviesa diversos cambios psicosociales, requiere a tiempo diagnosticar problemas que puedan estar afectando su función y estética facial, repercutiendo negativamente en su autoestima.

En ese sentido el presente estudio tiene por objetivo determinar la prevalencia de maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una institución educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la prevalencia de maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024?

2.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es prevalencia de maloclusión dental en molares, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024?
- ¿Cuál es prevalencia de maloclusión dental en caninos, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024?
- ¿Cuál es la prevalencia de maloclusión dental asociado a variantes, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia de maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024.

2.3.2. Objetivos específicos

- Medir la prevalencia de maloclusión dental en molares, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024.
- Calcular la prevalencia de maloclusión dental en caninos, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024.
- Establecer la prevalencia de maloclusión dental asociado a variantes, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024.

2.4. Hipótesis

H^A: La maloclusión Clase I es la que tiene mayor prevalencia en el grupo de estudio.

H^o: La maloclusión Clase I no es la que tiene mayor prevalencia en el grupo de estudio.

2.5. Variables

2.5.1. Identificación de las variables

- Variable independiente: Prevalencia de maloclusión dental

2.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Categoría
Prevalencia de maloclusión dental	Es la proporción de individuos que presentan cierto tipo de maloclusión	Se determinará el tipo de maloclusión dental a través de la exploración clínica	- Clase molar	- Clase I - Clase II - Clase III	- Cualitativa - Ordinal
			- Clase canina	- Clase I - Clase II - Clase III	- Cualitativa - Ordinal
			- Variantes	- Apiñamiento dentario - Mordida abierta - Sobremordida - Mordida cruzada - Mordida en tijera	- Cualitativa - Nominal

Características sociodemográficas	Son características sociales y demográficas propias de cada individuo	Edad: Son los años vividos desde el momento del nacimiento. Sexo: Son características sexuales y fenotípicas de una persona	------- - Masculino - Femenino	- Información obtenida por la institución educativa - Información obtenida por la institución educativa	- Cuantitativo - Razón - Cualitativo - Nominal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación que se realizó, fue tipo prospectivo ya que los datos que se recolectaron en la investigación se hicieron durante su ejecución; fue cuantitativo ya que los datos obtenidos pudieron ser medidos y representados numéricamente; descriptivo, porque se pudo describir las dimensiones e indicadores de la variable en estudio y fue transversal ya que los datos recolectados fueron hechos en un solo momento y tiempo dado.

El diseño de la investigación fue no experimental debido a que no se manipularon las variables en estudio.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población en estudio estuvo conformada por alumnos entre 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa N° 60024 San Juan de Miraflores del distrito de San Juan Bautista; donde N de acuerdo a la información brindada por la institución educativa es igual a 1605

3.2.2. Muestra

La muestra estará conformada por 310 alumnos entre 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa N°60024 San Juan Bautista de Miraflores del distrito de San Juan Bautista. Esta muestra fue calculada según la fórmula de poblaciones finitas y se calculó tomando la probabilidad al 50%.

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

Dónde:

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

p = probabilidad 50%. (0.5)

q = 1 – p (0.5)

d = error estándar, que su valor es de 0.05

N = población,

n= Muestra

$$n = \frac{1605 * (1.96)^2 \ (0,5)(0.5)}{(0,05)^2 \ * (1605-1) + (1,96)^2 \ * \ (0,5).(0,5)}$$

n= 310.12

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

- Alumnos entre 7 y 11 años de edad.
- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.
- Alumnos que acepten el asentimiento informado.
- Alumnos que presenten primeros molares permanentes erupcionadas y en oclusión con su antagonista.
- Alumnos que presenten caninos permanentes o deciduos en boca.

Criterios de Exclusión

- Alumnos que no se encuentren en el rango de edad que pide el estudio.

- Alumnos cuyos padres no hayan firmado el consentimiento informado.
- Alumnos que no acepten participar del estudio.
- Alumnos que no presenten primeros molares permanentes erupcionadas y en oclusión con su antagonista.
- Alumnos que no presenten caninos permanentes o deciduos en boca.
- Alumnos con alteraciones mentales.

Tipo de Muestreo

Probabilístico ya que la selección de los sujetos de estudio se hizo de forma aleatoria.

3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

En la presente investigación se empleó la observación clínica. En cuanto al instrumento, este estuvo conformado por dos partes: En la Primera parte del instrumento se anotaron datos sociodemográficos pertenecientes de cada alumno participante del estudio.

En la segunda parte del instrumento se registraron los datos referentes al tipo de maloclusión que presenta cada alumno; tales como relación molar, relación canina y si presenta alguna variante. Para ello se pidió a cada participante llevara los dientes a máxima intercuspidación para poder verificar la clase molar y canina, como también la presencia de alguna variante.

El presente instrumento no requirió de validación ya que la ficha de recolección se elaboró en base a parámetros utilizados universalmente.

Para a recolección de los datos se realizaron los siguientes procesos:

- Aprobado el anteproyecto, se pidió e permiso respectivo al director de la Institución Educativa para la ejecución del estudio.
- Se realizó coordinaciones con el director para que nos brinde un ambiente adecuado para poder recolectar nuestros datos.
- Se entregó el consentimiento informado a los padres de los alumnos no sin antes explicarles los objetivos de la investigación y se es pidió su autorización para que sus niños participen de este.
- Luego de su aceptación se procedió a identificar la muestra del estudio, acorde a los criterios de inclusión y exclusión.
- Se procedió a evaluar clínicamente a cada alumno.
- Para evaluación clínica se utilizó un espejo bucal, el examen se realizó con la luz del día, y los datos fueron registrados en el instrumento.
- Los datos se codificaron para mantener el anonimato y fueron registrados en una base de datos en Excel.
- Se procedió a la tabulación de datos y a la elaboración del Informe Final.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados se verificaron con el asesor de la tesis, después se clasificaron y ordenaron según las variables a estudiar para su almacenamiento en Excel y luego mediante el programa SPSS 25 versión en español, para su procesamiento.

La prevalencia de maloclusión dental en alumnos de 7 a 11 años de edad se determinó a través de estadística analítica, la obtención de la significancia se hizo a través de la prueba estadística chi cuadrado.

- Posteriormente se procedió a la organización y análisis descriptivo de datos.

- Finalmente se elaboraron las tablas de contingencia y gráficos necesarios para presentar la información.

3.5. Aspectos éticos

Protección de los Derechos Humanos

Se han tenido en consideración los siguientes criterios éticos de protección de los derechos humanos:

a) Consentimiento informado

A cada participante se le informó las condiciones, derechos y responsabilidades que a investigación implicó; donde tomaron su condición como participante.

b) Confidencialidad

Se explicó la seguridad y protección de las identidades como participantes de la investigación; asimismo se explicó que la información que se obtenga únicamente tendrá fines académicos.

c) Observación participante

Los investigadores pudieron actuar con sensatez durante la fase de almacenamiento de datos asumiendo responsabilidad moral por todos los impactos y resultados que surgirán de la relación establecida con los individuos colaboradores del estudio.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 01. Distribución de la muestra según edad, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
7 años	102	32,9
8 años	53	17,1
9 años	65	21,0
10 años	48	15,5
11 años	42	13,5
Total	310	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 01 y gráfico 01 muestran que, el 32,9% son niños de 7 años, el 17,1% son de 8 años, el 21% son de 9 años, el 15,5% son de 10 años y el 13,5% son de 11 años.

Gráfico 01.

Distribución de la muestra según edad, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

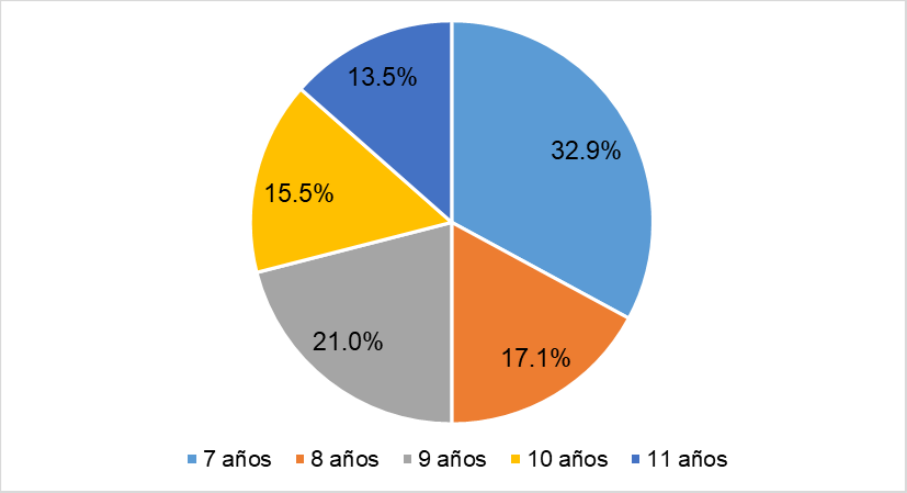


Tabla 02. Distribución de la muestra según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	167	53,9
Femenino	143	46,1
Total	310	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 02 y gráfico 02 muestran que, el 53,9% son de sexo masculino y el 46,1% son sexo femenino.

Gráfico 02.
Distribución de la muestra según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

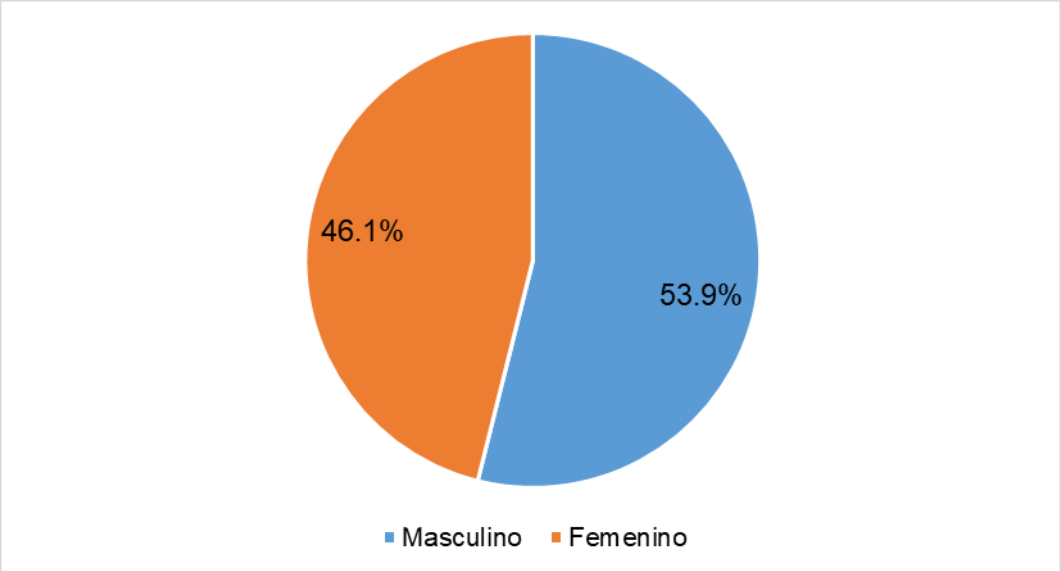


Tabla 03. Prevalencia de maloclusión dental en molares y caninos en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Clasificación de Angle		Tipo de relación	
		Molar	Canina
Clase I	N°	183	129
	%	91,5	87,2
Clase II	N°	17	19
	%	8,5	12,8
Total	N°	200	148
	%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 03 y gráfico 03 muestran que, en relación molar el 91,5% presentó una maloclusión clase I, y el 8,5% una clase II. En relación canina el 87,2% presentó una maloclusión clase I, y el 12,8% una clase II.

Gráfico 03.

Prevalencia de maloclusión dental en molares y caninos en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

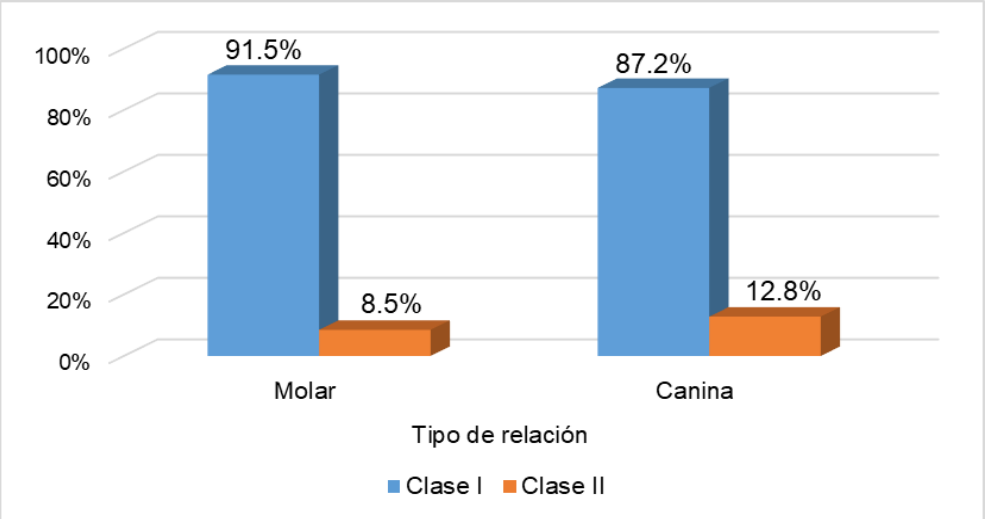


Tabla 04. Maloclusión dental en molares según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Clasificación de Angle		Grupo etario		Total
		6 a 9 años	10 a 11 años	
Clase I	N°	141	42	183
	%	93,4%	85,7%	91,5%
Clase II	N°	10	7	17
	%	6,6%	14,3%	8,5%
Total	N°	151	49	200
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 04 y gráfico 04 muestran que, en el grupo etario de 6 a 9 años el 93,4% presentó maloclusión clase I y el 6,6% una clase II. En el grupo etario de 10 a 11 años el 85,7% presentó maloclusión clase I y el 14,3% una clase II.

Gráfico 04.

Maloclusión dental en molares según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

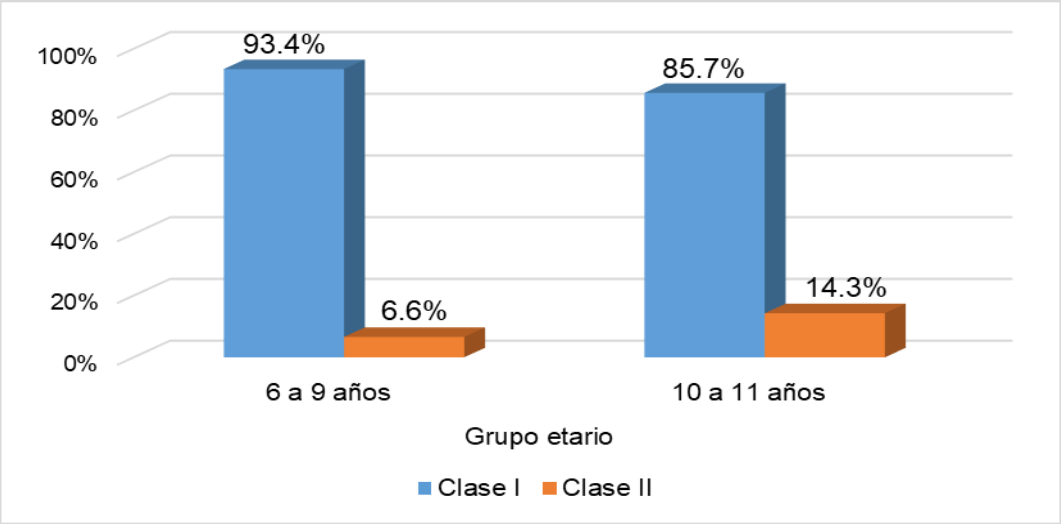


Tabla 05. Maloclusión dental en molares según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Clasificación de Angle		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Clase I	N°	97	86	183
	%	89,8%	93,5%	91,5%
Clase II	N°	11	6	17
	%	10,2%	6,5%	8,5%
Total	N°	108	92	200
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 05 y gráfico 05 muestran que, en el sexo masculino el 89,8% presentó maloclusión clase I y el 10,2% una clase II. En el sexo femenino, el 93,5% presentó maloclusión clase I y el 6,5% una clase II.

Gráfico 05.

Maloclusión dental en molares según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

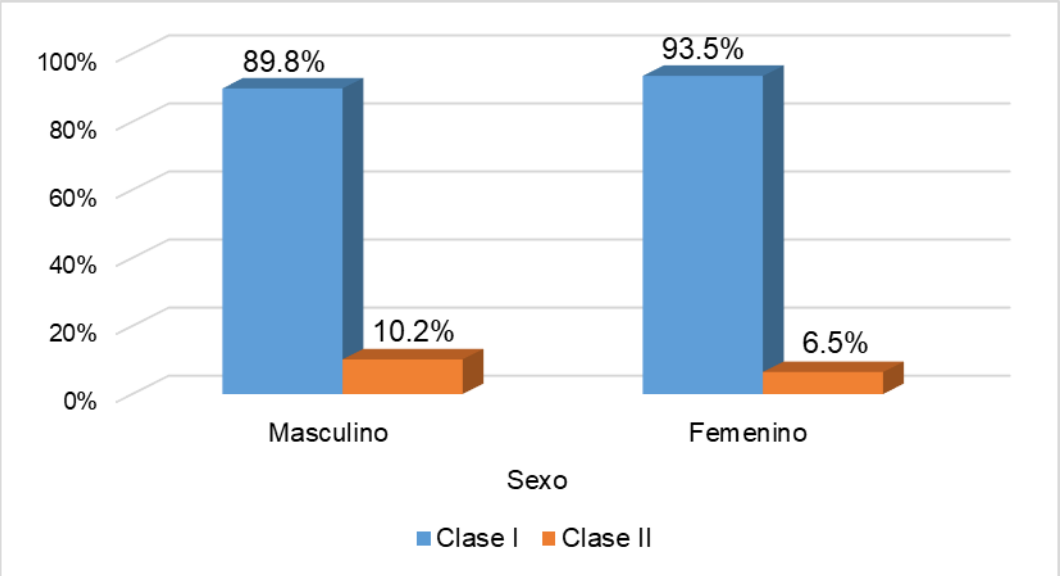


Tabla 06. Maloclusión dental en caninos según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Clasificación de Angle		Grupo etario		Total
		6 a 9 años	10 a 11 años	
Clase I	N°	96	33	129
	%	88,1%	84,6%	87,2%
Clase II	N°	13	6	19
	%	11,9%	15,4%	12,8%
Total	N°	109	39	148
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 06 y gráfico 06 muestran que, en el grupo etario de 6 a 9 años el 88,1% presentó maloclusión clase I y el 11,9% una clase II. En el grupo etario de 10 a 11 años el 84,6% presentó maloclusión clase I y el 15,4% una clase II.

Gráfico 06.

Maloclusión dental en caninos según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

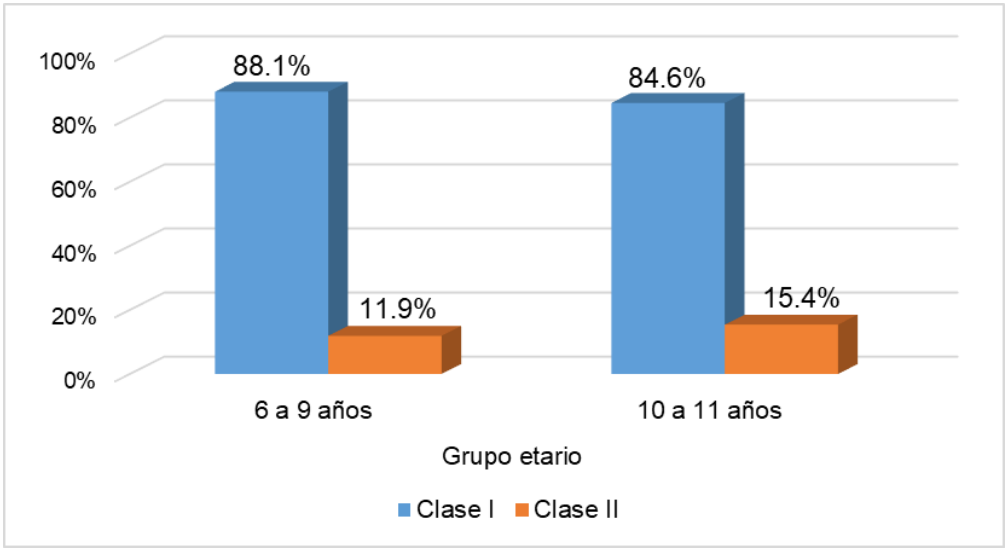


Tabla 07. Maloclusión dental en caninos según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Clasificación de Angle		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Clase I	N°	74	55	129
	%	87,1%	87,3%	87,2%
Clase II	N°	11	8	19
	%	12,9%	12,7%	12,8%
Total	N°	85	63	148
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 07 y gráfico 07 muestran que, en el sexo masculino el 87,1% presentó maloclusión clase I y el 12,9% una clase II. En el sexo femenino, el 87,3% presentó maloclusión clase I y el 12,7% una clase II.

Gráfico 07.

Maloclusión dental en caninos según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

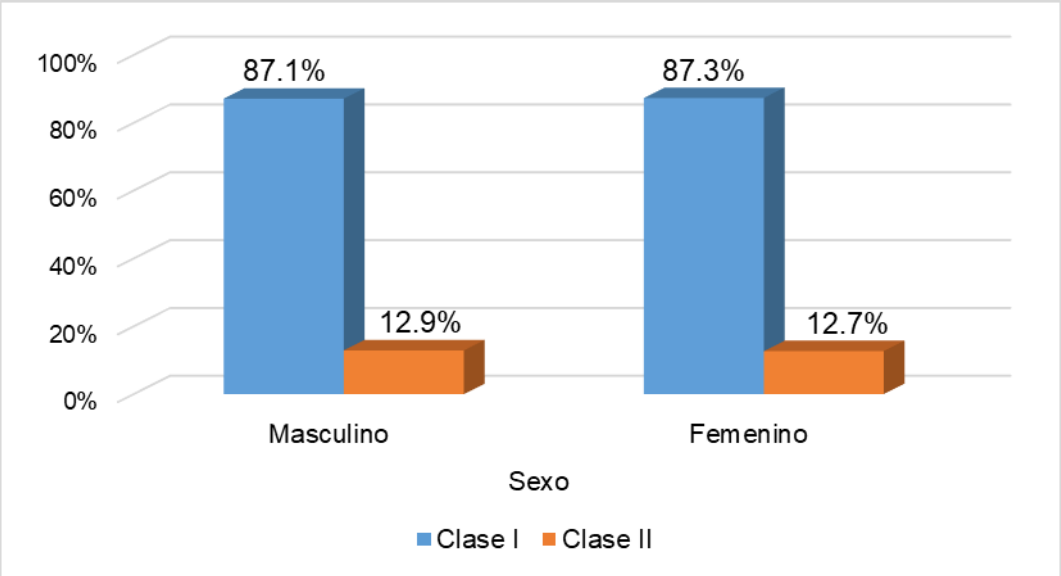


Tabla 08. Variantes de la maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Variantes	Frecuencia	Porcentaje
Apiñamiento dentario	4	13,3
Mordida abierta	11	36,8
Sobremordida	4	13,3
Mordida cruzada	10	33,3
Mordida en tijera	1	3,3
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 08 y gráfico 08 muestran que, la prevalencia de mordida abierta fue del 36,8%, el 33,3% fue mordida cruzada, el 13,3% fue apiñamiento dentario y sobremordida respectivamente, y el 3,3% fue mordida en tijera.

Gráfico 08.
Variantes de la maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

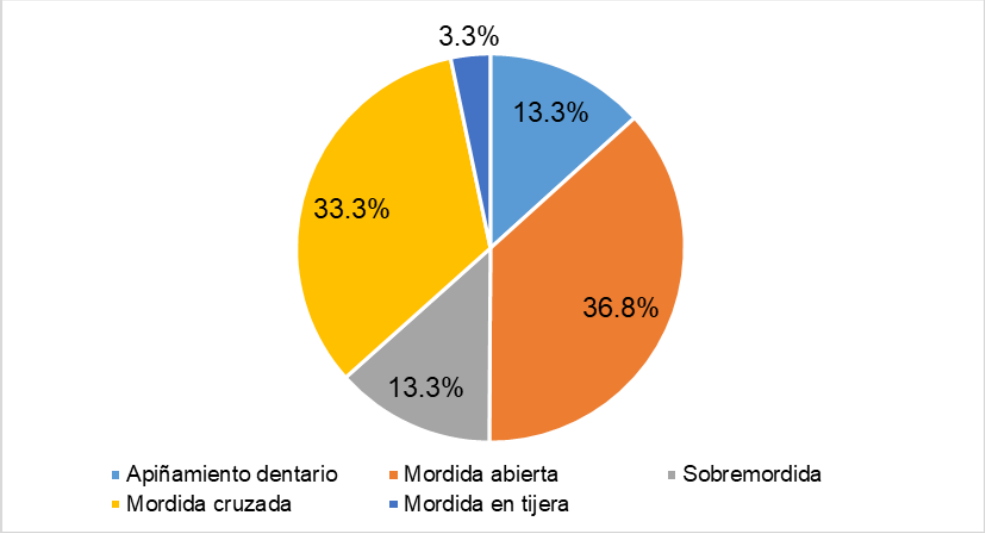


Tabla 09. Variantes de maloclusión dental según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Variaciones		Grupo etario		Total
		6 a 9 años	10 a 11 años	
Apiñamiento	N°	1	3	4
dentario	%	5,6%	25,0%	13,3%
Mordida	N°	7	4	11
abierta	%	38,9%	33,4%	36,8%
Sobremordida	N°	3	1	4
	%	16,6%	8,3%	13,3%
Mordida	N°	7	3	10
cruzada	%	38,9%	25,0%	33,3%
Mordida en	N°	0	1	1
tijera	%	0,0%	8,3%	3,3%
Total	N°	18	12	30
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 09 y gráfico 09 muestran que, en el grupo etario de 6 a 9 años el 38,9% presentó mordida abierta y mordida cruzada respectivamente, el 16,6% presentó sobremordida y el 5,6% presentó apiñamiento dentario. En el grupo etario de 10 a 11 años, el 33,4% presentó mordida abierta, el 25% presentó apiñamiento dentario y mordida cruzada, el 8,3% presentó sobremordida y mordida en tijera respectivamente.

Gráfico 09.

Variantes de maloclusión dental según grupo etario, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

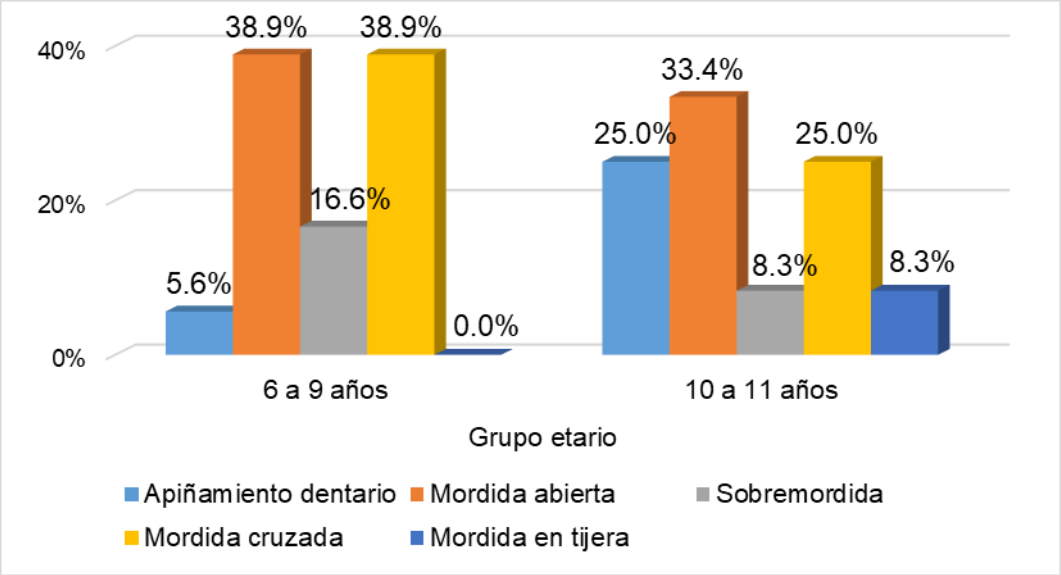


Tabla 10. Variantes de maloclusión dental según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

Variaciones		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Apiñamiento	N°	1	3	4
dentario	%	9,1%	15,8%	13,3%
Mordida	N°	3	8	11
abierta	%	27,3%	42,1%	36,8%
Sobremordida	N°	1	3	4
	%	9,1%	15,8%	13,3%
Mordida	N°	5	5	10
cruzada	%	45,4%	26,3%	33,3%
Mordida en	N°	1	0	1
tijera	%	9,1%	0,0%	3,3%
Total	N°	11	19	30
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 10 y gráfico 10 muestran que, en el sexo masculino el 45,4% presentó mordida cruzada, el 27,3% presentó mordida abierta, y el 9,1% presentó apiñamiento dentario, sobremordida y mordida en tijera respectivamente. En el sexo femenino, el 42,1% presentó mordida abierta, el 26,3% presentó mordida cruzada, y el 15,8% presentó apiñamiento dentario y sobremordida respectivamente.

Gráfico 10.

Variantes de maloclusión dental según sexo, en niños de 7 a 11 años de una Institución Educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024.

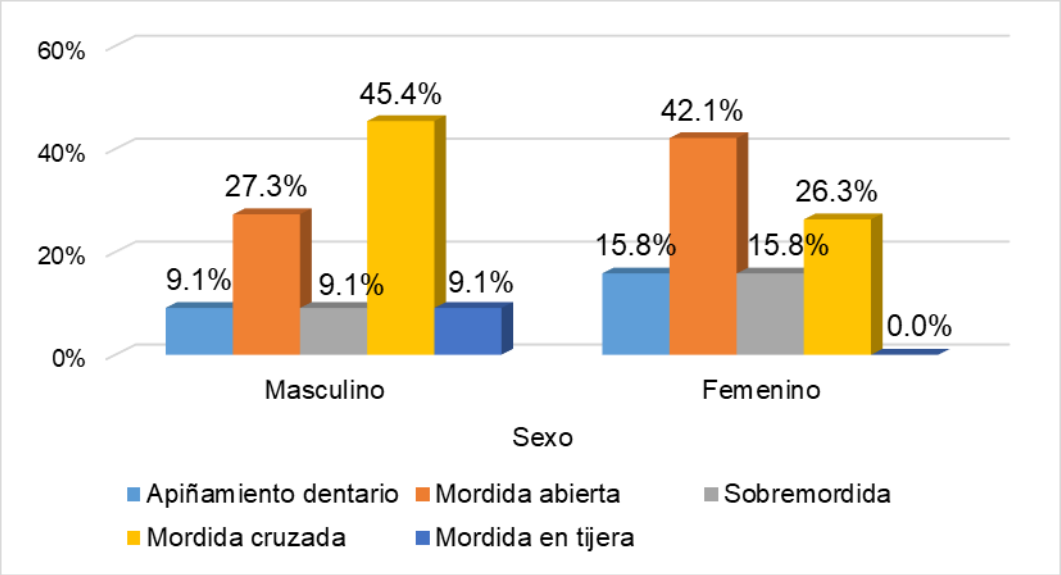


Tabla 11. Prueba Chi cuadrado (X^2) de la variable prevalencia de maloclusión dental.

Relación molar	N observado	N esperada
Clase I	129	74,0
Clase II	19	74,0
Total	148	
Relación canina	**N observado**	**N esperada**
Clase I	183	100,0
Clase II	17	100,0
Total	200	

La tabla 11 muestra la prueba de Chi cuadrado (X^2) de la variable prevalencia de maloclusión dental, se observa para la relación molar un X^2_c= 81,757; α= 0,000 (p<0,05) y para la relación canina un X^2_c= 137,780; α= 0,000 (p<0,05); con una probabilidad no menor al 5% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Se concluye que *La maloclusión clase I es que tiene mayor prevalencia en el grupo de estudio*.

Estadísticos de prueba

	Relación Canina	Relación Molar
Chi-cuadrado	81,757	137,780
gl	1	1
Sig. asin.	,000	,000

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

El estudio fue ejecutado en una muestra conformada por 310 alumnos entre 7 y 11 años de edad, de la Institución Educativa N°60024, del distrito de San Juan, lo que permitió determinar la prevalencia de maloclusión dental en niños, de las cuales se encontraron los siguientes puntos a considerar:

En el presente estudio la distribución de la edad de los niños de 7 años fue de 32,9%, en la edad de 8 años fue de 17,1%, en 9 años fue de 21%, en 10 años el 15,5% y en 11 años fue de 13,5.

En relación al sexo, el 53,9% de los niños son de sexo masculino y el 46,1% de sexo femenino.

En la presente investigación encontramos cifras altas, tanto en la relación molar y en la relación canina, en la clase I, con el 91,5% y 87,2% respectivamente, seguido por la clase II.

Resultados menores se obtuvieron en estudios nacionales, como el de ***Calisaya L. (Lima 2020),*** con 56,11% de maloclusión Clase I y el 29,26% presenta Maloclusión Clase II; De la misma manera, ***Guidotti R. (Huancavelica 2023)*** La maloclusión más frecuente fue la clase I con 44,1% y luego la clase II con 36,7%.

Asimismo, en estudios internacionales, ***Carrera MJ. (México 2021)*** encontró que la prevalencia más alta fue la maloclusión clase tipo I con el 41.4%, seguido de la clase tipo II 31%, y la clase tipo III 27.6%. Sin embargo, encontramos estudios que dan a la clase II mayor porcentaje como el de ***Patiño J. (Ecuador 2022)*** donde el 45%

presentó maloclusión clase II y el 43% maloclusión clase I. Así como la investigación de ***Loor L. (Ecuador 2016)***, con 51% de niños en clase molar II, mientras con clase molar I con 46%.

En los resultados del estudio, el grupo etario de 7 a 9 años, el 93,4% presentó maloclusión clase I, y en el grupo etario de 10 a 11 años el 85,7% presentó maloclusión clase I. ***Ayala JC. (Chimbote 2021)*** alcanzó un 48% de estudiantes de 6 a 12 años con maloclusión Clase I, seguido del 29,8% que presentaron Clase II división 1, el 11,6% presentaron Clase II división 2.

En nuestro estudio, el sexo masculino presentó un 89,8% de maloclusión en clase I y 93,5% en el sexo femenino.

En estudios de ***Ayala JC. (Chimbote 2021)*** El 28,8% de estudiantes de 6 a 12 años del sexo masculino presentaron Clase I, y el 19,2% del sexo femenino presentaron Clase I. En la misma línea ***Calisaya L. (Lima 2020)***, la Clase I en el sexo femenino tuvo 26,02%, y en el sexo masculino resultó con 30,09% en la Clase I.

En los resultados de la presente investigación, encontramos en relación a las variantes, que la prevalencia de mordida abierta fue del 36,8%, el 33,3% fue mordida cruzada, el 13,3% fue apiñamiento dentario y sobremordida respectivamente, y el 3,3% fue mordida en tijera. En el sexo femenino, el 42,1% presentó mordida abierta.
En relación a las variantes, ***Romero G. (Paraguay 2022)*** arrojó en su estudio que el 22,1% presentaba mordida abierta, siendo más frecuente en el sexo femenino y en las edades de 9 a 10 años.

En nuestro estudio se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que la maloclusión clase I es la que tiene mayor prevalencia en el grupo de estudio.

5.2. Conclusiones

1. El 91,5% de los niños de 7 a 11 años, presentó una maloclusión clase I en la relación molar, y el 8,5% una clase II.

2. El sexo masculino presentó un 89,8% de maloclusión clase I molar y el 10,2% una clase II. El sexo femenino, presentó un 93,5% de maloclusión clase I molar y el 6,5% una clase II.

3. En relación canina el 87,2% presentó una maloclusión clase I, y el 12,8% una clase II.

4. El sexo masculino presentó un 87,1% de maloclusión clase I canina y el 12,9% una clase II. En el sexo femenino, presentó un 87,3% maloclusión clase I canina y el 12,7% una clase II.

5. La prevalencia de mordida abierta fue del 36,8%, el 33,3% fue mordida cruzada, el 13,3% fue apiñamiento dentario y sobremordida respectivamente, y el 3,3% fue mordida en tijera.

6. en el sexo masculino el 45,4% presentó mordida cruzada, el 27,3% presentó mordida abierta, y el 9,1% presentó apiñamiento dentario, sobremordida y mordida en tijera respectivamente. En el sexo femenino, el 42,1% presentó mordida abierta, el 26,3% presentó mordida cruzada, y el 15,8% presentó apiñamiento dentario y sobremordida respectivamente.

7. Se concluye que La maloclusión clase I es que tiene mayor prevalencia en el grupo de estudio.

5.3. Recomendaciones

1. Se recomienda a los programas de salud bucal de los centros de salud, capacitar a los docentes y alumnos de su jurisdicción en la prevención de maloclusiones dentarias.

2. Se recomienda implementar a los establecimientos de salud, con herramientas que puedan incidir en etapas tempranas las correcciones de las maloclusiones dentarias.

3. Se sugiere ahondar en estudios sobre factores de riesgo que puedan influir en la longitud del arco dental y la relación de molares y caninos permanentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ayala JC. Prevalencia de maloclusiones dentarias en estudiantes de 6 a 12 años de edad de la I.E. Víctor Andrés Belaunde, del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, 2019. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Chimbote – Perú 2021.

2. Corzo K. y Col. Frecuencia de maloclusión dental en pacientes adultos atendidos en una Clínica Estomatológica Universitaria de Piura – Perú. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Piura – Perú 2020.

3. Guimac P. Prevalencia de maloclusiones dentales en estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Chachapoyas – Perú 2022.

4. Loor L. Prevalencia de maloclusiones en niños de 6 - 8 años que estudian en la Escuela Apóstol Santiago. Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Odontóloga. Guayaquil – Ecuador 2016.

5. Patiño J. Prevalencia de Maloclusiones Dentarias en escolares de 12 años de la parroquia San Blas-Cuenca. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de odontólogo.Cuenca – Ecuador 2018.

6. Romero G. Frecuencia de mordida abierta en niños de 6 a 12 años en escuelas públicas de Gran Asunción en el año 2019. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282022000200085&lang=es#B16

7. Priego Ramos Mayra Janeth. Tesis de titulación “Prevalencia de apiñamiento dentario anteroinferior y su relación con los diferentes tipos de maloclusión 2022”. https://revistas.unam.mx/index.php/rmo/article/view/82759

8. Navarro Barron, Alejandro. Tesis de titulación “Prevalencia Y Severidad De La Maloclusión En Niños De 8 A 12 Años”. Los Reyes Iztacala, Edo. de México 2022. https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000828177/3/0828177.pdf

9. Carrera Machorro María de Jesús y Trujillo Sánchez Patricia. Tesis de titulación “Incidencia de los tipos de maloclusion y la relacion con la edad sexo y nivel socioeconomico en pacientes que asisten a la clinica de la BUAP CRS en el periodo otoño 2018". Tehuacan, Puebla 2021. https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/bf581bd4-c7de-42a3-9c6c-3fdad6b75df9/content

10. Guidotti Rodríguez, Ángel Uriel; Torres Orihuela, Lizbeth María. Tesis de titulación: “Hábitos bucales perniciosos asociados a Maloclusiones dentomaxilares en estudiantes de una Institución educativa estatal de Pampas - 2022”. https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/5471/T037_70780655_72939511_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Calisaya Flores, Luis Leonardo. Tesis de titulación: “Prevalencia de maloclusiones en pacientes de 12 a 18 años en el Servicio de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar del Hospital Militar Central - Lima 2018” https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/13354/Calisaya_Flores_Luis_Leonardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Rigoberto OL, et al. Ortodoncia. 1ra Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.

13. Flávio VF. Ortodoncia y Planificación Clínica. 2da Edición. Sao Paulo: Artes Médicas, 2004.

14. Moreno A, López S, Corcho A. Principales medidas de epidemiología. salud pública de méxico / vol.42, no.4, julio-agosto de 2000

15. Firmani M, Becerra N, Sotomayor C, Flores G, Salinas JC. Oclusión terapéutica. Desde las escuelas de oclusión a la Odontología Basada en Evidencias. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 6(2); 90-95, 2013.

16. García VJ, Ustrell JM, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av. Odontoestomatol 2011; 27 (2): 75-84.

17. Chimenos E. Mosby, Diccionario de Odontología. 2da edición. Barcelona. Editorial Elsevier España, SL; 2009

18. Bustillo Arrieta J. Implicación de la erupción de los terceros molares en el apiñamiento anteroinferior severo. Av. Odontoestomatol 2016; 32 (2): 107-116.

ANEXOS

Anexo 01. Instrumento de recolección de datos

"PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 7- 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE SAN JUAN - IQUITOS 2024"

I. Datos sociodemográficos

CODIGO:

Edad:

Sexo:

II. Oclusión dental

CLASE MOLAR			
DERECHA		**IZQUIERDA**	
I		**I**	
II		**II**	
III		**III**	

CLASE CANINA			
DERECHA		**IZQUIERDA**	
I		**I**	
II		**II**	
III		**III**	

VARIANTES	
APIÑAMIENTO DENTARIO	
MORDIDA ABIERTA	
SOBREMORDIDA	
MORDIDA CRUZADA	
MORDIDA EN TIJERA	

Anexo 02. Matriz de consistencia

Título: "Prevalencia de maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una institución educativa del distrito de San Juan – Iquitos 2024"

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODO	VARIABLES
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la prevalencia de maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024? **PROBLEMAS ESPECÍFICOS** ¿Cuál es prevalencia de maloclusión dental en molares, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024?	**OBJETIVO GENERAL** Determinar la prevalencia de maloclusión dental en niños de 7 a 11 años de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** Medir la prevalencia de maloclusión dental en molares, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024.	H^A: La maloclusión Clase I es la que tiene mayor prevalencia en el grupo de estudio. H^o: La maloclusión Clase I no es la que tiene mayor prevalencia en el grupo de estudio.	**TIPO DE ESTUDIO:** Prospectivo, cuantitativo, descriptivo, transversal **DISEÑO DE INVESTIGACION** No experimental **INSTRUMENTO** - Datos sociodemográficos - Oclusión dental **POBLACION Y MUESTRA**	Variable independiente: Prevalencia de maloclusión dental

¿Cuál es prevalencia de maloclusión dental en caninos, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024? ¿Cuál es la prevalencia de maloclusión dental asociado a variantes, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024?	Calcular la prevalencia de maloclusión dental en caninos, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San Juan– Iquitos 2024. Establecer la prevalencia de maloclusión dental asociado a variantes, en niños de 7 a 11 años según edad y sexo de una institución educativa del distrito de San juan– Iquitos 2024.		**POBLACIÓN:** La población en estudio estará conformada por 1605 alumnos entre 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa N° 60024 San Juan de Miraflores del distrito de San Juan Bautista. **MUESTRA:** La muestra estará conformada por 310 alumnos entre 7 y 11 años de edad de la Institución Educativa N°60024 San Juan Bautista de Miraflores del distrito de San Juan Bautista.	

Anexo 03. Autorización de la institución educativa

Carta de presentación para la aplicación del estudio de investigación.

Iquitos, 7 de noviembre del 2024

Mgtr.

MELITA PASTOR FASANANDO
Directora de la I.E. 60024 San Juan de Miraflores – San Juan Bautista

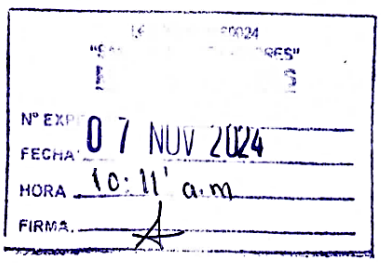
Presente.

ASUNTO: SOLICITO PERMISO PARA REALIZAR EJECUCIÓN DE MI PROYECTO DE TESIS EN SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, conocedor de su espíritu de colaboración y empatía profesional a fin de presentarme y solicitar su apoyo para la aplicación de un instrumento de recojo de información en alumnos asistentes a la institución educativa que usted dirige. Soy el Bachiller en Estomatología Noe Jaime Mariños Vilchez de la Universidad Científica del Perú (UCP), quien con el objetivo de implementar el estudio para tesis depregrado: "**PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN DENTAL EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE SAN JUAN – IQUITOS 2024**" solicito pueda brindarme las facilidades respectivas para aplicar el instrumento de recojo de información. Para garantizar el adecuado recojo de información, se aplicarán los protocolos previamente establecidos garantizando que los resultados del estudio se mantendrán con reserva y confidencialidad. Agradecido con la atención que brinda ante este pedido que permitirá concretar mi titulación profesional y seguir consolidando mi compromiso con la salud pública, quedo atento a su pronta respuesta.

Atentamente,



Bach. Noe Jaime Mariños Vilchez
DNI: 73414076
E-mail: noemarinos@gmail.com
Whatsapp: 973621891

Anexo 04. Consentimiento informado

<u>Título del estudio</u>: Prevalencia de Maloclusión Dental en Niños de 7 a 11 Años de una Institución Educativa del Distrito de San Juan – Iquitos 2024"

Introducción y Propósito

Soy Bachiller de la Universidad Científica del Perú de la Escuela de Estomatología quien busca determinar la prevalencia de maloclusión dental en niños de 7 a 11 años. Con tal finalidad se realizará una evaluación clínica de la cavidad oral, la cual ayudará a obtener datos que ayudarán a analizar la variable en estudio. El responsable de este estudio es, **Noé Jaime Mariños Vilchez,** quien solicita su participación para conocer la prevalencia de maloclusión dental.

Procedimientos

Si usted acepta participar del estudio. Se le realizara una evaluación clínica intraoral; los datos obtenidos serán registrados en el instrumento de recolección de datos.

Confidencialidad

Toda información relacionada con su persona será almacenada en un lugar seguro y sólo tendrán acceso a esta información los investigadores del estudio. Cualquier información sobre usted será mantenida confidencialmente en la medida en que la ley lo permita. Al final se procederá a destruir la información cuando ya no sean necesarias.

Alternativas de participación

La decisión de participar en este estudio es voluntaria, lo que significa que usted es libre de elegir si le gustaría participar en el estudio. Usted se puede rehusar a participar o detener su participación en cualquier momento. No hay penalidades. Gracias por todo su tiempo y su asistencia.

Persona que administra el consentimiento: _____

Firma_____

Nombre y Apellido del Participante: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: ___/___/ 20___

Anexo 05. Fotografías









