

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

**Relación de las maloclusiones y los hábitos orales
en estudiantes de 6.º grado de la I. E. «30154»-
Chilca, 2024**

Dania Dejhanira Rey Sanchez Loayza

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Mg. Cintia Adriana Nuñez Apumayta
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 15 de Enero de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Relación de las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes de 6to grado de la I.E. "30154"- Chilca, 2024.

Autores:

1. Dania Dejhanira Rey Sanchez Loayza – EAP. Odontología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 18 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores N° 10 de palabras excluidas (**en caso de elegir "SI"**): SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original

(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Dedicatoria

A mis amados padres Hugo y Haydeé.

A mi familia Pool, Erick y Eysamar.

A mi novio Jersin

A mis futuros pacientes.

Dania Dejhanira

Agradecimientos

A Dios, por darme la fortaleza y sabiduría necesaria para superar los desafíos que me llevaron a cumplir este sueño.

A mis padres y hermanos, por el apoyo constante, paciencia y amor inquebrantable, ellos me impulsaron a seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles.

A la Universidad Continental, mi alma mater, por brindarme una formación integral en el campo de la odontología.

A mis profesores, quienes con su experiencia y pasión por la enseñanza fueron una fuente de inspiración y guía durante estos años de estudio.

A mis compañeros de clase, con quienes compartí no solo aprendizajes, sino también experiencias inolvidables, risas y retos que juntos logramos superar.

A mis pacientes, por confiar en mí durante mi etapa de formación; su paciencia y colaboración fueron esenciales para mi crecimiento profesional de la salud. Este título es solo el comienzo de un compromiso que seguiré cultivando con pasión y responsabilidad.

A mi familia, por ser mi refugio en los momentos difíciles y cómplices en los momentos de alegría.

La autora.

Índice

Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos	v
Índice.....	vi
Índice de Tablas	ix
Índice de Figuras.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción	xiii
Capítulo I Planteamiento del Estudio.....	14
1.1. Delimitación de la Investigación.....	14
1.1.1. Delimitación Espacial.	14
1.1.2. Delimitación Temporal.	14
1.1.3. Delimitación Conceptual o Temática.	14
1.2. Planteamiento y Formulación del Problema.....	14
1.3. Formulación del Problema	16
1.3.1. Problema General.....	16
1.3.2. Problemas Secundarios.	16
1.4. Objetivos	17
1.4.1. Objetivo General.	17
1.4.2. Objetivos Específicos.....	17
1.5. Justificación.....	17
1.5.1. Justificación Teórica.	17
1.5.2. Conveniencia.....	18
1.5.3. Relevancia Social.	18
Capítulo II Marco Teórico	19
2.1. Antecedentes del Problema	19
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	19
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	21
2.2. Bases Teóricas.....	24
2.2.1. Maloclusiones Dentales.....	24
2.2.2. Hábitos Orales.....	32
2.3. Definición de Términos Básicos	36
Capítulo III Hipótesis y Variables.....	38
3.1. Hipótesis.....	38
3.1.1. Hipótesis General	38
3.1.2. Hipótesis Específicas.....	38

3.2. Variables de la Investigación	39
3.2.1. Variable I. Las maloclusiones	39
3.2.2. Variable II. Hábitos Orales.....	39
3.2.3. Covariable. Sexo	39
3.3. Operacionalización de Variables.....	40
Capítulo IV Metodología	42
4.1. Métodos, Tipo y Nivel de la Investigación	42
4.1.1. Método de Investigación.....	42
4.1.2. Tipo de Investigación.....	42
4.1.3. Alcance de Investigación.....	42
4.2. Diseño de la Investigación	43
4.3. Población y Muestra.....	43
4.3.1. Población.....	43
4.3.2. Muestra.....	43
4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección y Análisis de Datos.....	44
4.4.1. Técnica.....	44
4.4.2. Instrumento.....	44
4.4.3. Procedimientos de la Investigación.....	46
4.5. Consideraciones Éticas.....	47
Capitulo V Resultados	48
5.1. Presentación de Resultados	48
5.1.1. Resultados Descriptivos.....	48
5.1.2. Resultados Entorno al Objetivo Específico 01.....	49
5.1.3. Resultados Entorno al Objetivo Específico 02.....	51
5.1.4. Resultados Entorno al Objetivo Específico 03.....	55
5.1.5. Resultados Entorno al Objetivo Específico 04.....	58
5.1.6. Resultados Entorno al Objetivo Específico 05.....	61
5.1.7. Resultados Entorno al Objetivo General.....	64
5.2. Discusión de Resultados.....	67
Conclusiones	77
Recomendaciones.....	79
Referencias Bibliográficas	80
Anexos	90
Anexo 01. Matriz de Consistencia	91
Anexo 02. Documento de Aprobación del Comité de Ética	92
Anexo 03. Consentimiento Informado.....	93
Anexo 04. Permiso Institucional	98

Anexo 05. Instrumento de Recolección de Datos	99
Anexo 07. Validación de Instrumentos	102
Anexo 08. Panel Fotográfico	119

Índice de Tablas

Tabla 1. Principales hábitos bucales deformantes.....	36
Tabla 2. Operacionalización de variables	40
Tabla 3. Confiabilidad de instrumentos	46
Tabla 4. Frecuencias por edad, sexo y perfil odontológico.....	48
Tabla 5. Tipos de maloclusiones.....	49
Tabla 6. Tipos de maloclusiones por sexo y edad.....	50
Tabla 7. Presencia de hábitos orales	51
Tabla 8. Frecuencia de hábitos orales	52
Tabla 9. Presencia de hábitos orales por edad y sexo (Parte I)	53
Tabla 10. Presencia de hábitos orales por edad y sexo (Parte II).....	54
Tabla 11. Tabla de contingencia entre maloclusión clase I y hábitos orales.....	55
Tabla 12. Pruebas de relación entre maloclusión clase I y hábitos orales.....	57
Tabla 13. Tabla de contingencia entre maloclusión clase II y hábitos orales	58
Tabla 14. Pruebas de relación entre maloclusión clase II y hábitos orales	60
Tabla 15. Tabla de contingencia entre maloclusión clase III y hábitos orales.....	61
Tabla 16. Pruebas de relación entre maloclusión clase III y hábitos orales.....	63
Tabla 17. Tabla de contingencia entre tipo de maloclusiones y hábitos orales.....	64
Tabla 18. Pruebas de relación entre maloclusiones y hábitos orales.....	66

Índice de Figuras

Figura 1. Estructuras anatómicas base de cráneo.....	28
Figura 2. Estructuras del maxilar superior.	28
Figura 3. Mandíbula.	29
Figura 4. Cruces (implantes simulados) en base de cráneo, maxilar y mandíbula.....	30
Figura 5. Transferencia de implantes simulados de base de cráneo a trazo 2.....	30
Figura 6. Ajuste vertical del crecimiento maxilar	31
Figura 7. Transferencia de implantes simulados de maxilar superior a trazo 2	31
Figura 8. Transferencia de implantes simulados de maxilar inferior a trazo 2	32
Figura 9. Mordida abierta anterior, comprensión maxilar y resalte aumentado.....	33
Figura 10. Paciente del estudio “facies adenoidea”.	34
Figura 11. Esquema de la succión digital con el dedo presionando el maxilar.....	34

Resumen

La investigación tuvo como objetivo relacionar las maloclusiones y los hábitos orales de estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 del distrito de Chilca en el 2024. Se utilizó una metodología básica, el diseño fue no experimental, transversal y prospectivo, se aplicó fichas de observación a una muestra intencional de 50 estudiantes. Los resultados indicaron una conexión significativa entre ciertos hábitos orales y tipos de maloclusiones según la prueba Chi-cuadrado ($\chi^2 = 27,906 - 42,604$, $p < 0,05$ y $p < 0,01$). Entre los hallazgos, se observó que la succión digital y la lengua protráctil están especialmente relacionadas con maloclusiones de clase II y clase III, respectivamente. Además, la onicofagia afectó al 56 % de los estudiantes y la queilofagia se observó en un 96 %, siendo este último el hábito más frecuente. En conclusión, el estudio resalta que ciertos hábitos orales inciden en las maloclusiones, aportando información valiosa para futuras intervenciones odontológicas y educativas.

Palabras clave: maloclusiones, hábitos orales, odontopediatría.

Abstract

The research had como objetivo relation the ill-closures and habits of students of the sixth grade of the I. E. N.º 30154 of the district of Chilca in 2024. A basic methodology was used, the design was experimental, cross-sectional and practical, and conservation cards were applied to an intentional sample of 50 students. The results indicate a significant correlation between certain habits and types of bad habits according to the Chi-square test ($\chi^2 = 27.906 - 42.604$, $p < 0.05$ and $p < 0.01$). Among the findings, it was noted that digital suction and protratile tongue are especially related to class II and class III malversions, respectively. In addition, onicophagia affected 56% of students and queilophagia was observed in 96%, with the latter being the most frequent habit. In terms of inclusion, the study highlights that certain habits affect the ill-conclusions, aportando information valid for future logical and educational interventions.

Keywords: malocclusions, oral habits, pediatric dentistry.

Introducción

La investigación sobre maloclusiones y hábitos orales, es un tema de creciente interés en el campo de la odontopediatría, ya que ambos factores pueden influir significativamente en la salud bucal y el desarrollo dental de los niños. Este estudio se desarrolló en la I. E. N.º 30154 de Chilca en el año 2024, con el objetivo de examinar cómo estos hábitos afectan la aparición y severidad de las maloclusiones en estudiantes de 6to grado.

El informe de investigación está estructurado en desarrolla en cinco capítulos, los cuales se detallan:

Capítulo I; planteamiento del problema. Esta sección aborda la problemática de la alta prevalencia de maloclusiones y hábitos orales entre los estudiantes, estableciendo los objetivos de la investigación y justificando la necesidad de obtener datos precisos sobre esta relación. La hipótesis plantea que los hábitos orales están correlacionados con la prevalencia de maloclusiones en la población estudiada, y se definen las variables clave a analizar, como la frecuencia de hábitos específicos y el tipo de maloclusión.

Capítulo II; marco teórico. Este apartado ofrece un contexto exhaustivo sobre el tema, incluyendo información relevante a nivel internacional y nacional. Se analizan las teorías y enfoques que sustentan la investigación, establece una base conceptual sólida que orienta el análisis de los resultados.

Capítulo III; metodología. Este apartado describe detalladamente el enfoque metodológico utilizado en el estudio, abarcando el tipo de investigación, el diseño, la población objetivo y la muestra seleccionada. Se explican las técnicas e instrumentos empleados en la recolección de datos, así como el análisis que se llevó a cabo para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados.

Capítulo V; resultados y discusión. Este capítulo presenta los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos, junto con una discusión crítica de los mismos, destacando la relación observada entre las maloclusiones y los hábitos orales.

Finalmente, se plantean conclusiones y recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio, contribuyendo a la comprensión y manejo de estas condiciones en el ámbito escolar.

La autora.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1. Delimitación de la Investigación

1.1.1. Delimitación Espacial.

El estudio fue desarrollado en un centro educativo del distrito de Chilca, provincia de Huancayo, región Junín. Específicamente se trabajó con estudiantes del sexto grado de primaria.

1.1.2. Delimitación Temporal.

El estudio fue ejecutado para el periodo 2024, desde la fecha de recopilación de datos hasta la presentación de los hallazgos.

1.1.3. Delimitación Conceptual o Temática.

El alcance temático o conceptual de estudio se concentra en la asociación de los hábitos orales de estudiantes de primaria y los tipos de maloclusiones presentes en este tipo de pacientes odontológicos.

1.2. Planteamiento y Formulación del Problema

La oclusión dental inadecuada, que se refiere a cómo los dientes de la arcada superior (maxilar) no encajan con los de la arcada inferior (mandíbula), afecta aproximadamente al 90 % de la población mundial. Cuando la alineación dental y la mordida no son óptimas, pueden surgir afecciones que impactan la articulación mandibular y producen consecuencias como dolor, dificultades en el habla y la respiración, problemas de higiene y salud oral, así como afectaciones en la estética, postura y equilibrio (1).

En países europeos como España, las maloclusiones, están asociadas con anomalías del crecimiento y desarrollo craneofacial, y éstas con factores genéticos (anomalías heredadas), y también por factores ambientales generales y locales (anomalías adquiridas) (1).

En otras palabras, es el contacto y la compatibilidad insuficiente de los dientes superiores e inferiores, lo que a menudo causa problemas con el tejido de las encías, la mordida, el desarrollo del habla y la mordida. Cabe destacar que, la principal causa es la genética, no obstante, también puede tener su origen en la postura o el ambiente.

De igual manera, en España, los datos epidemiológicos indican que, en los países desarrollados, la prevalencia de las maloclusiones tiende a incrementarse dentro de la población general. Aproximadamente el 70 % de los niños presenta algún grado de oclusión ideal, mientras que, entre el 25 y 30 % requiere tratamiento ortodóntico (1).

En el contexto peruano, según la clasificación de Angle, la maloclusión clase I es la más común en peruanos menores de 18 años, siendo el apiñamiento y la reabsorción los cambios ortodónticos más comunes (2). Se demuestra que existe una gran cantidad de maloclusiones a nivel nacional, por lo cual resulta necesaria la intervención del Ministerio de Salud.

En particular, se estudió la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de entre 2 y 18 años provenientes de caseríos y comunidades nativas de la selva de Ucayali, Perú. La evaluación de las maloclusiones se realizó utilizando la clasificación de Angle y considerando alteraciones ortodónticas. De los 201 participantes, 106 (52,7 %) eran mujeres, y la mayoría (54,7 %) tenía entre 6 y 12 años. Además, se identificó una prevalencia de maloclusiones del 85,6 %, siendo la más común, según la clasificación de Angle, la clase I (59,6 %) (3).

Asimismo, se identificaron alteraciones ortodónticas en el 67,2 % de los casos. Las alteraciones más comunes fueron el apiñamiento dental (28,4 %), seguido de la mordida cruzada anterior (17,4 %), el sobresaliente pronunciado (8,5 %), la sobremordida marcada (5 %) y la mordida abierta anterior (5 %). Estos resultados evidencian una alta prevalencia de maloclusiones y problemas ortodónticos en las comunidades nativas analizadas, lo que resalta la importancia de desarrollar programas preventivos que mejoren la salud bucal en estas poblaciones vulnerables (3).

En este sentido, se identificó que una de las principales causas de este problema son los hábitos orales, que provocan una flexión incorrecta, siendo los más comunes: chuparse el dedo, presionar la lengua, hundir las uñas, tragar, respirar por la boca y masticar objetos (4).

Se encontró que los países de América Latina, Centroamérica y el Caribe, tienen una mayor prevalencia de hábitos de malformaciones bucales; países como Cuba tienen una incidencia muy alta, y el hábito más común en la muestra es la onicofagia, seguido de la

disfunción de la lengua, Venezuela, México y Colombia, reflejan resultados similares (4).

En Cuba, se ha demostrado que los hábitos bucales disfuncionales, son causa primaria o secundaria de maloclusión o anomalías dentofaciales, cuya gravedad varía con la edad. Al respecto, la prevalencia de hábitos bucales disfuncionales es del 38 %; entre ellos, la lipofagia (33,9 %) y la respiración bucal (25,2 %) son las más comunes, con mayor prevalencia principalmente en mujeres (50,3 %) y niños de 12 años (62,6 %) (5).

El estado de salud de la población peruana, refleja cambios políticos, sociales y económicos. Si bien algunos indicadores de salud han mejorado, algunos factores como la pobreza, la desigualdad social y el acceso desigual, aun son visibles. Por ello, se requiere proporcionar servicios de salud a personas marginadas. Estas diferencias también existen en odontología, situación que se refleja en la tasa de morbilidad bucal por falta de prácticas culturales y conductuales de salud bucal. La mala salud, especialmente en zonas marginadas, es un factor de riesgo de alta incidencia y gravedad de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario evaluar el estado actual de la salud bucal y promover actividades (6).

Actualmente, la alfabetización en salud bucal en niños menores de 11 años de la Escuela Carlos Noriega Pampachacra en Perú, en el departamento de Huancavelica, es moderada con un 51,4 %; le siguió un nivel bajo (45,7 %), por lo que se concluye que carecen de conocimientos sobre higiene bucal; además, el 94,3 % de los participantes, reveló que uno de los problemas dentales más comunes es la caries dental (7).

Por tanto, es importante detectar y tratar los hábitos orales en etapas tempranas de crecimiento y desarrollo de los niños, ya que puede ser uno de los factores causales de maloclusiones futuras. De esta manera, se aborda las maloclusiones en algunos casos particulares que se han identificado en los estudiantes de la I. E. N.º 30154 por lo que surge la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación entre las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024?

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General.

¿Cuál es la relación entre las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024?

1.3.2. Problemas Secundarios.

1. ¿Cuál es la maloclusión en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de

Chilca en el 2024, según sexo?

2. ¿Cuál es el hábito oral más frecuente en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, según sexo?
3. ¿Cuál es la relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024?
4. ¿Cuál es la relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024?
5. ¿Cuál es la relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General.

Relacionar las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1. Describir la maloclusión en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, según sexo.
2. Describir el hábito oral más frecuente en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, según sexo
3. Determinar la relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.
4. Determinar la relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.
5. Determinar la relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 Chilca en el 2024.

1.5. Justificación

1.5.1. Justificación Teórica.

Las maloclusiones son problemas en la alineación de los dientes y la forma en que las

arcadas dentales se relacionan entre sí. Estas pueden ser causadas por diversos factores como los hábitos orales. Los hábitos orales son actos repetidos de manera inconsciente, que pueden ser fisiológicos o no fisiológicos. Los hábitos fisiológicos, son aquellos comportamientos en la cual, la persona tiene control consciente al realizarlos, como: la respiración nasal, la masticación, el fono articulación y la deglución. Por otro lado, los hábitos no fisiológicos son aquellos que pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas. Estos hábitos incluyen la succión digital, la interposición labial, los hábitos posturales, la onicofagia, morder lápices y bolígrafos, y mordisquear la cara interna.

1.5.2. Conveniencia.

El estudio de las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes de nivel primario, tiene un valor teórico significativo, ya que permite comprender de manera más precisa los términos relacionados con este tema. Además, tiene relevancia social, ya que aborda un estudio sobre las maloclusiones en relación con los hábitos orales en estudiantes de nivel primario.

1.5.3. Relevancia Social.

La salud bucal juega un papel crucial en la salud general y el bienestar de las personas. Las maloclusiones pueden afectar la capacidad de masticar adecuadamente los alimentos, lo que a su vez puede influir en la nutrición y el desarrollo físico de los niños. Asimismo, los problemas de habla y la incomodidad causada por las maloclusiones pueden afectar la interacción social y la autoconfianza de los individuos, especialmente durante la infancia y la adolescencia, períodos cruciales para el desarrollo psicosocial.

Abordar las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes de nivel primario también ayuda a disminuir las desigualdades en el acceso a servicios médicos y dentales. Garantizar que todos los niños puedan acceder a cuidados preventivos y correctivos en salud bucal, sin importar su origen socioeconómico o ubicación geográfica, fomenta la equidad en la atención sanitaria y evita el aumento de las disparidades en la salud de la población.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes del Problema

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Rosas et al. (8), en Colombia, analizaron cuatro estudios en los que participaron 1 609 niños sanos y enfermos de entre 3 y 12 años. Los resultados señalan que se logró la homogeneidad de los estudios y también está claro que los *odds ratios* son significativamente mayores para el modelo de efectos fijos y el modelo de efectos aleatorios. El uso prolongado del biberón puede afectar la estructura y función del sistema estomatognático, lo que dificulta actividades esenciales como el habla, la masticación, deglución y fonación. Diversos estudios han demostrado consistentemente que el uso del biberón aumenta el riesgo de desarrollar maloclusiones, como la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior. La succión del biberón involucra cierta actividad muscular que puede contribuir a estos problemas. Los resultados de estos estudios indican que el *odds ratio* (oR) con modelos de efectos fijos es de 1,47 (con un intervalo de confianza [IC] entre 1,19 y 1,83), mientras que con modelos de efectos aleatorios es de 1,69 (con un IC entre 1,04 y 2,79). En síntesis, el uso prolongado del biberón puede tener repercusiones negativas en la salud oral y el desarrollo de los niños.

Vinardell et al. (9), en Colombia, en sus resultados mostraron que la succión digital era dominante (32,65 %). Se redujeron los hábitos bucales anormales (57,14 % antes; 18,37 % después) y mejoró el nivel de conocimientos (77,55 % antes; 93,88 % después). En resumen, las intervenciones educativas son efectivas. Para evitar anomalías de los dientes y los maxilares, tome medidas oportunas contra los factores de riesgo. En ese sentido, ayuda a entender mejor los hábitos orales deformantes y nos permite intervenir de manera temprana en estos factores de riesgo. Esto puede prevenir diversas anomalías dentomaxilofaciales. Si un hábito ha causado una maloclusión inicial, al eliminarlo existe una alta probabilidad de que se corrija sin necesidad de un tratamiento especializado.

Díaz et al. (10), en Cuba, mediante sus hallazgos evidencian que del número total de niños examinados, 156 pertenecían al grupo de edad de 6 a 9 años y 163 al grupo de edad de

10 a 11 años. Se encontró que el principal hábito bucal patológico en ambos grupos de edad fue la protrusión de la lengua en un total de 63 pacientes (19,69 %). 95 casos (29,68 %) tenían ectropión predominantemente vestibular, seguido de 86 casos (26,88 %) con ectropión vestibular aumentado. En conclusión se observó una alta incidencia de mala alineación asociada a altos hábitos de ortodoncia en la muestra de pacientes del estudio. El ectropión vestibular es el tipo más común de maloclusión, la mayoría de las cuales se manifiesta como oclusión neutra, y la Clase I es la más común.

Milán et al. (11), en Cuba, en sus resultados mostraron que la incidencia de caries dental en hombres fue de 85,71 % y la incidencia de caries radicular incorrecta en mujeres fue de 43,10 %, la incidencia de caries incorrecta en mujeres y hombres del grupo de estudio fue de 29,31 % y 27,38 %. En conclusión, la incidencia de caries dental, maloclusión y maloclusión por caries dental se determinó con mayor incidencia entre los adultos jóvenes. También, se evidencia que las maloclusiones son la principal causa de problemas estéticos en las personas y son una de las razones por las cuales los pacientes, especialmente niños, adolescentes y jóvenes, buscan tratamiento ortodóncico y estomatológico. En ese sentido, los datos del estudio proporcionan una base sólida para implementar acciones comunitarias y escolares que mejoren la salud bucal de los pacientes. Por tanto, estas acciones pueden ser de gran ayuda para abordar y mejorar las condiciones de salud bucal de la población.

Crespo (12), en Ecuador, entre sus hallazgos encontraron que en el 56 % de las personas notó un cambio en sus hábitos bucales, más a menudo en los hombres. La deglución atípica fue el hábito más común que ocurrió en el 18 % de la población del estudio, con onicofagia en el 15 %, seguida de chuparse los labios y los dedos en el 8 %, y la inserción de objetos que ocurrió con menos frecuencia. La frecuencia de mordida abierta anterior es del 25 % y más a menudo en los hombres (23 %). En conclusión, la prevalencia de mordida abierta anterior es alta, principalmente en niños de 11 a 12 años, que representa el 15 %, y está fuertemente asociada con la deglución atípica, seguida de la succión de dedos y la succión de labios. Los hábitos bucales deformes están estrechamente relacionados con la desalineación de los dientes, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportuno son importantes para evitar cambios en el sistema bucal.

Castro (4), en México, muestra que los hábitos bucales anormales están estrechamente relacionados con diferentes tipos de maloclusión y edad en la que son comunes. La anomalía alimentaria común fue la alimentación con biberón, seguida de la respiración bucal, y finalmente, la succión y la onicofagia que se encontraron en diferentes grupos de edad. Asimismo, se demuestra que el hábito más común asociado a deformidades en la alimentación, es el uso del biberón, especialmente en niños de 1 a 6 años. Este hábito puede tener

consecuencias significativas, como la aparición de maloclusiones como la mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior y sobremordida. Se ha observado una fuerte correlación entre el uso del biberón y la presencia de una clase II de Angle en la posición de los dientes. Es crucial que los padres estén conscientes de estos hábitos deformantes y brinden una atención adecuada en el hogar para prevenir la aparición de problemas en la alineación dental.

Valdivieso (13), en Ecuador, a desarrollado una investigación que combina diferentes enfoques, como el análisis bibliográfico, la exploración, la retrospectiva y un diseño cualitativo. Se utilizó la metodología analítico-científica e histórico-lógica, basada en fuentes primarias y secundarias. Esta investigación se realizó con el fin de abordar el tema de estudio de manera integral y obtener información relevante y precisa. Los resultados muestran que los malos hábitos bucales afectan directamente al individuo, ya que interfieren el normal desarrollo y crecimiento de las estructuras bucales y faciales, y, provocan diversos cambios en los dientes y la mandíbula. Las anomalías del paladar relacionadas con los hábitos bucales, pueden incluir anomalías dentales o esqueléticas como sobremordida, mordida cruzada, mordida invertida y apiñamiento. En definitiva, los hábitos bucales pueden interferir con la estimulación de la dirección de crecimiento de la estructura dental y afectar directamente el desarrollo de la maloclusión.

Parra et al. (14), en Ecuador, demostraron que los problemas bucales están aumentando en los niños en edad preescolar y escolar, y los malos hábitos bucales son una de las principales causas de maloclusión en todo el mundo. No se encontró abundante información de investigaciones sobre malos hábitos bucales en el Ecuador, en niños de preescolar y escolar. Los niños son susceptibles a desarrollar malos hábitos bucales que pueden provocar maloclusión, pero los estudios en adultos también muestran que los hábitos que persisten más allá de la adolescencia pueden provocar maloclusión. Los hábitos bucales no fisiológicos son una de las principales causas del agarre incorrecto, los más comunes son: no tocarse el pulgar, empujar la lengua, morderse las uñas, chuparse los labios, respirar por la boca y masticar objetos.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Pérez (15), concluyó que entre los 139 escolares estudiados, el principal defecto dental detectado fue clase I (64,03 %), seguido de clase II, clase 1 (25,18 %), clase II, clase 2 (5,76 %) y clase III (5,04 %). Entre los hábitos bucales estudiados, chuparse los dedos representó el 15,83 %, los hábitos posturales el 12,2 %, los hábitos de comer los labios el 9,35 %, los hábitos de comer las uñas el 8,63 % y no se encontró correlación en el 51,8 %. Asimismo, la maloclusión clase I, se identificó que el hábito de postura se manifestó en el 10,07 % de los

casos, mientras que la queilofagia y la onicofagia estuvieron presentes en el 6,47 % cada una, y la succión digital en el 3,6 %. Todos los escolares con el hábito de postura mostraron una desviación de la línea media inferior. En cuanto a la maloclusión clase II-1, se encontró que el hábito de succión digital se observó en el 11,51 % de los casos, la queilofagia en el 2,88 % y la postura en el 1,46 %. En un 9,35 % de los casos no se detectaron hábitos. De manera similar, en la maloclusión clase II-2, se registró la presencia de onicofagia en el 1,44 % de los casos, succión digital en el 0,72 % y postura en el 0,72 %. No se encontraron hábitos en el 2,88 % de los casos. Por último, en la maloclusión clase III, se identificó onicofagia en el 0,72 % de los casos y lengua protáctil en el 0,72 %.

Huillca (16), en su estudio, halló el valor de significancia ($p = 0,000$); se demuestra que existe relación entre los hábitos bucales y la maloclusión dental, respectivamente, la mayor incidencia se encuentra en la clase I y los hábitos de respiración bucal representan el 52 % (52 pacientes), también el 52 % (52 pacientes) de la población presentaba patrones de respiración bucal y el 60 % (60 pacientes) presentaba una malformación clase 1. De igual manera, se muestra que, el hábito bucal común observado fue la respiración bucal, posiblemente debido a la alta incidencia de enfermedades respiratorias relacionadas con la contaminación en la ciudad de Chimbotana. Este hábito fue más prevalente en niños de 6 a 7 años, coincidiendo con el periodo de cambio de dentición. No se encontraron diferencias significativas entre géneros, ya que tanto hombres como mujeres presentaron este hábito en igual medida. La maloclusión dental de clase I fue la más común entre los niños evaluados, y el grupo de 6 a 7 años tuvo mayor prevalencia. Nuevamente, no se observaron diferencias notables entre géneros en relación a esta maloclusión. Por tanto, existe una correlación entre los hábitos bucales y la mala alineación de los dientes.

Mamani (17), concluyó que, los hábitos bucales nocivos se presentan con similar frecuencia a la edad de siete y ocho años, respectivamente el 40 y el 41,30 % de niños sin hábitos nocivos. A la edad de seis años, la mitad de las personas se chupan los labios. Entre los hombres, son más frecuentes el “no hábito” y el “chuparse los labios” (44,12 % y 35,29 %, respectivamente), mientras que en las mujeres son más comunes el “pulgar con el pulgar”, la “respiración bucal” y la “onicofagia” elevado (11,54 %, 7,69 % y 23,08 % respectivamente). Por otro lado, la patología radicular de maloclusión común fue el apiñamiento (18,33 %), seguida por la mordida profunda (13,33 %) y luego la fisura (10 %). El apiñamiento dental específico por edad es del 19,57 % a los 8 años, del 20 % a los 7 años con sobremordida profunda, y del 25 % a los 6 años con apiñamiento y rotación. En los hombres el apiñamiento dentario y la mordida profunda representó el 17,65 %, a diferencia de las mujeres, la patología más común fue el apiñamiento dentario que representó el 19,23 %.

Bocanegra (18), en su estudio, llegó a la conclusión que el hábito más común es la respiración bucal con un 32,8 % (39 pacientes), seguido por dos o más hábitos con un 20,2 % (24 pacientes), bruxismo con un 16,6 % (15 pacientes) y piercing en los labios con un 9,2 % (11 pacientes). 7,6 % (9 pacientes), onicofagia 6,7 % (8 pacientes), falta de expresión 5,9 %, (7 pacientes) succión de labios 5,0 % (6 pacientes). Finalmente, las maloclusiones de clase I, II y III, no se asociaron con cambios significativos en los hábitos bucales en hombres o mujeres. Además, no se encontró una relación entre los hábitos orales no fisiológicos y las maloclusiones en niños. de 6 a 12 años de edad en la dentición mixta. Estos resultados se aplican específicamente al género masculino y femenino. En conclusión, no se encontró asociación entre hábitos bucales no fisiológicos y mala alineación, no existiendo cambios significativos en las categorías I, II y III respecto a los hábitos no fisiológicos.

Chanca (19), en sus resultados, muestra que los niños de 3 años tienen hábitos de succión, entre los cuales la proporción de chuparse los dedos es mayor, la proporción de deglución atípica es del 26,7 % y la proporción de presión de la lengua AD es alta 13,4 %. Entre los niños de 4 años, el 64 % (16 personas) tienen hábitos de succión, entre los cuales la proporción de chuparse los dedos es alta, la proporción de deglución atípica es del 32 % (8 personas), la proporción de presión del labio inferior DA es alta, y el 4 % (1 persona) tiene hábitos respiratorios. Entre los niños de 5 años, el 60 % (12 personas) tenían patrones de succión normales, el 20 % (4) patrones de deglución atípicos y el 4 y el 20 % (4) tenían patrones de respiración bucal. Entre los tipos de maloclusión vertical, el 58,3 % (35 personas) presentó mordida profunda y el 41,7 % (25 personas) presentó mordida abierta. Un estudio sobre la relación entre hábitos no fisiológicos y maloclusión vertical en niños de 3 a 5 años mostró que el 100 % (60 personas) de 25 niños presentaban mordidas manifiestas y el 48 % (12 personas) de ellos, presentaban hábitos atípicos de deglución y otros hábitos. Asimismo, el 54,3 % (19 personas) de 35 niños, presentaban aliento bucal. En conclusión, se encontró que la diferencia media de hábitos orales no fisiológicos y maloclusión vertical fue 2,56, DE = 4,46 con significancia $p = 0,041$ en niños de 3 a 5 años en el Hospital Universitario Regional de Maternidad y Niños de Elkarman, por lo tanto, no fisiológico.

Montes (20), evidenció que, los alumnos de sexto grado de 12 años tenían el mayor número de malos hábitos bucales con un 15 %, siendo la respiración bucal la más común, en comparación con el 7,5 % de niños de 8 años. Se encontraron diferencias significativas relacionadas con la edad en el porcentaje de interferencia del lenguaje. Además, la relación entre hábitos bucales nocivos y delirio vertical, mostró una dependencia estadística con un valor de $p = 0,001$. De manera similar, para la malcompresión anteroposterior, valor de $p = 0,002$, mientras que para la malcompresión lateral, valor de $p = 0,209$. Se concluyó que

existe una asociación significativa entre hábitos bucales nocivos y mala alineación dental al nivel de significancia 0,000 basado en el coeficiente Chi cuadrado.

Miguel et al. (21), en sus resultados, muestran que la luxación más importante es la de grado I, seguida por la de grado II 1, la de grado II 2 y la de grado III; son 70,67 %, 21,33 %, 1,30 % y 6,70 % respectivamente. Por otro lado, se confirmó que el prognatismo era más común en la deglución atípica ($p < 0,01$) y la relación entre chuparse el dedo y el prognatismo fue significativamente diferente ($p < 0,05$). Se concluyó que existe una correlación estadísticamente significativa entre los hábitos bucales nocivos y los defectos dentales detectados entre los estudiantes que conformaron la muestra de estudio de la I. E. N.º Calle. Francisco de Asís - orkotun, Concepción.

Cruzado (22), en su estudio, relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la I. E. P. N.º 82668 de San Juan de Lacamarca, Cajamarca, 2018, los resultados revelaron que el hábito bucal más prevalente fue la succión de objetos, con 50 casos registrados. Del total de casos de succión de objetos, el 68 % presentó maloclusión clase I. Por otro lado, se registraron 16 de succión digital, de los cuales el 58 % se asoció con maloclusión clase I, y el 42 % con maloclusión clase II-div 1. En conclusión, se observó una relación significativa entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en los niños estudiados. Específicamente, se encontró que la succión de objetos fue el hábito más común relacionado con la maloclusión, causando maloclusiones clase I y clase II.

2.2. Bases Teóricas

Las variables por estudiar son maloclusiones y hábitos orales en estudiantes de nivel primario. Se presentan las siguientes definiciones:

2.2.1. Maloclusiones Dentales.

La oclusión dental es la disposición de los dientes y la forma en que los arcos dentales superior e inferior encajan para formar una mordida. Se considera una mordida correcta cuando los dientes se encuentran exactamente posicionados, manteniendo el espacio suficiente y en relación con cada diente y en posición recta. Por el contrario, cuando la mandíbula está cerrada, cuando no están en su posición normal respecto a los músculos antagonistas, se producirá una mordida anormal o apiñamiento de los dientes. Sus cambios pueden afectar simultáneamente a cuatro sistemas: dientes, huesos, músculos y nervios (23). Sin embargo, esta condición puede crear diversas barreras físicas, sociales o económicas para los pacientes, cuyo resultado es alta demanda de ortodoncia, ya que la ortodoncia ayuda a mejorar la apariencia del paciente, así como su bienestar social y psicológico de niños y adultos con

diferentes tipos de maloclusión (23).

2.2.1.1. Causas de la Maloclusión Dental.

Las causas asociadas a factores genéticos, medioambientales y posturales se presentan a continuación (23) :

- Herencia y defectos congénitos.
- Caries.
- Pérdida de piezas dentales por traumatismo.
- Anomalías en el tamaño y forma de los dientes.
- Respiración oral.
- Deglución atípica.
- Malos hábitos orales, como morder objetos.
- Succión del dedo de manera prolongada y uso del chupete.

2.2.1.2. Tipos de Oclusión Dental.

Maloclusiones sagitales; los molares permanentes se clasifican según su posición en dirección anteroposterior (23).

- a. Maloclusión clase I. Corresponde a la mordida correcta y normal (23).
- b. Maloclusión clase II. La arcada dental superior está más adelantada que la arcada dental inferior a la altura de los caninos y molares (23).
- c. Maloclusión clase III. El arco dental inferior está colocado hacia adelante en relación con el arco dental superior, lo que puede deberse a causas dentales o esqueléticas. Aparece un resaltado invertido (23).

Maloclusiones verticales; se caracteriza por falta de contacto entre los dientes superiores e inferiores, es decir, el maxilar superior se superpone a la arcada dentaria inferior (23).

- a. Sobremordida. Entre ellos, la fila superior de dientes tiene más de la mitad de dientes que la fila inferior durante la mordida (23).

- b. Mordida borde a borde. El contacto entre los dos incisivos es de borde a borde, tocándose los incisivos superiores e inferiores, y el punto de intersección es de cero milímetros (23).
- c. Mordida abierta. Son causadas por cambios en el ancho de la mandíbula y/o inclinación anormal de los dientes (23).

Maloclusiones transversales; son causadas por cambios en el ancho de la mandíbula y/o inclinación anormal de los dientes (23).

- a. Mordida cruzada. Las emociones de nivel superior existen dentro de las emociones de nivel inferior. De estos, la mandíbula suele ser estrecha y puede ser unilateral o bilateral (23).
- b. Mordida cruzada unilateral. Se asocian con una ligera desviación de la línea media hacia el lado antioclusivo (23).
- c. Mordida en tijera. En estos casos, las puntas de los molares superiores están unilateralmente laterales a los molares inferiores (23).

2.2.1.3. Consecuencias de la Maloclusión Dental.

Cuando se presenta una enfermedad que modifica la articulación de la mandíbula, existen muchas consecuencias, por ejemplo (23):

Dolor de cabeza, mandíbula y articulación temporomandibular (atm) y también molestias a la hora de masticar algunos alimentos (23).

Problema de habla y respiración; la respiración oral, puede provocar descompensación en el crecimiento de las arcadas dentales y la necesidad de respirar con la boca abierta e incomodidad cuando hay maloclusión (23).

Higiene y salud; un cepillado inadecuado de los dientes puede provocar el desarrollo de caries o enfermedades periodontales como la enfermedad periodontal. También puede provocar recesión de las encías y, en algunos casos, pérdida de las encías (23).

Estética; la insatisfacción con la propia imagen es uno de los motivos más habituales por los que las personas inician un tratamiento de ortodoncia (23).

Postura y equilibrio; el plano oclusal juega un papel importante en el equilibrio de nuestro cuerpo, porque el plano dental es uno de los planos cinemáticos con el que estamos

estrechamente relacionados (23).

El tratamiento de los dientes torcidos dependerá del estado bucal del paciente, la edad y la complejidad de la situación. Cabe señalar que al inicio del tratamiento se requiere un examen preliminar del paciente, que incluye exámenes diagnósticos como fotografías intraorales y extraorales, radiografías cefalométricas y modelos en yeso de la boca del paciente, todos los cuales son utilizados. Desarrollar un plan de tratamiento específico y en base a esto se realizarán ajustes según condiciones específicas (23).

2.2.1.4. Método de Superposición Estructural de Björk para Evaluar Crecimiento y Desarrollo Craneofacial.

La superposición cefalométrica es una herramienta fundamental en la ortodoncia, ya que permite analizar los cambios que experimenta el complejo craneofacial a lo largo del crecimiento y desarrollo (24). Por otro lado, se han descrito diversas técnicas de superposición cefalométrica, muchas de las cuales utilizan puntos de referencia en áreas anatómicas que tienden a ser inestables durante este periodo. No obstante, Björk desarrolló una técnica basada en estudios con implantes metálicos, lo que permitió identificar puntos de referencia y áreas anatómicas más estables durante el crecimiento y desarrollo (24).

a. Consideraciones de la técnica de superposición estructural.

El trazado de las radiografías a superponer debe efectuarse de manera simultánea, es decir, durante la misma sesión, para asegurar la correcta identificación de las formas y trazos de las estructuras anatómicas clave. Se recomienda usar un color diferente para cada etapa del trazado: el inicial en negro, el final en rojo, y, si se incluye una radiografía intermedia, representarla con otro color, como azul, para facilitar su distinción (24).

Es necesario realizar marcas (en forma de cruces) tanto en la base del cráneo como en el maxilar y la mandíbula. Estas marcas funcionan como una simulación de los implantes metálicos utilizados en el estudio original de Björk. Su propósito es facilitar la evaluación de la rotación de las estructuras anatómicas y actuar como guías para garantizar que los trazos sean precisos y estén libres de errores (24). Por tanto, es crucial tener en consideración que la estabilidad anteroposterior de la espina nasal anterior (ENA) es fundamental a lo largo del tiempo. Por lo tanto, si al realizar la superposición se observan cambios anteroposteriores significativos en la ENA, se puede inferir la presencia de errores en el trazado o en la coincidencia de las estructuras de referencia (24).

La dirección de la verdadera rotación mandibular debe estar en concordancia con el

2. Pared posterior de la apófisis piramidal del maxilar.
3. Piso de la fosa nasal.

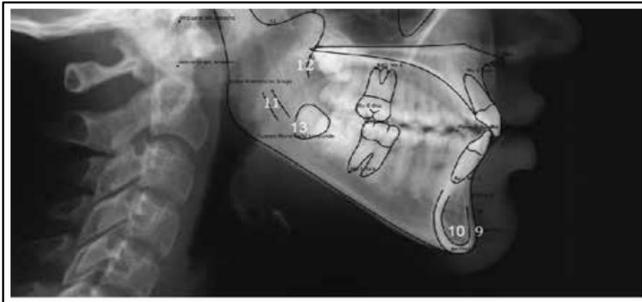


Figura 3. Mandíbula.

Nota. Roldan et al. (24). Método de superposición estructural de Björk para evaluar crecimiento y desarrollo craneofacial.

1. Contorno anterior de la sínfisis mentoniana (punto más anterior).
2. Contorno inferior de la cortical interna de la sínfisis mentoniana (punto más inferior).
3. Canal del nervio dentario inferior.
4. Pared anterior de la rama ascendente mandibular
5. Punto más inferior del germen del tercer molar inferior.

a. Descripción de la técnica.

Trazo 1.

Primero, realiza el trazado 1 utilizando color negro y, simultáneamente, el trazado 2 con color rojo. Luego, en el trazado 1, coloca dos cruces fuera de la base del cráneo, alineadas con el plano Silla-nasión. Adicionalmente, coloca dos cruces para el maxilar superior y dos para la mandíbula. Estas marcas representan los implantes metálicos utilizados en el estudio original de Björk. Las cruces deben ubicarse fuera del trazado, aproximadamente paralelas a la línea que conecta la espina nasal anterior (ENA) y la espina nasal posterior (ENP) para el maxilar, y alineadas con el cuerpo mandibular para la mandíbula (24). Se muestra a continuación:

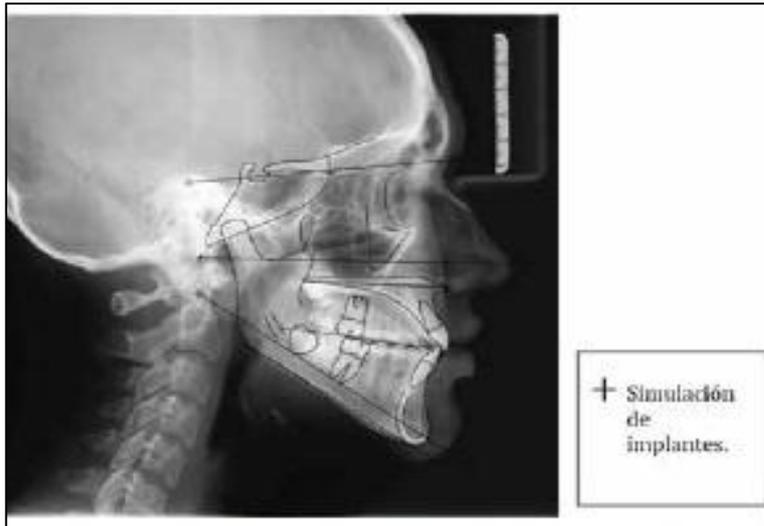


Figura 4. Cruces (implantes simulados) en base de cráneo, maxilar y mandíbula.

Nota. Tomado de Roldan et al. (24). Método de superposición estructural de Björk para evaluar crecimiento y desarrollo craneofacial

Trazo 2.

Coloca el trazado 2 sobre el 1 para transferir las cruces de un trazado al otro. Superpone la intersección de la pared anterior de la silla turca con la silueta de las apófisis clinoides anteriores, en el punto Walker, y rota sobre él hasta que la lámina cribosa del etmoides coincida. En este paso, las cruces de la base del cráneo se transfieren al trazado 2, lo que facilita su evaluación (24). Se muestra a continuación:

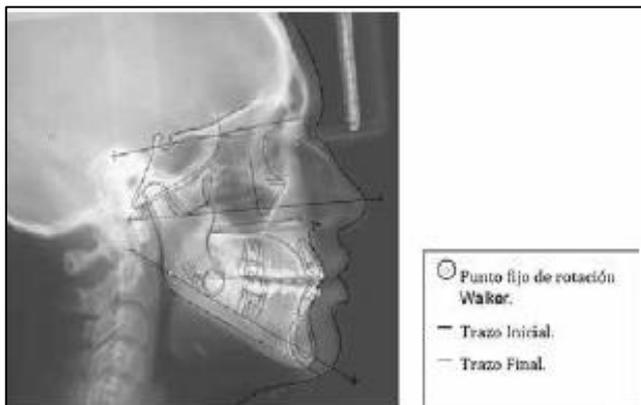


Figura 5. Transferencia de implantes simulados de base de cráneo a trazo 2.

Nota. Tomado de Roldan et al. (24). Método de superposición estructural de Björk para evaluar crecimiento y desarrollo craneofacial.

Para transferir las cruces maxilares, coloca el trazado 2 sobre el 1, alineándolos con la pared posterior de la apófisis piramidal del maxilar superior, de forma que coincidan en el punto más alto y anterior de las siluetas. En otras palabras, la diferencia vertical entre ambos trazos se distribuye de manera equitativa (24). Se muestra a continuación:

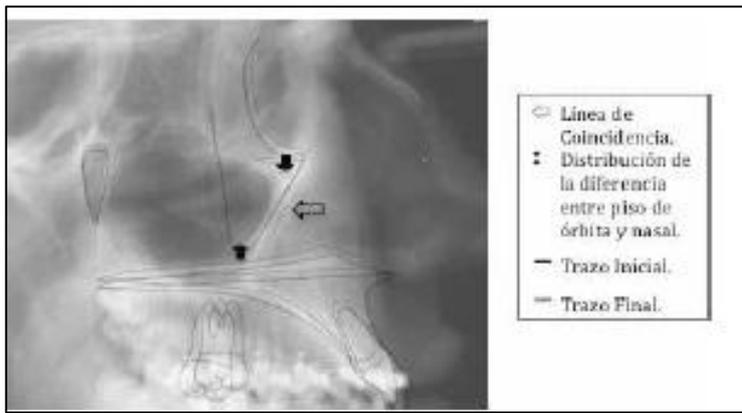


Figura 6. Ajuste vertical del crecimiento maxilar.

Nota. Tomado de Roldan et al. (24). Método de superposición estructural de Björk para evaluar crecimiento y desarrollo craneofacial.

En este momento se transfieren las cruces maxilares del trazo 1 al trazo 2. A continuación, se unen las cruces maxilares en ambos trazos mediante una línea recta (24). Se muestra a continuación:

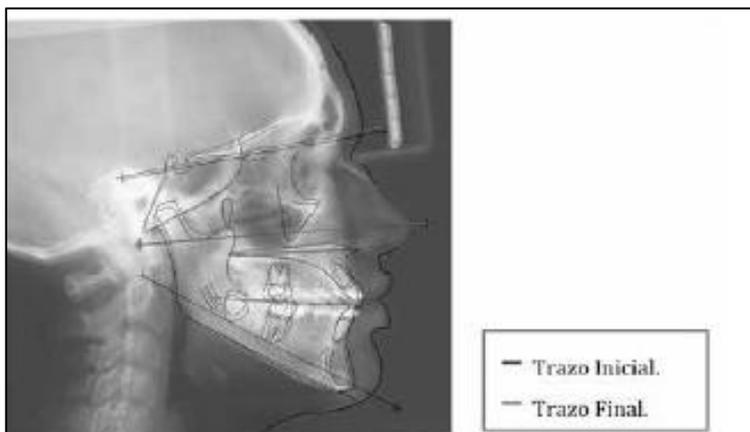


Figura 7. Transferencia de implantes simulados de maxilar superior a trazo 2.

Nota. Tomado de Roldan et al. (24). Método de superposición estructural de Björk para evaluar crecimiento y desarrollo craneofacial.

Para la mandíbula, se superponen ambos trazos sobre la silueta de la sínfisis mentoniana, asegurándose que el contorno más anterior de la cortical externa, coincida con la parte más inferior de la cortical interna. Luego, se rota sobre este último punto hasta que coincide con el canal del nervio dentario inferior. En el caso de que el germen del tercer molar no haya comenzado a formar raíces, se puede utilizar en el trazo. Sin embargo, una vez que el tercer molar comienza a formar raíces, deja de ser una estructura estable (24). Se muestra a continuación:

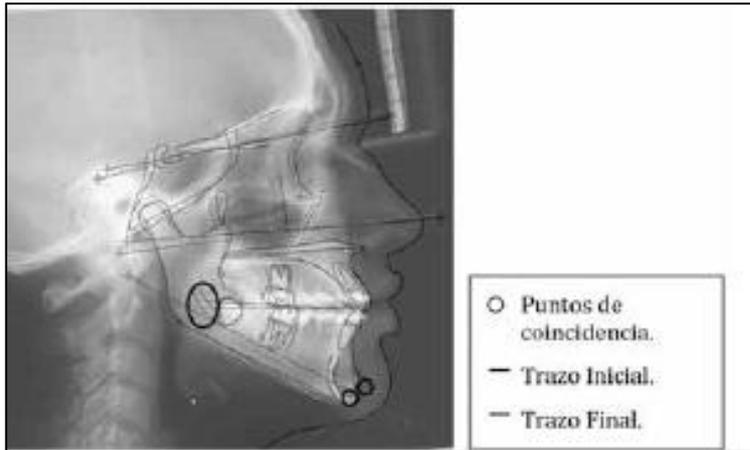


Figura 8. Transferencia de implantes simulados de maxilar inferior a trazo 2.

Nota. Tomado de Roldan et al. (24). Método de superposición estructural de Björk para evaluar crecimiento y desarrollo craneofacial.

En resumen, la superposición estructural de Björk, es un método válido y reproducible basado en estructuras anatómicas estables. Es un procedimiento confiable que permite evaluar y medir el crecimiento y desarrollo de un individuo durante un período de tiempo determinado, así como analizar los efectos de un tratamiento. Esta técnica posibilita la cuantificación de la dirección y magnitud de la rotación real y aparente de los maxilares, así como la magnitud del crecimiento dentoalveolar, tanto en sentido vertical como horizontal (24).

2.2.2. Hábitos Orales.

2.2.2.1. Hábitos Bucales.

Los hábitos bucales son comportamientos aprendidos a través de la repetición constante de acciones que buscan satisfacer una necesidad emocional. Cualquier hábito inadecuado altera la posición de los dientes, así como la relación y la forma que mantienen las arcadas dentarias entre sí (25). En ese sentido, el pediatra debe reconocer los hábitos iniciales para tener éxito en el procedimiento.

Sin embargo, la frecuencia de estos hábitos orales negativos variará según la edad del niño. Si el niño tiene entre 2 y 6 años, es común encontrar una amplia prevalencia de succión digital y succión del chupete. Por otro lado, en niños mayores de 6 años, los hábitos más frecuentes son la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica (25). Estas detecciones con frecuencia lo realizan odontólogos, o particularmente pediatras. Ante ello, surge la necesidad de reconocer los signos clínicos que evidencian los hábitos (25).

Estos indicadores a nivel de los dientes y huesos, son muy parecidos en todos los hábitos orales, y se presentan tanto en la dentición primaria como en la permanente, en los tres

planos del espacio (25).

a. Plano ante Posterior.

Como resultado del empuje lingual o del dedo, se produce una inclinación hacia adelante de los incisivos superiores y una inclinación hacia atrás de los inferiores. Esto lleva a un aumento de la distancia entre los dientes o resalte (25).

b. Plano Vertical.

La consecuencia de este movimiento hacia adelante y hacia atrás es que los incisivos superiores e inferiores no se superponen adecuadamente, lo que resulta en una mordida abierta anterior (25).

c. Plano Transversal.

La posición de la lengua más baja y hacia adelante, común en estos hábitos anómalos, provoca un estrechamiento del maxilar. Esto puede generar una compresión en el maxilar y da lugar a una mordida cruzada anterior (25).

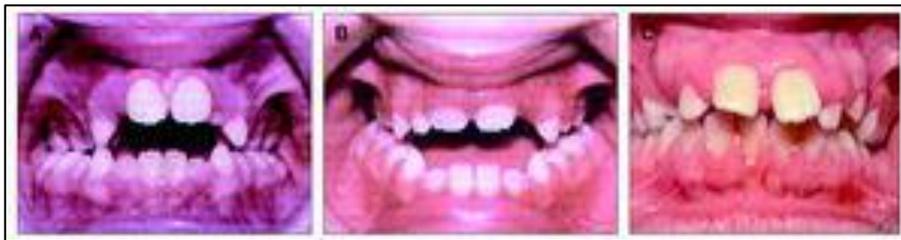


Figura 9. Mordida abierta anterior, compresión maxilar y resalte aumentado.

Nota. Paredes y Paredes (25). Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentales en escolares valencianos.

Estas características dentales y esqueléticas pueden aparecer juntas o por separado, pudiéndose clasificar como mordida abierta anterior, compresión maxilar o resalte aumentado (25). Por otro lado, existen hábitos relacionados a la respiración oral, al manifestarse en:



Figura 10. Paciente del estudio “facies adenoidea”.

Nota. Tomado de Paredes y Paredes (25). Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentales en escolares valencianos.

Facies adenoidea. Se caracteriza por rostro estrecho y alargado, mejillas flácidas, orejas prominentes, fosas nasales pequeñas, aspecto enfermizo, cabeza recta, boca entreabierta, labio superior corto y labio inferior arrugado (25).

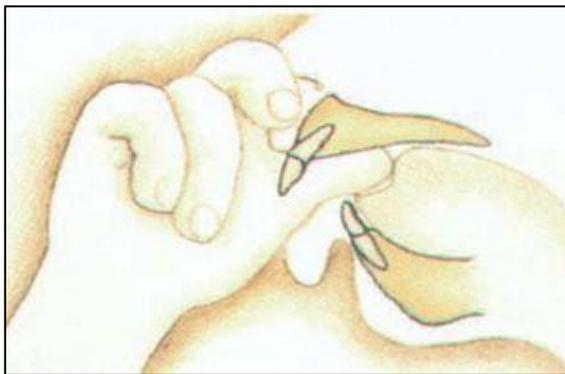


Figura 11. Esquema de la succión digital con el dedo presionando el maxilar.

Nota. Tomado de Paredes y Paredes (25). Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentales en escolares valencianos.

Succión digital. Debido a que la fuerza ejercida por los dedos sobre la mandíbula y los dientes es tan intensa, crea cambios fácilmente visibles y detectables en la piel del dedo succionado (25).

De la misma forma, se identifican como hábitos anormales:

- **La deglución atípica.** Posición adelantada de la lengua empujando los incisivos en el momento de la deglución (25).
- **Respiración bucal.** Consiste en respirar por la boca, debido a la obstrucción nasal (25).
- **Chupete o bruxismo.** Es el apretamiento de los dientes de manera repetitiva

produciendo un desgaste de los mismos (25).

Estas maloclusiones existen porque el examen clínico revela condiciones o anomalías como mordida abierta anterior, aumento de apiñamiento y compresión palatina que están estrechamente relacionadas con los hábitos bucales (25).

2.2.2.2. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares.

Los hábitos bucales anormales son una de las principales causas de malformación, siendo los más comunes: chuparse los dedos, empujar la lengua, morderse las uñas, tragar, respirar por la boca y masticar objetos (26).

Los hábitos pueden clasificarse de la siguiente manera:

- **Beneficiosos o funcionales;** son aquellos que realizan adecuadamente las funciones normales estimulan y benefician el desarrollo. Los ejemplos incluyen masticar, tragar y respirar normalmente (26).
- **Perjudiciales o deformantes;** surgen como resultado de una actividad normal o se adquieren mediante la práctica repetida de un comportamiento que no es práctico ni innecesario; por ejemplo: chuparse los dedos, empujar la lengua, onicofagia, comerse los labios, respirar por la boca y masticar objetos (26).

Por otro lado, los hábitos orales que conllevan a realizar un tratamiento interoceptico precoz mediante su modificación, los siguientes hábitos (26):

- **Habito de succión digital.** El hábito de chuparse el dedo es muy común en los niños y puede tener efectos negativos en su desarrollo oral y facial, así como en su salud en general. Este hábito puede causar problemas en la alineación de los dientes y la mandíbula (26).
- **Empuje o protracción lingual.** La acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante al momento de tragar se conoce como deglución. Esta puede clasificarse en simple, compleja y complicada, siendo esta última la persistencia del patrón de deglución infantil (26).
- **Respiración oral.** La respiración oral es un síndrome que requiere un diagnóstico definitivo por parte de un otorrinolaringólogo. El estomatólogo solo puede realizar un diagnóstico presuntivo (26).
- **Succión o mordisqueo del labio.** La acción de mordisquear o chuparse el labio,

especialmente el inferior, se conoce como la costumbre de labiofagia (26).

- **Onicofagia.** El hábito de comer o morder las uñas con los dientes, que puede afectar los tejidos blandos que las rodean, como la cutícula y la piel de los dedos, se define como onicofagia (26).

Tabla 1. Principales hábitos bucales deformantes

País	Hábitos orales deformantes	$h_i\%$
Cuba	Disfunción lingual	38,34
	Succión digital	23,07
México	Onicofagia	35
	Protracción lingual	6,2
Colombia	Respiración bucal	36
	onicofagia	24
Venezuela	onicofagia	58
	Uso de biberón	26
Ecuador	Succión digital	12
	Succión digital	21,6
Perú	Deglución atípica	19,48

Nota. Elaboración a partir de las investigaciones consideradas (26).

La disfunción lingual mostró valores significativos, alcanzando el 38,34 % en países como Cuba y 19,48 % en Perú. Otros hábitos también presentaron incidencias relevantes, como respiración oral con 36 % y succión digital con 23,07 % en Colombia. Estos porcentajes son similares a los reportados en estudios realizados en Ecuador y Venezuela, donde se encontró el 21,6 % y 12 % de pacientes con el hábito de succión digital (26).

En Ecuador se detectó una prevalencia considerable de hábitos orales deformantes, aunque esta fue inferior a la observada en otros países analizados en la literatura recopilada para esta revisión. Consideramos que estos porcentajes podrían estar vinculados a la falta de información actualizada sobre este tema en el país (26).

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Interposición de Objetos.

Hábito de colocar objetos como lápices, bolígrafos u otros entre los dientes, lo cual puede afectar la alineación dental y contribuir al desarrollo de maloclusiones, además de desgaste dental o daños en los tejidos gingivales. Es un hábito común en edades escolares y puede requerir intervención si se vuelve recurrente (28).

2.3.2. Lengua Protráctil.

Es la postura o movimiento frecuente de la lengua en posición adelantada o fuera de

la cavidad oral, tanto en reposo como durante funciones como el habla o la deglución. La lengua protráctil puede afectar el desarrollo normal de las arcadas dentarias y contribuir a maloclusiones, como mordida abierta anterior, por la presión ejercida sobre los dientes y el paladar (28).

2.3.3. Maloclusión.

Es una alteración en la alineación o el contacto de los dientes superiores e inferiores cuando se cierra la boca, producida por el mal posicionamiento dental, óseo o por desarmonía en las estructuras dentofaciales (27).

2.3.4. Onicofagia.

Hábito oral compulsivo y repetitivo de morderse o comerse las uñas, comúnmente relacionado con ansiedad o estrés. La onicofagia persistente puede alterar el crecimiento y la alineación dental debido a la presión constante sobre los dientes anteriores, además de ser un posible factor en el desarrollo de maloclusiones y otros problemas bucales (28).

2.3.5. Prevalencia.

Se refiere a la proporción de individuos en una población específica que presentan una característica particular, como una maloclusión o un hábito oral, en un momento determinado. En odontología pediátrica, la prevalencia de maloclusiones y hábitos orales es fundamental para entender la magnitud del problema y diseñar estrategias de prevención y tratamiento adecuadas (5).

2.3.6. Queilofagia.

Hábito de morderse o chuparse los labios repetitivamente. Esta práctica puede derivar en maloclusiones, como el aumento de la separación entre los dientes anteriores, y contribuir a problemas como la sequedad y fisuración de los labios, además de ser un indicativo de tensión emocional en algunos casos (28).

2.3.7. Succión Digital.

Hábito de succión de uno o varios dedos, especialmente en la primera infancia, que a largo plazo puede generar alteraciones en la posición de los dientes, la forma del paladar y la relación de las arcadas dentarias, contribuyendo al desarrollo de maloclusiones. Este hábito es considerado normal en lactantes, pero su persistencia puede requerir intervención (28).

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General.

H_1 : Existe relación entre las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 - Chilca en el 2024.

H_0 : No existe relación entre las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

3.1.2. Hipótesis Específicas.

a. Hipótesis específica 1.

- H_1 : Existe relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 - Chilca en el 2024.
- H_0 : No existe relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

b. Hipótesis específica 2.

- H_1 : Existe relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.
- H_0 : No existe relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

c. Hipótesis específica 3.

- H_1 : Existe relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.
- H_0 : No existe relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

3.2. Variables de la Investigación

3.2.1. Variable I. Las maloclusiones.

Las maloclusiones dentales, son anomalías en la alineación de los dientes y la relación entre las arcadas dentarias superior e inferior, es decir, la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí al cerrar la boca (27). Existen tres grupos de clasificación: I, II y III, donde el grupo II, se subdivide en I y II.

3.2.2. Variable II. Hábitos Orales.

Se refieren a cualquier comportamiento repetitivo relacionado con la boca que puede influir en el desarrollo dental y la salud bucal en general, de acuerdo con Pinkham (31), los hábitos orales se refieren a acciones o comportamientos repetitivos que involucran la cavidad oral, y pueden afectar la salud bucal y el desarrollo normal del sistema estomatognático.

3.2.3. Covariable. Sexo.

Se refiere a la distinción entre los participantes del estudio basada en su identidad de género como hombre o mujer.

3.3. Operacionalización de Variables

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Operacionalización		
					Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable
Variable Principal							
Maloclusiones	Las maloclusiones dentales son anomalías en la alineación de los dientes y la relación entre las arcadas dentarias superior e inferior, es decir, la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí al cerrar la boca (30). Existen 3 grupos de clasificación: I, II y III.	De acuerdo con (30) la definición operacional de maloclusiones dentales se define mediante las siguientes dimensiones: clase I, clase II y clase III.	Clase I	<ul style="list-style-type: none"> Clase I 	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de dentición Relación molar permanente. Relación Canina temporal. Relación canina permanente. Sobremordida vertical. Sobremordida horizontal. Líneas medias dentarias. Mordida cruzada posterior. Mordida cruzada anterior. Mordida profunda. Mordida en tijera. 	Nominal	Cuantitativo
			Clase II	<ul style="list-style-type: none"> Division1 división 2 			
			Clase III	<ul style="list-style-type: none"> Clase III 			
Dimensiones							
Hábitos orales	Se refieren a cualquier comportamiento repetitivo relacionado con la boca que puede	Teniendo en cuenta (31) los hábitos orales se clasifican en onicofagia, succión digital, queilofagia, lengua	Onicofagia		<ul style="list-style-type: none"> Uñas destruidas Pregunta de verificación. 	Nominal	Cuantitativo
			Succión digital				

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Operacionalización		
					Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable
	influir en el desarrollo dental y la salud bucal en general (31). Estos hábitos pueden incluir acciones como la onicofagia, succión digital, queilofagia, lengua protráctil, e interposición de objetos.	protráctil, e interposición de objeto.	Queilofagia		<ul style="list-style-type: none"> • Visualización de tejidos blandos, Lesión por trauma de diente • Pregunta de verificación. 		
Lengua protráctil			<ul style="list-style-type: none"> • Examen clínico. 				
Interposición de objetos			<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de desgaste dental • Pregunta de verificación 				
Sexo	Se refiere a la distinción entre los participantes del estudio basada en su identidad de género como hombre o mujer.	Se define como la distinción de los seres humanos en términos como: masculino o femenino.	Masculino		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación 	Nominal	Cuantitativo
			Femenino		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación 		

Capítulo IV

Metodología

4.1. Métodos, Tipo y Nivel de la Investigación

4.1.1. Método de Investigación.

La investigación se rige por procedimientos del método científico, y éste es el método general, puesto que, se adhiere a la formulación de hipótesis, revisión bibliográfica, diseño del estudio, selección de la muestra, recolección y análisis de datos. Popper enfatizó la importancia de la falsabilidad en la investigación científica, argumentando que las teorías deben ser capaces de ser refutadas para ser consideradas científicas. Esto implica que las hipótesis planteadas en la investigación deben ser susceptibles de ser probadas y potencialmente falsadas a través de la evidencia empírica (28).

4.1.2. Tipo de Investigación.

En la clasificación de tipos de investigación, el estudio se considera como básica, porque tiene como propósito ampliar el conocimiento científico y teórico en un área particular, lo que permite sentar las bases para investigaciones futuras y aplicaciones prácticas (29). Permite comprender los principios fundamentales que subyacen a los fenómenos estudiados, y cómo estos principios pueden aplicarse en la práctica científica y en la resolución de problemas

4.1.3. Alcance de Investigación.

En el contexto de la investigación científica, el nivel correlacional se refiere a un enfoque que busca establecer relaciones entre variables o fenómenos. Este enfoque fue conceptualizado por Robert (30), al destacar la importancia de comprender las interacciones entre diferentes variables o elementos en un contexto específico.

Una investigación en el nivel relacional, indica que su objetivo principal es explorar las relaciones entre diferentes variables o fenómenos y comprender cómo interactúan entre sí. Este enfoque puede implicar el uso de diversos métodos de investigación, como estudios de

caso, análisis correlacionales o estudios longitudinales, dependiendo de la naturaleza del fenómeno estudiado y los objetivos de investigación.

4.2. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación no experimental se enfoca en analizar relaciones entre variables sin intervenir en ellas, recopila datos de manera simultánea en un solo punto en el tiempo. En este diseño, los investigadores observan y recopilan datos sin manipular deliberadamente ninguna variable. Por otro lado, es transversal, porque recopila datos en un solo momento, lo que permite analizar las relaciones entre variables en un momento específico (31).

Asimismo, es de diseño prospectivo, se refieren principalmente al planteamiento de la dirección en el tiempo del estudio, progresiva (hacia delante) o regresiva (hacia atrás) en el tiempo desde el momento en que se inicia el estudio (32).

4.3. Población y Muestra

4.3.1. Población.

Se refiere al conjunto total de personas, objetos o medidas que comparten características comunes observables en un lugar o momento determinado. Este grupo constituye el total de interés en un estudio específico (47). Dado que la definición de la población es un aspecto crucial que impacta la calidad de los resultados y sus posibles aplicaciones, se establecen pautas para determinarla adecuadamente.

La población estuvo compuesta por 120 estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024.

4.3.2. Muestra.

La muestra se entiende como una porción o subconjunto seleccionado de una población o universo para su análisis. Es una representación de la población de interés, elegida con el propósito de obtener información sobre las características de la población en su totalidad (47).

a. Muestreo.

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

b. Tamaño muestral.

El tamaño de la muestra fue 50 estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

c. Criterios de inclusión:

- Estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado.
- Estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 que hayan marcado “SI” en el asentimiento informado.

d. Criterios de exclusión:

- Estudiantes de primer, segundo, tercer, cuarto y quinto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca.
- Estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154, cuyos padres no hayan firmado el consentimiento informado.
- Estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 que hayan marcado “No” en el asentimiento informado.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección y Análisis de Datos

4.4.1. Técnica.

Observación (evaluación clínica). La observación en la investigación en salud bucal, se refiere a la técnica de recopilación de datos mediante la observación directa de comportamientos, condiciones o fenómenos relacionados con la salud oral de los individuos. Esta técnica es un proceso que consiste en descomponer y recomponer información obtenida a través de la percepción, con el objetivo de cumplir objetivos científicos establecidos en los modos de observación creados. Se destaca que este proceso es activo y organizado en el tiempo, y permite analizar un conjunto de fenómenos (33).

4.4.2. Instrumento.

a. Diseño.

El estudio consideró un diseño prospectivo en base a dos instrumentos, el objetivo fue medir e identificar tipos de maloclusiones y hábitos orales, ambos instrumentos fueron

aplicados en tiempos que permitieron una recolección de datos idónea de acuerdo con el muestreo.

El diseño prospectivo o retrospectivo se refiere principalmente a la orientación temporal del estudio, es decir, si se realiza de manera progresiva (hacia el futuro) o regresiva (hacia el pasado) desde el momento en que se inicia la investigación (32).

b. Instrumento 01.

Es un documento estructurado diseñado para registrar información relevante sobre el estado de salud oral de un paciente durante una consulta o examen clínico (34). Este instrumento está dividido de la siguiente manera:

- Relación molar temporal (1-4) ítems.
- Relación molar permanente (1-3) ítems.
- Relación canina (1-3) ítems.
- Sobremordida vertical (1-2) ítems.
- Sobremordida horizontal (1) ítems.
- Líneas medias dentarias (2) ítems.
- Mordida abierta posterior, mordida en tijera, y tipo de maloclusión diagnóstico (1-4) ítems (34).

Ficha técnica

Nombre : ficha clínica de maloclusión.

Autor : Galeano, G.; Mocha, S.; Osorio, S.; Lopez, D.; Tobon, F.; Agudelo, A.

Capacitación y calibración : Robles, E. con RNE 1167.

Año : 2013.

Duración : 25 a 30 minutos.

Sujetos de aplicación : niños de 5 a 12 años.

Técnica : observación.

c. Instrumento 02.

Es una herramienta fundamental para el seguimiento y gestión del cuidado dental de los pacientes, permitiendo a los profesionales de la salud bucal, registrar de manera sistemática y organizada la información necesaria para brindar una atención de calidad y personalizada.

Este instrumento está dividido de la siguiente manera: considera aspectos de identificación y relacionado con hábitos orales (1-6) ítems (34).

Ficha técnica

Nombre : ficha de observación sobre hábitos orales.

Autor : Galeano, G.; Mocha, S.; Osorio, S.; López, D.; Tobón, F.; Agudelo, A.

Capacitación y calibración : Robles, E. con RNE 1167.

Año : 2013.

Duración : 10 a 15 minutos.

Sujetos de aplicación : niños de 5 a 12 años.

Técnica : Observación

d. Confiabilidad.

Se realizó el cálculo de medidas de confiabilidad mediante indicadores de consistencia interna del alpha de Cronbach, para ello se estimó la influencia de las covarianzas muestreadas a un grupo piloto, el cual estuvo constituido por 20 pacientes. Luego, mediante la evaluación del valor límite de aceptabilidad de la fiabilidad de los instrumentos ($Ac > 0,7$) se determinó la confiabilidad de ambos instrumentos

Tabla 3. Confiabilidad de instrumentos

Conjunto	Subconjunto	Ac	(Ac>0,69)
Maloclusiones	Mal clase I	0,72	Fiable
	Mal clase II	0,71	Fiable
	Mal clase III	0,74	Fiable
Hábitos orales	Onicofagia	0,81	Fiable
	Succión digital	0,79	Fiable
	Queilofagia	0,85	Fiable
	Lengua protráctil	0,86	Fiable
	Interposición de objetos	0,82	Fiable
Promedio		0,79	Fiable

* Ac = Coeficiente Alfa de Cronbach

e. Validez

Respecto a las medidas de validez de los instrumentos, se consideró la evaluación de tres jueces expertos en la línea de investigación, los cuales dieron sus observaciones, o en su defecto, su conformidad con respecto a criterios de validación del instrumento. Para asegurar la fiabilidad de la evaluación, de adjuntó fichas de validación de expertos debidamente firmados.

4.4.3. Procedimientos de la Investigación.

La toma de datos empezó previa coordinación con la institución, dado que fue

necesario los permisos para la ejecución del estudio. Para aproximar el objetivo del estudio, se llevó a cabo una charla informativa dirigida a la población. Por otro lado, se buscó que la información recolectada del paciente, sea mediante la firma de un consentimiento informado por los padres, y el asentimiento informado de los pacientes. Para la etapa de recolección, entonces, se planteó un periodo pertinente para cubrir la cantidad de muestra proyectada. Luego la información será filtrada y analizada para evaluar inconsistencias. Finalmente, los resultados fueron procesados en paquetes estadísticos para luego ser presentados en el capítulo de resultados.

Análisis bivariado. Se realizó el análisis para dos variables (maloclusiones y hábitos orales), sobre la fuerza y dirección de su asociación mediante la prueba de hipótesis chi-2, luego se realizó el control para el covariable sexo con respecto a ambas variables de forma independiente. Los resultados del análisis descriptivo e inferencial son presentados en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

4.5. Consideraciones Éticas

Se asegura explícitamente la confidencialidad de la identidad del participante en la investigación, el respeto a su privacidad y la protección de la información recolectada antes, durante y después de su participación en el estudio. Esta sección cumple con lo establecido por Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, así como con los lineamientos del Comité de Ética de la Universidad Continental.

Capítulo V

Resultados

5.1. Presentación de Resultados

5.1.1. Resultados Descriptivos.

Tabla 4. Frecuencias por edad, sexo y perfil odontológico

Indicador	f_i	h_i %
Edad		
11 años	26	52 %
12 años	24	48 %
Sexo		
Femenino	24	48 %
Masculino	26	52 %
Perfil odontológico		
<i>Relación molar derecha</i>		
clase I	29	58 %
clase II	12	24 %
clase III	9	18 %
<i>Relación molar izquierda</i>		
clase I	28	56 %
clase II	15	30 %
clase III	7	14 %
<i>Relación canina temporal</i>		
Temporal	3	6 %
Permanente	40	80 %
Mixta	7	14 %
<i>Relación canina derecha</i>		
clase I	16	32 %
clase II	28	56 %
clase III	6	12 %
<i>Relación canina izquierda</i>		
clase I	19	38 %
clase II	22	44 %
clase III	9	18 %
Total	50	100 %

En el análisis descriptivo de la muestra, se observó que la distribución por edad estuvo relativamente balanceada, con el 52 % correspondiente a participantes de 11 años y el 48 % a 12 años. Respecto al sexo, se registró una ligera predominancia masculina, representando el 52 %, mientras que las mujeres constituyeron el 48 %.

En cuanto al perfil odontológico, se evaluaron diversas relaciones dentales, comenzando por la relación molar derecha, donde el 58 % de los sujetos presentó una clase I (relación normal entre los maxilares), el 24 % mostró una clase II (retrognatismo), y el 18 % restante una clase III (prognatismo). De manera similar, la relación molar izquierda reveló que el 56 % de los casos mantenía una clase I, mientras que el 30 % exhibía una clase II y el 14 % una clase III.

Al evaluar la relación canina temporal, se halló que el 80 % de los individuos tenía una dentición permanente, el 14 % una dentición mixta, y solo el 6 % aún conservaba una dentición temporal. En cuanto a la relación canina derecha, se identificó que la mayoría de los participantes, el 56 %, presentó una clase II, seguido por el 32 % con clase I y el 12 % con clase III. Este patrón se mantuvo en la relación canina izquierda, donde el 44 % de los individuos presentó una clase II, el 38 % una clase I, y el 18 % una clase III.

En todo caso, se evidenció una mayor prevalencia de la clase I en las relaciones molares, mientras que en las relaciones caninas predominó la clase II, tanto en el lado derecho como en el izquierdo. Estos hallazgos sugieren una tendencia significativa hacia el retrognatismo en las relaciones caninas, mientras que las relaciones molares se mantuvieron mayormente en la norma.

5.1.2. Resultados Entorno al Objetivo Específico 01.

Tabla 5. Tipos de maloclusiones

Clasificación	f_i	h_i %
clase I	17	34 %
clase II	26	52 %
división I	18	36 %
división II	8	16 %
clase III	7	14 %
Total	50	100 %

Por otro lado, la maloclusión clase II fue la más frecuente, afectando al 52 % de los estudiantes, de los cuales el 36 % pertenece a la división I, mientras que el 16 % corresponde a la división II. La clase I, considerada una oclusión normal, se presentó en el 34 % de los casos, y la clase III, asociada al prognatismo, en el 14 %. Los resultados muestran una mayor prevalencia de la clase I en las relaciones molares, sugiriendo una alineación mayormente normal en este aspecto. Sin embargo, las relaciones caninas reflejan un predominio de la clase II en ambos lados, indicando una tendencia hacia el retrognatismo en esta relación. En conjunto, se destaca la necesidad de atención en las maloclusiones relacionadas con la clase II en esta población.

Tabla 6. Tipos de maloclusiones por sexo y edad

Sexo	Edad	Maloclusión	f_i	h_i %
Femenino	11 años	clase I	4	28,6 %
		clase II división 1	7	50,0 %
		clase II división 2	2	14,3 %
		clase III	1	7,1 %
		Total	14	100,0 %
	12 años	clase I	3	30,0 %
		clase II división 1	3	30,0 %
		clase II división 2	3	30,0 %
		clase III	1	10,0 %
		Total	10	100,0 %
Masculino	11 años	clase I	4	33,3 %
		clase II división 1	2	16,7 %
		clase II división 2	2	16,7 %
		clase III	4	33,3 %
		Total	12	100,0 %
	12 años	clase I	6	42,9 %
		clase II división 1	6	42,9 %
		clase II división 2	1	7,1 %
		clase III	1	7,1 %
		Total	14	100,0 %

En la tabla 6, en el análisis de las maloclusiones según sexo y edad, se observaron variaciones significativas en la distribución de los tipos de maloclusión. En caso de las niñas de 11 años, el 28,6 % presentó clase I, esto refleja una relación normal entre los maxilares. Sin embargo, el 50 % de este grupo mostró una clase II división 1, hecho que sugiere alta prevalencia de protrusión de los dientes superiores, típica del retrognatismo.

Además, el 14,3 % de las niñas presentó una clase II división 2, caracterizada por la inclinación de los incisivos superiores hacia atrás. Solo el 7,1 % de las niñas de 11 años, mostró una clase III o prognatismo.

En las niñas de 12 años, la distribución de las maloclusiones fue más equilibrada. El 30 % presentó una clase I, mientras tanto la clase II división 1, como la clase II división 2, representaron el 30 % cada una, lo que indica una prevalencia compartida de retrognatismo y protrusión o retracción dental. Finalmente, solo el 10 % de este grupo, presentó una clase III, situación que evidencia menor incidencia de prognatismo en niñas de 12 años.

Por otro lado, en niños de 11 años, el 33,3 % mostró clase I, hecho que refleja una distribución más alta de la relación normal. Además, el 16,7 % presentó clase II división 1, y el mismo porcentaje para la clase II división 2, lo que sugiere una distribución moderada de maloclusiones de retrognatismo. Notablemente, el 33,3 % de los niños de 11 años presentó clase III, equiparándose en prevalencia con la clase I, situación que sugiere alta incidencia de

prognatismo en este grupo.

Entre los niños de 12 años, se observó mayor prevalencia de clase I y clase II división 1, ambas representan un 42,9 %. Esto indica una tendencia hacia la normalidad dental como hacia el retrognatismo con protrusión dental en este grupo. En menor medida, el 7,1 % de los niños, presentó clase II división 2, y el mismo porcentaje mostró clase III, reflejando una menor incidencia de prognatismo y retracción dental en niños de esta edad.

Los datos revelaron mayor prevalencia de clase II división 1 en las niñas, hecho que refleja una tendencia hacia el retrognatismo y la protrusión dental superior. En contraste, los niños de 11 años presentaron una distribución igual de clase I y clase III, situación que indica alta incidencia de prognatismo en esta edad. A los 12 años, en niños y niñas, la clase I fue predominante, lo que sugiere una tendencia hacia la normalización dental a medida que avanzan en la edad.

5.1.3. Resultados Entorno al Objetivo Específico 02.

Tabla 7. Presencia de hábitos orales

Hábitos Orales (Ho)	Presenta		No presenta	
	<i>f_i</i>	<i>h_i %</i>	<i>f_i</i>	<i>h_i %</i>
<i>1. onicofagia</i>				
Uñas destruidas	28	56 %	22	44 %
<i>2. Succión digital</i>				
Dedo en cavidad oral	16	32 %	34	68 %
Diastemas	24	48 %	26	52 %
Apiñamiento dental	34	68 %	16	32 %
<i>3. Queilofagia</i>				
Labios resecos	48	96 %	2	4 %
Mordisqueo de labio	29	58 %	21	42 %
<i>4. Lengua protráctil</i>				
Juego de lengua hacia adelante	33	66 %	17	34 %
<i>5. Interposición de objetos</i>				
Desgaste dental	18	36 %	32	64 %
Fractura dental	9	18 %	41	82 %

En la tabla 7, en primer lugar, se observa que el 56 % de individuos presenta onicofagia, evidenciada por uñas destruidas, mientras que el 44 % restante no exhibía este hábito.

En cuanto a la succión digital, el 32 % de los sujetos mantenía el hábito de colocar el dedo en la cavidad oral, mientras que el 68 % no lo hacía. En relación con las maloclusiones asociadas a este hábito, el 48 % de los individuos presentaba diastemas (separación entre los dientes), mientras que el 52 % no mostró este rasgo. Por otro lado, el 68 % de los participantes presentaba apiñamiento dental, una maloclusión comúnmente relacionada con la succión

digital, dejando al 32 % libre de este tipo de desalineación dental.

El hábito de queilofagia (mordisqueo o resequeidad de los labios) fue altamente prevalente. El 96 % de los participantes mostró signos de labios resecaos, mientras que solo el 4 % no presentaba esta característica. Además, el 58 % de los individuos tenía el hábito de mordisquear el labio, en comparación con el 42 % que no lo hacía.

Respecto al hábito de lengua protráctil, un 66 % de los participantes presentó un juego de lengua hacia adelante, lo cual puede estar relacionado con maloclusiones como el prognatismo, mientras que el 34 % no mostró este comportamiento.

Finalmente, el 36 % de los individuos tenía desgaste dental asociado al hábito de interposición de objetos en la cavidad oral, mientras que el 64 % no evidenció este tipo de desgaste. Solo el 18 % de los participantes presentó fracturas dentales, mientras que la gran mayoría, el 82 %, no reportó este tipo de daño.

En todo caso, los hábitos orales más prevalentes fueron la onicofagia, la queilofagia, y la lengua protráctil, con altas incidencias de desgaste y maloclusiones asociadas a estas conductas. La presencia de apiñamiento dental y diastemas también fue notable en aquellos con succión digital, sugiriendo una fuerte correlación entre estos hábitos y las maloclusiones observadas.

Tabla 8. Frecuencia de hábitos orales

Hábitos Orales	Frecuencia			
	Diurno (D)	Nocturno (N)	Combinado (N)	No presenta (NP)
1. onicofagia	16 %	2 %	38 %	44 %
2. Succión digital	10 %	2 %	24 %	64 %
3. Queilofagia	14 %	2 %	44 %	40 %
4. Lengua protráctil	12 %	6 %	40 %	42 %

En la tabla 8, en el análisis de los hábitos orales según la frecuencia de aparición diurna, nocturna o combinada, se identificaron patrones claros de comportamiento.

- Onicofagia. Se presentó en el 16 % de los estudiantes durante el día, 2 % por la noche, y 38 % en ambos momentos, siendo la combinación más común. Un 44 % no mostró este hábito.
- Succión digital. Solo el 10 % la practicó en el día, 2 % en la noche, y 24 % en ambas frecuencias, mientras que el 64 % no manifestó este hábito.

- Queilofagia. El 14 % la presentó durante el día, 2 % en la noche, y un alto 44 % en ambas frecuencias, mientras que el 40 % no la mostró.
- Lengua protráctil. Se observó en el 12 % durante el día, 6 % por la noche, y 40 % en ambas frecuencias, con un 42 % de estudiantes sin este hábito.

Estos resultados reflejan que los hábitos orales tienden a ser más frecuentes cuando ocurren en combinación, lo que podría tener un impacto mayor en la salud dental.

Tabla 9. Presencia de hábitos orales por edad y sexo (Parte I)

		Onicofagia		
Sexo	Edad	Presencia	f_i	h_i %
Femenino	11 años	Presenta	7	50,0 %
		No presenta	7	50,0 %
		Total	14	100,0 %
	12 años	Presenta	6	60,0 %
		No presenta	4	40,0 %
		Total	10	100,0 %
Masculino	11 años	Presenta	7	58,3 %
		No presenta	5	41,7 %
		Total	12	100,0 %
	12 años	Presenta	8	57,1 %
		No presenta	6	42,9 %
		Total	14	100,0 %
		Succión digital		
Sexo	Edad	Presencia	f_i	h_i %
Femenino	11 años	Presenta	12	85,7 %
		No presenta	2	14,3 %
		Total	14	100,0 %
	12 años	Presenta	7	70,0 %
		No presenta	3	30,0 %
		Total	10	100,0 %
Masculino	11 años	Presenta	10	83,3 %
		No presenta	2	16,7 %
		Total	12	100,0 %
	12 años	Presenta	12	85,7 %
		No presenta	2	14,3 %
		Total	14	100,0 %
		Queilofagia		
Sexo	Edad	Presencia	f_i	h_i %
Femenino	11 años	Presenta	13	92,9 %
		No presenta	1	7,1 %
		Total	14	100,0 %
Masculino	12 años	Presenta	10	100,0 %
	11 años	Presenta	12	100,0 %
	12 años	Presenta	14	100,0 %

En la tabla 9, los resultados reflejan que la onicofagia es prevalente en ambos sexos, especialmente en hombres de 12 años (57,1 %) y mujeres de 11 años (50 %). La succión digital mostró alta frecuencia en todos los grupos, destacando las mujeres de 11 años (85,7 %) y hombres de 12 años (85,7 %). La queilofagia fue casi universal, con el 92,9 % en mujeres de 11 años y el 100 % en todos los grupos de hombres, lo que sugiere una persistencia de estos hábitos que podría estar relacionada con la incidencia de maloclusiones en esta población escolar.

Tabla 10. Presencia de hábitos orales por edad y sexo (Parte II)

Lengua protráctil				
Sexo	Edad	Presencia	f_i	h_i %
Femenino	11 años	Presenta	5	35,7 %
		No presenta	9	64,3 %
		Total	14	100,0 %
	12 años	Presenta	8	80,0 %
		No presenta	2	20,0 %
		Total	10	100,0 %
Masculino	11 años	Presenta	9	75,0 %
		No presenta	3	25,0 %
		Total	12	100,0 %
	12 años	Presenta	11	78,6 %
		No presenta	3	21,4 %
		Total	14	100,0 %
Interposición de objetos				
Sexo	Edad	Presencia	f_i	h_i %
Femenino	11 años	Presenta	4	28,6 %
		No presenta	10	71,4 %
		Total	14	100,0 %
	12 años	Presenta	5	50,0 %
		No presenta	5	50,0 %
		Total	10	100,0 %
Masculino	11 años	Presenta	4	33,3 %
		No presenta	8	66,7 %
		Total	12	100,0 %
	12 años	Presenta	8	57,1 %
		No presenta	6	42,9 %
		Total	14	100,0 %

En la tabla 12, en el análisis de los hábitos orales en función del sexo y la edad, se observó una notable variación en las diferentes categorías estudiadas.

La onicofagia mostró una distribución similar entre los géneros, aunque con diferencias leves por edad. En el grupo femenino de 11 años, el 50 % de las niñas presentó este hábito, mientras que el otro 50 % no lo manifestó. Para las niñas de 12 años, la prevalencia de onicofagia aumentó al 60 %, hecho que sugiere una tendencia ligeramente creciente con la edad. En los varones de 11 años, el 58,3 % presentó onicofagia, mientras que el 41,7 % no lo hacía. En los de 12 años, la prevalencia fue del 57,1 %, lo que indica una leve reducción en comparación con las niñas de la misma edad.

En cuanto a la succión digital, se encontró que es un hábito más común entre las niñas. En las de 11 años, el 85,7 % reportó este hábito, mientras que solo el 14,3 % no lo presentó. En las niñas de 12 años, el 70 % manifestó succión digital. En los varones de 11 años, la prevalencia fue del 83,3 %, casi equivalente a la de las niñas de esa misma edad, pero en los de 12 años, el porcentaje fue ligeramente mayor, alcanzando el 85,7 %.

La queilofagia fue uno de los hábitos más prevalentes en ambos géneros. En las niñas de 11 años, el 92,9 % presentó este hábito, mientras que en los varones de 11 años y 12 años, todos los sujetos estudiados, es decir, el 100 %, lo manifestaron, lo que lo convierte en el

hábito más generalizado entre los evaluados.

En cuanto a la lengua protráctil, se observó una mayor prevalencia en los varones que en las niñas. En el grupo femenino de 11 años, el 35,7 % presentó este hábito, mientras que en las niñas de 12 años la prevalencia aumentó al 80 %. Por otro lado, en los niños de 11 años, el 75 % presentaba lengua protráctil, aumentando ligeramente al 78,6 % en los de 12 años.

Por último, en el caso de la interposición de objetos, se evidenció una prevalencia menor en comparación con los otros hábitos. En las niñas de 11 años, solo el 28,6 % presentó este hábito, mientras que en las de 12 años, el porcentaje aumentó al 50 %, mostrando un incremento con la edad. En los varones de 11 años, el 33,3 % presentó interposición de objetos, mientras que en los de 12 años, este porcentaje aumentó al 57,1 %.

En general, se observó que ciertos hábitos como la quelofagia y la succión digital fueron altamente prevalentes, mientras que la interposición de objetos tuvo una incidencia más baja, especialmente en las niñas más jóvenes. Los varones, en particular, mostraron una tendencia a presentar hábitos orales de manera más persistente a medida que avanzaban en edad.

5.1.4. Resultados Entorno al Objetivo Específico 03.

Resultados del cruce de datos Maloclusión clase I y hábitos orales.

Tabla 11. Tabla de contingencia entre maloclusión clase I y hábitos orales

Hábitos orales		Maloclusión clase I			
		Presenta	No presenta	Total	
1.	Onicofagia Presenta	Cant.	12	16	28
		fi %	42,9 %	57,1 %	100,0 %
	Onicofagia No presenta	Cant.	5	17	22
		fi %	22,7 %	77,3 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	33	50
		fi %	34,0 %	66,0 %	100,0 %
2.	Succión digital Presenta	Cant.	15	26	41
		fi %	36,6 %	63,4 %	100,0 %
	Succión digital No presenta	Cant.	2	7	9
		fi %	22,2 %	77,8 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	33	50
		fi %	34,0 %	66,0 %	100,0 %
3.	Queilofagia Presenta	Cant.	17	32	49
		fi %	34,7 %	65,3 %	100,0 %
	Queilofagia No presenta	Cant.	0	1	1
		fi %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	33	50
		fi %	34,0 %	66,0 %	100,0 %
4.	Lengua protráctil Presenta	Cant.	13	20	33
		fi %	39,4 %	60,6 %	100,0 %
	Lengua protráctil No presenta	Cant.	4	13	17
		fi %	23,5 %	76,5 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	33	50
		fi %	34,0 %	66,0 %	100,0 %

Hábitos orales		Maloclusión clase I				
		Presenta	No presenta	Total		
		fi %	23,5 %	76,5 %	100,0 %	
Total		Cant.	17	33	50	
		fi %	34,0 %	66,0 %	100,0 %	
		Presenta	No presenta	Total		
5.	Interposición de objetos	Presenta	Cant.	6	15	21
			fi %	28,6 %	71,4 %	100,0 %
	No presenta	Cant.	11	18	29	
		fi %	37,9 %	62,1 %	100,0 %	
	Total		Cant.	17	33	50
			fi %	34,0 %	66,0 %	100,0 %

1. Onicofagia. El hábito de la onicofagia mostró una prevalencia del 34 % en la población total, de los cuales el 42,9 % de los individuos que presentaban onicofagia también presentaban maloclusión clase I. En contraste, el 57,1 % no tenía este tipo de maloclusión. Entre aquellos que no manifestaban onicofagia, el 77,3 % no presentó maloclusión, mientras que solo el 22,7 % sí lo hizo. Esto sugiere una tendencia menor de relación entre onicofagia y maloclusión clase I, ya que una mayor proporción de los individuos sin el hábito no presentaban maloclusión.
2. Succión digital. La succión digital fue otro hábito prevalente, presentado por el 34 % de la muestra. De los individuos con succión digital, el 36,6 % presentaba maloclusión clase I, mientras que el 63,4 % no la presentaba. Entre los que no mostraban este hábito, el 77,8 % tampoco presentó maloclusión, lo que es similar al patrón observado en onicofagia, indicando que aquellos sin succión digital tienen una menor probabilidad de tener maloclusión.
3. Queilofagia. La queilofagia fue el hábito más común, presentado por el 98 % de la población estudiada. Dentro de este grupo, el 34,7 % de los individuos con queilofagia también presentó maloclusión clase I, mientras que el 65,3 % no la presentó. Cabe destacar que entre aquellos sin este hábito, solo una persona no mostró maloclusión, lo que limita la comparación. La alta prevalencia de este hábito no muestra una asociación clara con la maloclusión.
4. Lengua protráctil. En cuanto al hábito de lengua protráctil, fue observado en el 33 % de la población. Del grupo que presentaba este hábito, el 39,4 % también mostró maloclusión clase I, mientras que el 60,6 % no lo hizo. Entre aquellos sin el hábito de lengua protráctil, el 76,5 % no presentaba maloclusión. Los resultados sugieren una mayor prevalencia de maloclusión en aquellos que manifestaron lengua protráctil, pero no una relación concluyente.

5. Interposición de objetos. El hábito de interponer objetos fue el menos prevalente, manifestado por el 21 % de los individuos. De ellos, el 28,6 % presentó maloclusión clase I, mientras que el 71,4 % no la mostró. Entre los que no presentaban el hábito, el 37,9 % tenía maloclusión y el 62,1 % no. Aunque es el hábito menos frecuente, la proporción de maloclusión fue similar entre quienes lo presentaban y quienes no, lo que sugiere una baja correlación entre este hábito y la maloclusión.

Pruebas de Hipótesis del Cruce de datos Maloclusión clase I y Hábitos Orales.

Hipótesis Estadística 1.

Existe relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024.

a. Hipótesis estadísticas

Hipótesis nula: H_0 = No existe relación.

Hipótesis alterna: H_a = Existe relación.

b. Nivel de riesgo: $\alpha = 0,05$ (5 %).

c. Reglas de decisión:

Valor $p > \alpha$; se acepta H_0 y rechaza H_1 .

Valor $p < \alpha$; se rechaza H_0 y acepta H_1 .

d. Prueba Chi-2

Tabla 12. Pruebas de relación entre maloclusión clase I y hábitos orales

Hábitos orales (N = 50)	Maloclusión clase I			
	χ^2	<i>p</i> -valor *	Medidas simétricas	
<i>Phi</i>			<i>V de Cramer</i>	
Cod. Hábito				
Ho1 onicofagia	2,225	0,131	0,211	0,211
Ho2 Succión digital	0,718	0,699	0,116	0,116
Ho3 Queilofagia	0,526	1,000	0,103	0,103
Ho4 Lengua protráctil	1,258	0,351	0,159	0,159
Ho5 Interposición de objetos	0,475	0,557	0,098	0,098

*. Valor de significancia exacta bilateral

e. Conclusión estadística.

Dado que para las maloclusiones de clase I, los valores de significación son inferiores a 5 % en las medidas de relación con respecto a todos los hábitos orales ($\chi^2_{Ho1} = 2,225$, $\chi^2_{Ho2} = 0,718$, $\chi^2_{Ho3} = 0,526$, $\chi^2_{Ho4} = 1,258$, $\chi^2_{Ho5} = 0,475$, $p > 0,05$), se acepta la hipótesis nula, la cual indica que no existe relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024; además, las medidas simétricas que presentan valores inferiores a 0,25, son otro indicativo de una relación débil. Este resultado podría indicar que los hábitos orales estudiados no evidencian estar relacionados con la maloclusión clase I, siendo un resultado razonable.

5.1.5. Resultados Entorno al Objetivo Específico 04.

Resultados del cruce de datos maloclusión clase II y hábitos orales.

Tabla 13. Tabla de contingencia entre maloclusión clase II y hábitos orales

Hábitos orales		Maloclusión clase II			
		Presenta	No presenta	Total	
1.	Onicofagia	Presenta	Cant. 14	14	28
			fi % 50,0 %	50,0 %	100,0 %
	No presenta	Cant. 12	10	22	
		fi % 54,5 %	45,5 %	100,0 %	
	Total	Cant. 26	24	50	
		fi % 52,0 %	48,0 %	100,0 %	
2.	Succión digital	Presenta	Cant. 20	21	41
			fi % 48,8 %	51,2 %	100,0 %
	No presenta	Cant. 6	3	9	
		fi % 66,7 %	33,3 %	100,0 %	
	Total	Cant. 26	24	50	
		fi % 52,0 %	48,0 %	100,0 %	
3.	Queilofagia	Presenta	Cant. 25	24	49
			fi % 51,0 %	49,0 %	100,0 %
	No presenta	Cant. 1	0	1	
		fi % 100,0 %	0,0 %	100,0 %	
	Total	Cant. 26	24	50	
		fi % 52,0 %	48,0 %	100,0 %	
4.	Lengua protráctil	Presenta	Cant. 14	19	33
			fi % 42,4 %	57,6 %	100,0 %
	No presenta	Cant. 12	5	17	
		fi % 70,6 %	29,4 %	100,0 %	
	Total	Cant. 26	24	50	
		fi % 52,0 %	48,0 %	100,0 %	
5.	Interposición de objetos	Presenta	Cant. 11	10	21
			fi % 52,4 %	47,6 %	100,0 %
	No presenta	Cant. 15	14	29	
		fi % 51,7 %	48,3 %	100,0 %	
	Total	Cant. 26	24	50	
		fi % 52,0 %	48,0 %	100,0 %	

1. Onicofagia. El hábito de la onicofagia estuvo presente en el 56 % de la muestra. De aquellos que presentaban este hábito, el 50 % también presentó maloclusión clase II, mientras que el otro 50 % no la presentó. Por otro lado, entre los individuos que no presentaban onicofagia, el 54,5 % mostró maloclusión clase II y el 45,5 % no la presentó. Esto indicó una distribución balanceada en cuanto a la presencia o ausencia de maloclusión en aquellos que manifestaban onicofagia.
2. Succión digital. En cuanto a la succión digital, fue un hábito prevalente en el 82 % de los participantes. De los individuos con este hábito, el 48,8 % presentó maloclusión clase II, mientras que el 51,2 % no la presentó. En el caso de los individuos que no manifestaron este hábito, el 66,7 % presentó maloclusión clase II, lo que sugiere mayor proporción de maloclusión en aquellos sin el hábito de succión digital. Este hallazgo resulta interesante, ya que contrasta con la tendencia observada en otros hábitos.
3. Queilofagia. La queilofagia fue el hábito más común, presente en el 98 % de los individuos. Dentro de este grupo, el 51 % presentó maloclusión clase II, el 49 % no la presentó. En los individuos que no presentaban queilofagia, el 100 % mostró maloclusión clase II, aunque esta observación está limitada a un solo caso. Esto indica una distribución equitativa en la prevalencia de maloclusión en aquellos con queilofagia.
4. Lengua protráctil. El hábito de lengua protráctil fue observado en el 66 % de la muestra. Entre aquellos que presentaban este hábito, el 42,4 % también presentaba maloclusión clase II, mientras que el 57,6 % no la presentó. En contraste, el 70,6 % de los individuos que no presentaban lengua protráctil tuvo maloclusión clase II. Esto sugiere mayor tendencia a la maloclusión en aquellos sin este hábito.
5. Interposición de objetos. Finalmente, la interposición de objetos fue reportada en el 42 % de los individuos. De estos, el 52,4 % mostró maloclusión clase II, mientras que el 47,6 % no presentó dicha maloclusión. Para aquellos que no manifestaban este hábito, el 51,7 % presentó maloclusión, y el 48,3 % no. Este resultado mostró una proporción similar de maloclusión tanto en aquellos con como sin el hábito de interposición de objetos.
6. Los resultados reflejaron que la prevalencia de maloclusión clase II en esta muestra fue del 52 %, con una distribución relativamente equitativa entre quienes presentaban y no presentaban los diferentes hábitos orales. Los hábitos como la onicofagia y la queilofagia no parecieron estar claramente asociados con una mayor incidencia de maloclusión clase II. Sin embargo, se observó que los individuos sin el hábito de succión digital y lengua protráctil tendieron a presentar una mayor proporción de maloclusión.

Pruebas de hipótesis del cruce de datos maloclusión clase II y hábitos orales.

Hipótesis específica 2.

Existe relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

a. Hipótesis estadísticas

Hipótesis nula: H_0 = No existe relación.

Hipótesis alterna: H_a = Existe relación.

b. Nivel de riesgo: $\alpha = 0,05$ (5 %).

c. Reglas de decisión:

Valor $p > \alpha$; se acepta H_0 y rechaza H_1 .

Valor $p < \alpha$; se rechaza H_0 y acepta H_1 .

d. Prueba Chi-2

Tabla 14. Pruebas de relación entre maloclusión clase II y hábitos orales

Cod.	Hábitos orales (N = 50)	Maloclusión clase II		Medidas simétricas	
		χ^2	p-valor *	Phi	V de Cramer
Ho1	onicofagia	27,904	0,000	0,747	0,747
Ho2	Succión digital	29,095	0,000	0,763	0,763
Ho3	Queilofagia	42,604	0,000	0,923	0,923
Ho4	Lengua protráctil	8,818	0,003	-0,420	0,420
Ho5	Interposición de objetos	7,898	0,007	-0,397	0,397

*. Valor de significancia exacta bilateral

e. Conclusión estadística.

Dado que para las maloclusiones de clase II, los valores de significación son inferiores a 5 % en las medidas de relación con respecto a todos los hábitos orales ($\chi^2_{Ho1} = 27,904$, $\chi^2_{Ho2} = 29,095$, $\chi^2_{Ho3} = 42,604$, $\chi^2_{Ho4} = 8,818$, $\chi^2_{Ho5} = 7,989$, $p < 0,05$ y $p < 0,01$), se acepta la hipótesis alterna, la cual indica que existe relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024; además, la medidas simétricas ($H_{o1} = 0,747$, $H_{o2} = 0,763$, $H_{o3} = 0,923$, $H_{o4} = -0,420$, $H_{o5} = -0,397$), sugieren una relación directa para onicofagia, succión digital y queilofagia, e, indirecta para los hábitos lengua protráctil e interposición de objetos.

5.1.6. Resultados Entorno al Objetivo Específico 05.

Resultados del cruce de datos Maloclusión clase II y I y hábitos orales.

Tabla 15. Tabla de contingencia entre maloclusión clase III y hábitos orales

Hábitos orales		Maloclusión clase III				
		Presenta	No presenta	Total		
1. Onicofagia	Presenta	Cant.	2	26	28	
		fi %	7,1 %	92,9 %	100,0 %	
	No presenta	Cant.	5	17	22	
		fi %	22,7 %	77,3 %	100,0 %	
	Total		Cant.	7	43	50
			fi %	14,0 %	86,0 %	100,0 %
			Presenta	No presenta		
2. Succión digital	Presenta	Cant.	6	35	41	
		fi %	14,6 %	85,4 %	100,0 %	
	No presenta	Cant.	1	8	9	
		fi %	11,1 %	88,9 %	100,0 %	
	Total		Cant.	7	43	50
			fi %	14,0 %	86,0 %	100,0 %
			Presenta	No presenta		
3. Queilofagia	Presenta	Cant.	7	42	49	
		fi %	14,3 %	85,7 %	100,0 %	
	No presenta	Cant.	0	1	1	
		fi %	0,0 %	100,0 %	100,0 %	
	Total		Cant.	7	43	50
			fi %	14,0 %	86,0 %	100,0 %
			Presenta	No presenta		
4. Lengua protráctil	Presenta	Cant.	6	27	33	
		fi %	18,2 %	81,8 %	100,0 %	
	No presenta	Cant.	1	16	17	
		fi %	5,9 %	94,1 %	100,0 %	
	Total		Cant.	7	43	50
			fi %	14,0 %	86,0 %	100,0 %
			Presenta	No presenta		
5. Interposición de objetos	Presenta	Cant.	4	17	21	
		fi %	19,0 %	81,0 %	100,0 %	
	No presenta	Cant.	3	26	29	
		fi %	10,3 %	89,7 %	100,0 %	
	Total		Cant.	7	43	50
			fi %	14,0 %	86,0 %	100,0 %

1. Onicofagia. El hábito de la onicofagia estuvo presente en el 56 % de los participantes. Entre aquellos con onicofagia, el 7,1 % presentó maloclusión clase III, mientras que el 92,9 % no. Por otro lado, entre los individuos que no manifestaron este hábito, el 22,7 % mostró maloclusión clase III, y el 77,3 % no la presentó. Estos resultados reflejaron una mayor proporción de maloclusión en quienes no practicaban onicofagia.
2. Succión digital. La succión digital fue reportada en el 82 % de la muestra total. Dentro de este grupo, el 14,6 % presentó maloclusión clase III, mientras que el 85,4 % no la mostró. Entre los individuos sin este hábito, el 11,1 % exhibió maloclusión, y el 88,9 % no. Estos

hallazgos indicaron que la maloclusión clase III estuvo distribuida de manera similar en quienes practicaban y no practicaban este hábito.

3. Queilofagia. La queilofagia fue observada en el 98 % de los individuos, siendo el hábito más común. De los que presentaban este hábito, el 14,3 % mostró maloclusión clase III, mientras que el 85,7 % no. En los casos donde no se manifestaba queilofagia, el 100 % no presentó maloclusión, aunque esta observación se limitó a un solo individuo. Esto sugiere que la queilofagia no estuvo claramente asociada con una mayor prevalencia de maloclusión.
4. Lengua protráctil. El hábito de lengua protráctil fue reportado en el 66 % de la muestra. Entre los que presentaban este hábito, el 18,2 % también presentaba maloclusión clase III, mientras que el 81,8 % no. En el grupo que no practicaba este hábito, el 5,9 % mostró maloclusión clase III, y el 94,1 % no. Este hallazgo podría sugerir una leve tendencia a la maloclusión en los individuos con lengua protráctil.
5. Interposición de objetos. La interposición de objetos fue reportada en el 42 % de los participantes. De estos, el 19 % presentó maloclusión clase III, y el 81 % no la presentó. Entre quienes no manifestaron este hábito, el 10,3 % mostró maloclusión clase III, mientras que el 89,7 % no. Este resultado indicó una proporción algo mayor de maloclusión en aquellos que practicaban la interposición de objetos.

En general, la maloclusión clase III estuvo presente en el 14 % de la muestra total, con una distribución equitativa entre los diversos hábitos orales. La lengua protráctil y la interposición de objetos mostraron una mayor tendencia a asociarse con la maloclusión en comparación con los demás hábitos estudiados

Pruebas de hipótesis del cruce de datos maloclusión clase III y hábitos orales.

Hipótesis específica 3.

Existe relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

a. Hipótesis estadísticas

Hipótesis nula: H_0 = No existe relación.

Hipótesis alterna: H_a = Existe relación.

b. Nivel de riesgo: $\alpha = 0,05$ (5 %).

c. Reglas de decisión:

Valor $p > \alpha$; se acepta H_0 y rechaza H_1 .

Valor $p < \alpha$; se rechaza H_0 y acepta H_1 .

d. Prueba Chi-2

Tabla 16. Pruebas de relación entre maloclusión clase III y hábitos orales

Hábitos orales (N = 50)		Maloclusión clase III		
Cod. Hábito	χ^2	p-valor *	Medidas simétricas	
			Phi	V de Cramer
Ho1 onicofagia	5,081	0,037	-0,319	0,319
Ho2 Succión digital	3,707	0,100	-0,272	0,272
Ho3 Queilofagia	7,513	0,010	-0,388	0,388
Ho4 Lengua protráctil	15,800	0,000	0,562	0,562
Ho5 Interposición de objetos	25,775	0,000	0,718	0,718

*. Valor de significancia exacta bilateral

e. Conclusión estadística

Dado que para las maloclusiones de clase III, los valores de significación son inferiores a 5 % en las medidas de relación con respecto a todos los hábitos ($\chi^2_{Ho1} = 5,081$, $\chi^2_{Ho3} = 7,513$, $\chi^2_{Ho4} = 15,800$, $\chi^2_{Ho5} = 25,775$, $p < 0,05$ y $p \leq 0,01$), excepto H_{o2} ($\chi^2_{Ho2} = 3.707$, $p > 0,05$) se acepta la hipótesis alterna, la cual indica que existe relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales excepto succión digital en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024; además, la medidas simétricas ($H_{o1} = -0,319$, $H_{o2} = -0,272$, $H_{o3} = -0,388$, $H_{o4} = 0,562$, $H_{o5} = 0,718$) sugieren una relación indirecta para onicofagia, y queilofagia, y, directa para los hábitos lengua protráctil e interposición de objetos.

5.1.7. Resultados Entorno al Objetivo General.

Resultados del cruce de datos entre tipos de maloclusiones y hábitos orales.

Tabla 17. Tabla de contingencia entre tipo de maloclusiones y hábitos orales

Hábitos orales		Tipo de maloclusión				Total	
		clase I	clase II división 1	clase II división 2	clase III		
1.	Onicofagia Presenta	Cant.	12	9	5	2	28
		fi %	42,9 %	32,1 %	17,9 %	7,1 %	100,0 %
	No presenta	Cant.	5	9	3	5	22
		fi %	22,7 %	40,9 %	13,6 %	22,7 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	18	8	7	50
		fi %	34,0 %	36,0 %	16,0 %	14,0 %	100,0 %
2.	Succión digital Presenta	Cant.	15	14	6	6	41
		fi %	36,6 %	34,1 %	14,6 %	14,6 %	100,0 %
	No presenta	Cant.	2	4	2	1	9
		fi %	22,2 %	44,4 %	22,2 %	11,1 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	18	8	7	50
		fi %	34,0 %	36,0 %	16,0 %	14,0 %	100,0 %
3.	Queilofagia Presenta	Cant.	17	17	8	7	49
		fi %	34,7 %	34,7 %	16,3 %	14,3 %	100,0 %
	No presenta	Cant.	0	1	0	0	1
		fi %	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	18	8	7	50
		fi %	34,0 %	36,0 %	16,0 %	14,0 %	100,0 %
4.	Lengua protráctil Presenta	Cant.	13	7	7	6	33
		fi %	39,4 %	21,2 %	21,2 %	18,2 %	100,0 %
	No presenta	Cant.	4	11	1	1	17
		fi %	23,5 %	64,7 %	5,9 %	5,9 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	18	8	7	50
		fi %	34,0 %	36,0 %	16,0 %	14,0 %	100,0 %
5.	Interposición de objetos Presenta	Cant.	6	8	3	4	21
		fi %	28,6 %	38,1 %	14,3 %	19,0 %	100,0 %
	No presenta	Cant.	11	10	5	3	29
		fi %	37,9 %	34,5 %	17,2 %	10,3 %	100,0 %
	Total	Cant.	17	18	8	7	50
		fi %	34,0 %	36,0 %	16,0 %	14,0 %	100,0 %

1. Onicofagia. El hábito de la onicofagia estuvo presente en el 56 % de la muestra total. Entre los individuos que presentaron este hábito, el 42,9 % tuvo maloclusión clase I, el 32,1 % maloclusión clase II división 1, el 17,9 % clase II división 2, y el 7,1 % presentó clase III.

Por otro lado, aquellos que no practicaban onicofagia presentaron una mayor incidencia de maloclusión clase III (22,7 %), mientras que el 22,7 % mostró clase I, el 40,9 % clase II división 1, y el 13,6 % clase II división 2. Estos datos reflejaron una tendencia hacia la maloclusión clase III en los individuos sin onicofagia.

2. **Succión digital.** El hábito de succión digital fue reportado en el 82 % de los participantes. Entre quienes presentaban este hábito, el 36,6 % mostró maloclusión clase I, el 34,1 % clase II división 1, el 14,6 % clase II división 2, y el 14,6 % clase III. Para aquellos sin succión digital, el 44,4 % presentó clase II división 1, el 22,2 % clase I, el 22,2 % clase II división 2, y el 11,1 % clase III. Estos resultados indicaron que la maloclusión clase II división 1 fue más común en aquellos sin el hábito de succión digital.
3. **Queilofagia.** La queilofagia fue observada en el 98 % de los participantes, siendo el hábito más prevalente. Entre los individuos que practicaban este hábito, el 34,7 % presentó maloclusión clase I y el 34,7 % clase II división 1. El 16,3 % presentó clase II división 2 y el 14,3 % clase III. Un único individuo que no presentaba queilofagia mostró maloclusión clase II división 1, lo que limita el análisis para este grupo. En general, la distribución de maloclusiones en quienes presentaban queilofagia fue bastante uniforme entre las diferentes clases.
4. **Lengua protráctil.** El hábito de lengua protráctil estuvo presente en el 66 % de la muestra total. De este grupo, el 39,4 % presentó maloclusión clase I, el 21,2 % clase II división 1, el 21,2 % clase II división 2, y el 18,2 % clase III. En el caso de aquellos sin lengua protráctil, el 64,7 % mostró maloclusión clase II división 1, el 23,5 % clase I, el 5,9 % clase II división 2, y el 5,9 % clase III. Los datos sugieren que la lengua protráctil se asoció con una mayor prevalencia de maloclusiones en las categorías clase II división 2 y clase III, mientras que la ausencia de este hábito se vinculó más con la clase II división 1.
5. **Interposición de objetos.** Este hábito fue reportado en el 42 % de los participantes. De este grupo, el 28,6 % presentó maloclusión clase I, el 38,1 % clase II división 1, el 14,3 % clase II división 2, y el 19,0 % clase III. Entre quienes no presentaban este hábito, el 37,9 % mostró maloclusión clase I, el 34,5 % clase II división 1, el 17,2 % clase II división 2, y el 10,3 % clase III. Estos resultados reflejaron una tendencia ligeramente mayor hacia la maloclusión clase III en aquellos con el hábito de interposición de objetos.

En general, la distribución de los tipos de maloclusión fue relativamente uniforme entre los diferentes hábitos orales. Sin embargo, se observaron algunas tendencias específicas, como la mayor prevalencia de maloclusión clase III en individuos sin onicofagia y la asociación entre la lengua protractil y las maloclusiones más severas, como clase II división 2 y clase III.

Pruebas de hipótesis del cruce de datos entre tipo de maloclusiones y hábitos orales

Hipótesis general.

Existe relación entre las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

a. Hipótesis estadísticas

Hipótesis nula: H_0 = No existe relación.

Hipótesis alterna: H_a = Existe relación.

b. Nivel de riesgo: $\alpha = 0,05$ (5 %).

c. Reglas de decisión:

Valor $p > \alpha$; se acepta H_0 y rechaza H_1 .

Valor $p < \alpha$; se rechaza H_0 y acepta H_1 .

d. Prueba Chi-2

Tabla 18. Pruebas de relación entre maloclusiones y hábitos orales

Hábitos orales		Tipos de maloclusiones		
(N = 50)		Medidas simétricas		
Cod.	Hábito	χ^2	p-valor *	V de Cramer
Ho1	onicofagia	27,906	0,000	0,747
Ho2	Succión digital	29,235	0,000	0,765
Ho3	Queilofagia	42,604	0,000	0,923
Ho4	Lengua protráctil	16,194	0,001	0,569
Ho5	Interposición de objetos	26,334	0,000	0,726

*. Valor de significancia asintótica bilateral

e. Conclusión estadística

Para el análisis general por tipo de maloclusión, los valores de significación son inferiores a 5 % en las medidas de relación con respecto a todos los hábitos ($\chi^2_{Ho1} = 27,906$, $\chi^2_{Ho2} = 29,235$, $\chi^2_{Ho3} = 42,604$, $\chi^2_{Ho4} = 16,194$, $\chi^2_{Ho5} = 26,334$, $p < 0,05$ y $p < 0,01$), se acepta la hipótesis alterna, la cual indica que existe relación entre las maloclusiones por tipo y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024; además, las medidas simétricas ($H_{o1} = 0,747$, $H_{o2} = 0,765$, $H_{o3} = 0,923$, $H_{o4} = 0,569$, $H_{o5} = 0,726$) sugieren una relación directa para onicofagia, succión digital, queilofagia lengua protráctil e interposición de objeto

En comparación con el análisis estadístico para el objetivo específico 2 y 3, que complementan la interrelación entre los hábitos orales de mayor relación con respecto a

maloclusión clase II (onicofagia, succión digital y queilofagia) y clase III (lengua protráctil e interposición de objeto), por contener medidas simétricas directas e indirectas como evidencia, se sugiere que el análisis global muestra una relación netamente probada por la caracterización nominal, dado que el análisis específico es necesario para alternar la variación de relación entre indicadores, en este caso los hábitos orales. En todo caso, se podría decir que los hábitos onicofagia, succión digital y queilofagia tienen mayor relación con las maloclusiones clase II, y, por lo tanto, la lengua protráctil e interposición de objeto contiene mayor relación con las maloclusiones clase III.

5.2. Discusión de Resultados

Objetivo General. Relacionar las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024.

En el análisis de los resultados, se encontró que el hábito de onicofagia estuvo presente en el 56 % de los participantes. De estos, el 42,9 % presentó maloclusión clase I, el 32,1 % clase II división 1, el 17,9 % clase II división 2 y el 7,1 % clase III. En aquellos que no practicaban onicofagia, la distribución de maloclusiones varió, destacando que el 22,7 % mostró clase III, el 22,7 % clase I, el 40,9 % clase II división 1 y el 13,6 % clase II división 2, lo que sugiere una tendencia hacia maloclusión clase III en la ausencia de este hábito.

1. El hábito de succión digital fue observado en el 82 % de los individuos. De este grupo, el 36,6 % presentó maloclusión clase I, el 34,1 % clase II división 1, el 14,6 % clase II división 2 y el 14,6 % clase III. En aquellos sin succión digital, la mayor prevalencia correspondió a maloclusión clase II división 1 con un 44,4 %, mientras que el 22,2 % presentó clase I y clase II división 2, y el 11,1 % clase III.
2. La queilofagia fue el hábito más frecuente, con un 98 % de prevalencia. Entre los que la presentaron, el 34,7 % tuvo maloclusión clase I y el 34,7 % clase II división 1, mientras que el 16,3 % mostró clase II división 2 y el 14,3 % clase III. Solo un individuo sin queilofagia presentó maloclusión clase II división 1, lo que limita el análisis comparativo para este grupo.
3. El hábito de lengua protráctil estuvo presente en el 66 % de los participantes. De estos, el 39,4 % mostró maloclusión clase I, el 21,2 % clase II división 1, el 21,2 % clase II división 2 y el 18,2 % clase III. En aquellos sin este hábito, la maloclusión clase II división 1 fue más prevalente (64,7 %), seguida por clase I (23,5 %).
4. Por último, el hábito de interposición de objetos se encontró en el 42 % de los individuos. De este grupo, el 28,6 % presentó maloclusión clase I, el 38,1 % clase II división 1, el 14,3 % clase II división 2 y el 19 % clase III. Entre quienes no practicaban este hábito, el

37,9 % mostró maloclusión clase I, el 34,5 % clase II división 1, el 17,2 % clase II división 2 y el 10,3 % clase III.

Los análisis estadísticos reflejaron una relación significativa entre los hábitos orales y los tipos de maloclusión. Las pruebas de chi-cuadrado mostraron valores de significación menores al 5 % ($p < 0,05$) en todos los casos, lo que permitió aceptar la hipótesis alterna que indicaba una relación entre maloclusión y hábitos orales. Las medidas simétricas (entre 0,569 y 0,923) confirmaron una relación directa. El análisis específico reveló que los hábitos de onicofagia, succión digital y queilofagia tienen mayor relación con la maloclusión clase II, mientras que la lengua protráctil y la interposición de objetos se asociaron con la maloclusión clase III.

En cuanto al contexto teórico práctico referencial, en primer lugar, se observó que un porcentaje significativo de los estudiantes con maloclusiones también presentaba hábitos orales como la onicofagia, succión digital, queilofagia y lengua protráctil. Estos resultados sugieren una fuerte correlación entre los hábitos orales y los distintos tipos de maloclusión, lo cual es consistente con estudios como los de Díaz et al. (10), quienes identificaron una conexión directa entre la presencia de hábitos orales y el desarrollo de maloclusiones. Esto puede explicarse debido a que los hábitos orales, al alterar el desarrollo normal de la mandíbula y la alineación dental, crean un entorno propicio para la aparición de estas alteraciones.

Es importante destacar que el hábito de succión digital, con una prevalencia del 82 % en esta muestra, presentó una relación estrecha con las maloclusiones clase II, lo que refuerza los hallazgos de Milán et al. (11), quienes subrayan que la succión digital, junto con otros hábitos como la deglución atípica, puede conducir a maloclusiones al interferir con el crecimiento y la alineación natural de los dientes. En nuestro caso, se observó que este hábito tenía una alta incidencia en la clase II división 1, lo cual concuerda con la literatura que destaca este tipo de hábito como un factor predisponente importante.

Por otro lado, el hábito de lengua protráctil, que estuvo presente en el 66 % de los estudiantes, se asoció mayoritariamente con las maloclusiones clase II división 2 y clase III, ambas consideradas más severas. Este hallazgo es relevante, ya que apoya la hipótesis de que ciertos hábitos orales, como la proyección de la lengua, pueden influir negativamente en la estructura maxilofacial, lo que refuerza la importancia de identificar y corregir estos hábitos en las primeras etapas del desarrollo infantil.

La literatura consultada, como la de Rosas et al. (8) y Crespo (12), subraya que la modificación de los hábitos orales es crucial para prevenir el desarrollo de maloclusiones. En nuestra investigación, se identificó que un porcentaje alto de estudiantes presentaba múltiples

hábitos orales, lo que sugiere que la intervención educativa podría ser una medida efectiva para reducir la prevalencia de maloclusiones en esta población. Programas de educación que fomenten la conciencia sobre la importancia de mantener una buena higiene bucal y corregir hábitos como la onicofagia, la succión digital o la queilofagia, podrían tener un impacto significativo en la prevención.

De manera similar, los estudios de Pérez (15) y Huillca (16) han demostrado que las intervenciones tempranas, especialmente en el contexto escolar, pueden resultar en mejoras sustanciales en la salud dental. Estos estudios coinciden con nuestros resultados al señalar que la implementación de programas de educación sobre salud bucal en el ámbito escolar es fundamental para modificar hábitos perjudiciales antes de que se consoliden y generen maloclusiones más graves.

Finalmente, es crucial abordar la relación entre las maloclusiones y los hábitos orales desde un enfoque integral, como lo sugiere Chanca (19). La participación activa de padres, educadores y profesionales de la salud bucal es indispensable para garantizar la detección temprana y la intervención adecuada. Esto no solo mejora la salud dental de los estudiantes, sino que también fomenta un entorno de apoyo que facilita el cambio de hábitos orales nocivos.

En conclusión, los resultados obtenidos en esta investigación confirman que los hábitos orales tienen una relación significativa con las maloclusiones en los estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154. Este vínculo sugiere la necesidad urgente de implementar estrategias de educación y prevención dentro de las escuelas, enfocadas en promover hábitos orales saludables y una intervención temprana que garantice una salud dental óptima en los niños.

Objetivo específico 1. Describir la maloclusión en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024, según sexo.

El análisis de maloclusiones según sexo y edad mostró diferencias significativas en la distribución de los tipos de maloclusión. En las niñas de 11 años, el 28,6 % presentó una clase I, mientras que el 50 % mostró una clase II división 1, y el 14,3 % una clase II división 2. Solo el 7,1 % tuvo una clase III. En las niñas de 12 años, la distribución fue más equilibrada, con el 30 % para clase I, clase II división 1 y clase II división 2, y solo un 10 % para clase III.

En los niños de 11 años, el 33,3 % presentó clase I, otro 33,3 % mostró clase III, mientras que un 16,7 % presentó clase II división 1 y clase II división 2 respectivamente. En los niños de 12 años, tanto clase I como clase II división 1 tuvieron una prevalencia del 42,9 %, mientras que clase II división 2 y clase III fueron del 7,1 % cada una.

Los resultados obtenidos evidencian una variabilidad en la distribución de las maloclusiones según la edad y el sexo. En las niñas de 11 años, la alta prevalencia de clase II división 1 (50 %) resalta la tendencia hacia el retrognatismo y la protrusión dental superior, lo que es consistente con el hallazgo de Rosas et al. (8), sobre el impacto del uso prolongado del biberón en la estructura estomatognática. Este estudio encontró que el uso prolongado del biberón puede incrementar el riesgo de maloclusiones con un odds ratio (oR) de 1,47, lo que podría ser relevante en nuestra muestra de estudiantes.

Asimismo, la distribución más equilibrada de las maloclusiones en las niñas de 12 años, con una prevalencia compartida de clase II división 1 y división 2, sugiere una etapa en la que los hábitos orales comienzan a estabilizarse, aunque aún se mantiene el riesgo de desarrollar maloclusiones. En este sentido, los hallazgos de Vinardell et al. (9) sobre la efectividad de las intervenciones educativas para reducir los hábitos bucales anormales y prevenir maloclusiones son altamente pertinentes para la comunidad escolar de Chilca.

Entre los niños de 11 años, la alta prevalencia tanto de clase I (33,3 %) como de clase III (33,3 %) sugiere una coexistencia de relaciones normales y problemas de prognatismo. Estos hallazgos coinciden con el estudio de Díaz et al. (10), que señala la correlación entre hábitos bucales patológicos, como la protrusión lingual, y maloclusiones en diferentes edades. Estos hábitos podrían estar contribuyendo a la distribución observada en los niños de 11 años, lo que refuerza la necesidad de una intervención temprana.

En los niños de 12 años, la prevalencia de clase I y clase II división 1 (42,9 % cada una) refleja una tendencia hacia la normalización dental en algunos casos, pero aún se observan signos de retrognatismo. Milán et al. (11), subrayan que las maloclusiones son una de las principales razones para la búsqueda de tratamiento ortodóntico, lo que destaca la importancia de abordar estos problemas en esta población antes de que impacten en la funcionalidad dental y la estética.

Por último, Crespo (12), enfatiza la importancia de la identificación temprana de mordidas abiertas asociadas a la deglución atípica, un aspecto que podría ser relevante para prevenir el desarrollo de maloclusiones en la I. E. N.º 30154. El trabajo de Chanca (19), refuerza esta noción, subrayando la necesidad de detección temprana de hábitos no fisiológicos, como la mordida profunda y abierta, para evitar complicaciones en la alineación dental.

En conclusión, los antecedentes revisados brindan una base sólida para comprender la situación de la maloclusión en los estudiantes del sexto grado. Los hábitos bucales, tanto en su prevalencia como en su relación con la maloclusión, deben ser objeto de atención y acción

en las intervenciones educativas y sanitarias dentro de la comunidad escolar.

Objetivo específico 2. Describir el hábito oral más frecuente en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, según sexo.

El análisis de los hábitos orales en estudiantes del sexto grado, reveló que el 56 % de los individuos presentaba onicofagia, mientras que el 44 % no. El hábito de succión digital fue observado en el 32 % de los participantes, de los cuales el 48 % presentó diastemas y el 68 % apiñamiento dental. En cuanto a la queilofagia, el 96 % mostró labios resecos, mientras que el 58 % mordisqueaba sus labios. El 66 % de los sujetos presentó lengua protráctil, y el 36 % mostró desgaste dental asociado a la interposición de objetos. Además, se identificaron diferencias en la frecuencia diurna y nocturna de estos hábitos, siendo los hábitos combinados más prevalentes.

Respecto al análisis por sexo y edad, se observó que los varones tienden a mantener hábitos orales de manera más persistente a medida que envejecen. En las niñas, la onicofagia mostró una leve tendencia al aumento con la edad, mientras que la succión digital fue más común en las niñas, alcanzando un 85,7 % en las de 11 años. Queilofagia fue el hábito más prevalente entre ambos géneros, con un 100 % en los varones de 11 y 12 años. La lengua protráctil y la interposición de objetos mostraron una mayor incidencia en los varones.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran una alta prevalencia de hábitos orales, como la onicofagia, queilofagia y lengua protráctil, lo que concuerda con los hallazgos de Rosas et al. (8), quienes sugieren que el uso prolongado del biberón y los hábitos de succión contribuyen al desarrollo de maloclusiones. En nuestra población, la detección temprana de estos hábitos podría ser clave para prevenir complicaciones ortodónticas. La elevada incidencia de apiñamiento dental y diastemas en aquellos con succión digital refuerza esta necesidad de intervención.

Además, los resultados de Vinardell et al. (9), señalan la importancia de implementar estrategias educativas para reducir los hábitos nocivos, como la succión digital y la respiración bucal, comunes en escolares. Esto subraya la relevancia de abordar estos hábitos en la I. E. N.° 30154, donde una intervención temprana podría disminuir la prevalencia de maloclusiones en el futuro. Asimismo, Díaz et al. (10), destacan la frecuencia de la deglución atípica y la protrusión de lengua en niños, dos conductas que fueron observadas en nuestra muestra, especialmente entre los varones, lo que refuerza la necesidad de estrategias correctivas tempranas.

El hábito de queilofagia, presente en el 96 % de los estudiantes, también merece

especial atención. De acuerdo con Crespo (12), la mordida abierta anterior y otros trastornos de alineación dental pueden ser el resultado de prácticas orales inadecuadas. En nuestro caso, la alta prevalencia de este hábito sugiere que la implementación de programas para reducir comportamientos como el mordisqueo de labios es una prioridad para mejorar la salud bucal en esta población.

Por otro lado, Milán et al. (11), resaltan que los hábitos orales son una de las razones más comunes para buscar tratamiento ortodóntico, lo cual también es relevante en nuestra investigación. La prevalencia de lengua protráctil y su asociación con maloclusiones en los varones sugiere que muchos estudiantes podrían necesitar tratamiento especializado si estos hábitos persisten. Pérez (15) y Huillca (16), coinciden en la importancia de la detección y corrección temprana de hábitos orales nocivos, como se observó en los estudiantes de la I. E. N.° 30154, para evitar problemas dentales mayores en el futuro.

Finalmente, los hallazgos de Chanca (19), sobre la prevalencia de mordida profunda y abierta en niños pequeños refuerzan la importancia de monitorear estos hábitos desde edades tempranas. En la población estudiada, la alta incidencia de lengua protráctil y queilofagia sugiere que estos comportamientos pueden estar relacionados con una mayor prevalencia de maloclusiones a medida que los estudiantes envejecen.

En conclusión, la identificación de los hábitos orales más prevalentes, junto con la necesidad de intervenciones educativas y preventivas, es crucial para mejorar la salud dental de los estudiantes del sexto grado en la I. E. N.° 30154.

Objetivo específico 3. Determinar la relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

A pesar de la alta prevalencia de algunos hábitos orales, como la queilofagia y la succión digital, los datos estadísticos no muestran una asociación concluyente con las maloclusiones de clase I. Los valores de significación obtenidos ($p > 0,05$) sugieren que los hábitos estudiados no tienen un impacto significativo en el desarrollo de maloclusión clase I, lo cual está en concordancia con la hipótesis nula aceptada.

Los hallazgos del presente estudio difieren en ciertos aspectos de investigaciones anteriores. Por ejemplo, Rosas et al. (8) y Pérez (15), sugieren que ciertos hábitos orales en la infancia, como la succión del dedo o el uso prolongado del biberón, están fuertemente asociados con el desarrollo de maloclusiones. Sin embargo, nuestra investigación no encontró una correlación significativa entre la mayoría de los hábitos orales y la maloclusión clase I, lo que podría estar relacionado con factores específicos de la población estudiada o con

variaciones metodológicas entre los estudios.

Por otro lado, la investigación de Vinardell et al. (9) y Díaz et al. (10), enfatiza la relación entre la protrusión lingual y la maloclusión, lo que también fue observado en menor medida en nuestra población, aunque sin alcanzar niveles estadísticamente significativos. Es posible que la presencia de este hábito en una etapa crítica del desarrollo dental pueda tener un impacto más importante en el tiempo, lo que sugiere la necesidad de realizar estudios longitudinales.

A pesar de que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los hábitos orales y la maloclusión clase I, es importante no desestimar la relevancia clínica de estos hallazgos. Como mencionan Milán et al. (11) y Crespo (12), la identificación y corrección temprana de hábitos orales puede contribuir a la prevención de maloclusiones más severas en el futuro. Esto es especialmente relevante en contextos escolares, donde la implementación de programas de sensibilización sobre hábitos orales saludables podría tener un impacto positivo en la salud dental a largo plazo.

Los resultados de este estudio subrayan la importancia de desarrollar estrategias educativas dirigidas a estudiantes y padres para promover buenos hábitos orales. La prevalencia de hábitos como la queilofagia (98 %) y la succión digital (34 %) es alta, lo que sugiere que, aunque estos no estén directamente relacionados con la maloclusión clase I en este grupo de edad, es necesario abordarlos para prevenir posibles complicaciones futuras. Las intervenciones preventivas, como las mencionadas por Pérez (15) y Huillca (16), podrían enfocarse en la modificación conductual, con el apoyo de programas escolares de educación en salud bucodental.

Es importante reconocer que este estudio presenta ciertas limitaciones, como el tamaño de la muestra y el hecho de que se enfocó exclusivamente en maloclusiones de clase I. Investigaciones futuras podrían ampliar el enfoque a otras clases de maloclusiones y a una muestra más diversa, lo que permitiría obtener resultados más representativos y conclusiones más sólidas sobre la relación entre hábitos orales y la salud dental. Asimismo, la inclusión de estudios longitudinales podría arrojar luz sobre cómo la persistencia de estos hábitos afecta la alineación dental a lo largo del tiempo.

En conclusión, aunque los datos estadísticos no muestran una asociación significativa entre los hábitos orales estudiados y la maloclusión clase I, la prevalencia de estos hábitos resalta la necesidad de implementar intervenciones preventivas. La promoción de hábitos orales saludables desde temprana edad es clave para mejorar la salud bucodental de los estudiantes y prevenir futuras complicaciones ortodónticas.

Objetivo específico 4. Determinar la relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

En la muestra estudiada, el 52 % de los estudiantes presentó maloclusión clase II. Entre los diferentes hábitos orales, la prevalencia de maloclusión fue notablemente similar entre quienes presentaban onicofagia (50 %) y quienes no (54,5 %). En el caso de la succión digital, el 48,8 % de los individuos con el hábito presentó maloclusión clase II, mientras que en aquellos sin el hábito, la prevalencia fue mayor (66,7 %). La queilofagia fue el hábito más común, con una prevalencia de maloclusión del 51 %, y el 100 % de los que no la presentaban también mostró maloclusión (aunque fue un solo caso). Por otro lado, el hábito de lengua protráctil mostró una prevalencia menor de maloclusión en aquellos con el hábito (42,4 %) en comparación con los que no lo tenían (70,6 %).

La interposición de objetos no presentó diferencias significativas, con maloclusiones en el 52,4 % de los que presentaban este hábito y en el 51,7 % de los que no. Los análisis estadísticos ($p < 0,05$ y $p < 0,01$) confirmaron una relación significativa entre los hábitos orales y las maloclusiones clase II.

Díaz et al. (10), sostienen que hábitos como la succión digital y la deglución atípica pueden afectar de manera considerable la morfología dental, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación, que muestra una relación entre la succión digital y la prevalencia de maloclusión clase II. Este hallazgo resalta la influencia de los hábitos en el desarrollo de maloclusiones.

Milán et al. (11), señalan que la respiración bucal y la posición de la lengua son factores que contribuyen al desarrollo de maloclusiones, lo que se alinea con la observación en esta muestra de que aquellos sin el hábito de lengua protráctil tendieron a presentar una mayor prevalencia de maloclusión clase II, sugiriendo que la funcionalidad oral puede desempeñar un papel importante.

Rosas et al. (8), también destacan el impacto de los hábitos orales perjudiciales en la estética facial y la autoestima. Estos resultados resaltan la necesidad de intervenir de manera temprana en la corrección de estos hábitos para prevenir complicaciones mayores, como menciona Crespo (12), quien aboga por la educación y la sensibilización en la infancia para reducir la incidencia de maloclusiones.

Pérez (15) y Huilca (16), advierten que la corrección de hábitos como la succión de dedo y el uso de chupetes puede ser crucial en la prevención de maloclusiones, lo cual apoya la relevancia de estos hallazgos y refuerza la importancia de la modificación de hábitos para

mejorar la salud dental.

Finalmente, Chanca (19), subraya que la detección temprana de hábitos orales nocivos es fundamental para la prevención de maloclusiones, lo que refuerza la necesidad de implementar programas de intervención en la I. E. N.° 30154. En conclusión, abordar y modificar los hábitos orales en esta población puede ser un factor clave para mejorar la salud dental y la calidad de vida de los estudiantes.

En conclusión, los resultados del estudio confirman que existe una relación significativa entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en los estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024. Los hábitos como la succión digital, la onicofagia, la queilofagia y la lengua protráctil influyen de manera directa o indirecta en la prevalencia de maloclusiones, cumpliendo con el objetivo de determinar dicha relación. Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar programas educativos que promuevan la corrección de hábitos orales nocivos, contribuyendo así a la prevención de maloclusiones y a una mejor salud dental en los estudiantes.

Objetivo específico 5. Determinar la relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 Chilca en el 2024.

Los resultados del estudio revelaron que la maloclusión clase III estuvo presente en el 14 % de la muestra total de estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024. En relación con los hábitos orales, se observó que el 7,1 % de los individuos con onicofagia presentaron maloclusión clase III, mientras que el 22,7 % de aquellos sin este hábito también la presentaron. La succión digital mostró un 14,6 % de maloclusión en quienes practicaban el hábito, en comparación con el 11,1 % entre los que no. Además, la lengua protráctil se asoció con un 18,2 % de maloclusión clase III, mientras que, en el grupo sin este hábito, solo el 5,9 % la presentó. En cuanto a la interposición de objetos, el 19 % de quienes practicaban este hábito presentó maloclusión, frente al 10,3 % de quienes no lo hicieron.

Se destacan la compleja relación entre los hábitos orales y la aparición de maloclusiones clase III en los estudiantes analizados. De acuerdo con Díaz et al. (10), hábitos como la respiración bucal y la succión de dedo pueden agravar la maloclusión clase III, lo que coincide con la prevalencia de estos hábitos en la muestra estudiada. La baja incidencia de maloclusión clase III en quienes presentaron onicofagia, con solo el 7,1 %, sugiere que este hábito podría no ser un factor determinante en comparación con otros hábitos más prevalentes.

Asimismo, los resultados reflejan una tendencia más marcada hacia la maloclusión en aquellos con lengua protráctil (18,2 %) y en los que practicaban la interposición de objetos

(19 %). Este hallazgo es consistente con la investigación de Milán et al. (11), quienes subrayan la importancia de la deglución atípica y otros hábitos que alteran la mecánica oral en el desarrollo de maloclusiones. La detección de estos patrones en estudiantes es fundamental para comprender mejor la conexión entre hábitos orales y la salud dental.

Rosas et al. (8), destacan que los hábitos orales no solo afectan la alineación dental, sino también la funcionalidad y estética, lo que repercute en la calidad de vida de los estudiantes. En este contexto, la maloclusión clase III puede tener implicaciones significativas en el bienestar emocional y social de los niños, reforzando la necesidad de abordar estos hábitos de manera proactiva.

La intervención temprana es crucial, como lo sugiere Crespo (12), quien enfatiza la importancia de educar sobre la detección de hábitos perjudiciales para prevenir maloclusiones clase III. Además, Pérez (15) y Huilca (16), recalcan que la modificación de estos hábitos desde una edad temprana puede ser fundamental para prevenir problemas dentales a largo plazo.

Finalmente, Chanca (19), resalta que el tratamiento de hábitos orales nocivos es esencial no solo para prevenir maloclusiones clase III, sino también para mejorar la salud bucal general de los estudiantes. Por lo tanto, es imperativo que las estrategias de prevención y educación se implementen en la I. E. N.º 30154 para fomentar hábitos orales saludables.

En conclusión, la relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en los estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 es un tema que requiere atención prioritaria. Identificar y modificar hábitos orales nocivos puede no solo prevenir el desarrollo de maloclusiones, sino también contribuir a una mejor salud dental y calidad de vida para los estudiantes.

Conclusiones

1. Se demostró una conexión significativa entre la presencia de ciertos hábitos orales y el tipo de maloclusión en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, hecho que se evidencia por ($\chi^2_{H_{01}} = 27,906$, $\chi^2_{H_{02}} = 29,235$, $\chi^2_{H_{03}} = 42,604$, $\chi^2_{H_{04}} = 16,194$, $\chi^2_{H_{05}} = 26,334$, $p < 0,05$ y $p < 0,01$). Se encontró que los hábitos como la onicofagia, succión digital, queilofagia y lengua protráctil, están relacionados con diferentes clases de maloclusión, con énfasis en que el hábito de succión digital y la lengua protráctil se asocian particularmente con maloclusiones clase II y clase III, respectivamente.
2. Se observó que las niñas tienden a presentar mayor prevalencia de maloclusiones de clase II, especialmente en la edad de 11 años, lo que sugiere un riesgo asociado a hábitos bucales como el uso prolongado del biberón. Por otro lado, en los niños, se identificó una coexistencia entre relaciones normales y problemas de prognatismo, especialmente en los de 11 años. Estos hallazgos resaltaron la importancia de las intervenciones educativas para abordar los hábitos bucales anormales y prevenir maloclusiones.
3. Los resultados del análisis de los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 en Chilca en el 2024, revelaron una alta prevalencia de hábitos como la onicofagia, queilofagia y lengua protráctil, con diferencias notables entre sexos y edades. Se observó que la onicofagia afecta al 56 % de estudiantes, mientras que la queilofagia se presenta en un notable 96 % de la población, destacándose como el hábito más común. Las diferencias en la manifestación de hábitos entre varones y niñas sugieren que los varones mantienen hábitos orales de forma más persistente, lo que podría tener implicaciones en su salud dental futura.
4. El análisis de la relación entre las maloclusiones de clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 en Chilca en el 2024, reveló que, a pesar de la alta prevalencia de hábitos como la queilofagia y la succión digital, no se encontró una correlación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre estos hábitos y el desarrollo de maloclusiones de clase I. Lo cual es razonable debido a que se esperaba que la incidencia de hábitos orales no tuviera relación con respecto a una relación normal entre el maxilar inferior y superior.
5. El análisis estadístico reveló una relación significativa entre los hábitos orales y las maloclusiones clase II en los estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 en Chilca hecho que se evidencia por ($\chi^2_{H_{01}} = 27,904$, $\chi^2_{H_{02}} = 29,095$, $\chi^2_{H_{03}} = 42,604$, $\chi^2_{H_{04}} = 8,818$,

$\chi^2 H_{05} = 7,989$, $p < 0,05$ y $p < 0,01$); además, las medidas simétricas, valor Phi, ($H_{01} = 0,747$, $H_{02} = 0,763$, $H_{03} = 0,923$, $H_{04} = -0,420$, $H_{05} = -0,397$), sugieren una relación directa para onicofagia, succión digital y queilofagia, e, indirecta para los hábitos lengua protráctil e interposición de objetos. Además, se observó que el 52 % de los estudiantes presentaba maloclusión clase II, con diferencias importantes en función de los hábitos orales. Los estudiantes con el hábito de lengua protráctil mostraron una menor prevalencia de maloclusión (42,4 %) en comparación con los que no lo presentaban (70,6 %). Similarmente, la succión digital también mostró un impacto, con una prevalencia del 48,8 % en los estudiantes con el hábito y 66,7 % en aquellos sin este. Por otro lado, la onicofagia y la interposición de objetos no presentaron diferencias significativas entre quienes presentaban o no estos hábitos.

6. El análisis estadístico reveló una relación significativa entre los hábitos orales y las maloclusiones clase III en los estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 en Chilca, evidenciado por ($\chi^2 H_{01} = 5,081$, $\chi^2 H_{03} = 7,513$, $\chi^2 H_{04} = 15,800$, $\chi^2 H_{05} = 25,775$, $p < 0,05$ y $p \leq 0,01$), excepto H_{02} ($\chi^2 H_{02} = 3,707$, $p > 0,05$); además, la medidas simétricas ($H_{01} = -0,319$, $H_{02} = -0,272$, $H_{03} = -0,388$, $H_{04} = 0,562$, $H_{05} = 0,718$), sugieren una relación indirecta para onicofagia, y queilofagia, y, directa para los hábitos lengua protráctil e interposición de objetos. Además, se observó una prevalencia del 14 % de maloclusiones clase III, destacando la compleja relación entre estos problemas dentales y los hábitos orales. La presencia de hábitos como la lengua protráctil y la interposición de objetos se correlacionó con mayores tasas de maloclusión, alcanzando un 18,2 % y 19 % respectivamente, en comparación con cifras más bajas para otros hábitos, como la onicofagia (7,1 %).

Recomendaciones

1. Para el personal educativo de la I. E. N.° 30154, implementar programas de educación y concienciación sobre la importancia de hábitos orales saludables entre los estudiantes y sus familias. Estos programas deben abordar específicamente los hábitos nocivos identificados, como la onicofagia, succión digital y lengua protráctil, para fomentar su modificación.
2. Para los padres de familia, fomentar la supervisión y corrección de hábitos orales en los niños desde una edad temprana. Es fundamental que los padres estén informados sobre cómo estos hábitos pueden influir en el desarrollo de maloclusiones y tomen medidas proactivas para prevenir su persistencia.
3. Para los profesionales de la salud dental, realizar campañas de detección temprana y evaluación de maloclusiones en la población infantil, enfocándose en la identificación de hábitos orales perjudiciales. La intervención temprana puede ser clave para mitigar el impacto de estos hábitos en la salud bucal a largo plazo.
4. Para las autoridades educativas y de salud, establecer políticas que integren la salud bucal en el currículo escolar, promoviendo hábitos saludables y la importancia de la higiene bucal. Esto debe incluir talleres y actividades interactivas que sensibilicen a los estudiantes sobre el impacto de los hábitos orales en su salud general.
5. Para investigadores futuros, se realizar estudios longitudinales que analicen la evolución de los hábitos orales y su impacto en la salud dental a lo largo del tiempo. Estos estudios podrían proporcionar datos valiosos para la formulación de estrategias más efectivas en la prevención de maloclusiones.

Referencias Bibliográficas

1. García A. Maloclusiones Dentales. Revista ocronos. 2021 Agosto; IV(8-90).
2. Mendoza E, Coral R. Nivel de maloclusiones en peruanos menores de 18 años. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Estomatología; 2022.
3. Aliaga A. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2011 Marzo; 28(87- 91).
4. Castro D. Hábitos deformantes de la maloclusión prevalentes: relación tipo de maloclusión y tiempo de presentación. Tesis de pregrado. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Área de Ciencias Naturales y de la Salud; 2022.
5. Balleux M, Nuñez L, Trupman Y, Caraballo L. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en adolescentes de 12-13 años de edad. Revista Médica de Santiago de Cuba. 2023 Junio; XXVII(3).
6. Lazo G. Problemática Actual en Salud Bucal en el Perú. Revista de Postgrado Universidad Católica de Santa María. 2017 Julio; III(2).
7. Huaman, L. Higiene oral y problemas dentales de niños menores de 11 años de la Escuela Carlos Noriega -Pampachacra - Huancavelica. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Continental, Repositorio Institucional; 2022.
8. Rosas G, Ricardo E. Asociación entre la maloclusión y los malos hábitos orales en niño de 3 a 12 años. Revista Científica Signos Fónicos. 2021 Abril; XX(1).
9. Vinardell, L.; Pérez-García, L; Leal, M.; Patterson, E.; Serrano, E. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de preescolar. Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila. 2020 Julio; XXVI(4).
10. Monteagudo E, Collazo L, Abreu LM, Tarife I. Prevalencia de maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares de seis a 11 años en la escuela primaria Clodomira Acosta. Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos. 2023 Enero; VI(3).

11. Milan A, Ramos D, Rodriguez K, Lozada C. Caries, maloclusión y caries-maloclusión en adolescentes de 7mo grado. Multimed. 2022 Febrero; XXVI(1).
12. Crespo, M. Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de olivo. Tesis de Pregrado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de odontología; 2020 Junio.
13. Valdivieso, K. Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de las maloclusiones dentarias. Tesis de pregrado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de odontología; 2021.
14. Parra, S.; Garcia, N. Hábitos orales Comunes no fisiológicos y su relación con las maloclusiones. Tesis de pregrado. Portoviejo: Universidad San Gregorio de Portoviejo, Carrera de odontología; 2021.
15. Perez, J. Maloclusiones y hábitos orales en niños de cinco a doce años de edad de la institución educativa particular Manuel Antonio Rivas, 2019. Tesis de pregrado. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, odontología: ortodoncia y ortopedia Maxilar; 2021.
16. Huillca H. Relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años atendidos en la Clínica integral de la ULADECH Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, período de septiembre a diciembre, 2019. Tesis de pregrado. Chimbote: ULADECH CATÓLICA, Carrera Profesional de odontología; 2024.
17. Mamani, E. Hábitos orales nocivos asociados a las Maloclusiones en niños de 6 a 8 años en la I. E. N.º Señor de los Milagros en la ciudad de Moquegua, 2019. Tesis de pregrado. Moquegua: Universidad José Carlos Mareategui, Facultad de Ciencias de Salud; 2020.
18. Bocanegra, D. Hábitos orales no fisiológicos y su relación con maloclusiones dentarias en niños con dentición mixta entre 6 a 12 años de la I.E N° 80848 "Nuestra Señora del Perpetuo Socorro" del distrito de Huanchaco, provincia de Trujillo, departamento La Libertad. Tesis de pregrado. Trujillo: ULADECH CATÓLICA, Carrera Profesional de odontología; 2021.

19. Chanca, A.J. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños de 3 a 5 años Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo - 2019. Tesis de pregrado. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.
20. Montes, C. Hábitos orales deletéreos y maloclusiones dentarias en escolares de 6 a 12 años de la I. E. N.º P Edmund Taylor Whittaker en SJL Lima. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Peruana los Andes, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2021.
21. Miguel R, Navarro T. Adolescencia temprana y maloclusiones dentarias generadas por hábitos bucales nocivos en una Institución Educativa de Concepción. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Peruana los Andes, Escuela Profesional de odontología; 2021.
22. Cruzado, C. Relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668, San Juan de Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca, Cajamarca. Tesis de pregrado. Cajamarca: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2018.
23. García A. Maloclusiones Dentales. Revista ocronos. 2021 Agosto; IV(8-90).
24. Roldan S, Carvajal M, Rey D, Heinz P. Método de superposición estructural de Björk para evaluar crecimiento y desarrollo craneofacial. Revista CES odontología. 2013 Diciembre; XXVI(2).
25. Paredes V, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentales en escolares valencianos. Revista Anales de Pediatría. 2005 Marzo; 62(3).
26. Parra S, Zambrano AG. Hábitos Deformantes orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. International journal of odontostomatology. 2018 Junio; XXII(2).
27. McDonald, E.; Avery, D.; Hartsfield, J. Capítulo 7: Adquirido y en desarrollo Perturbaciones de la Tdientesy estructuras orales asociadas. In McDonald RE DAJHJ. rastornos adquiridos y del desarrollo de los dientes y estructuras orales asociadas. En: odontología del Niño y del Adolescente, novena edición. San Luis: Mosby; 2010. p. 85-125.
28. Popper, K. The Logic of Scientific Discovery. New York: Routledge. 2002; XI(1).

29. Campbell, D.; Stanley, J. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Boston: Houghton Mifflin Company. 1963; I(1).
30. Yin, R. *Case Study Research: Design and Methods* Thousand oaks: CA: Sage Publications; 2014.
31. Campbell, D.; Stanley, J. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research* Boston: Houghton Mifflin Company; 1963.
32. Veiga de Cabo J, De la Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2008 Marzo ; 54(210).
33. López A.; Benítez X.; Leon M.; Maji P.; Dominguez D.; Baez D.; et al. La observación. Primer eslabón del método clínico. *Rev Cubana de Reumatología*. 2019 agosto; 21(1): p. e94-e105.
34. Galeano G, Mocha S, osorio S, Lopez D, Tobon F, Agudelo A. oclusión y hábitos bucales en niños de 5 a 12 años de una institución educativa de Medellín; 2012. *Revista Nacional de odontología*. 2013; 9(17).
35. Raffo Lirios M. Síndrome Eagle: reporte de un caso. *odontoestomatología*. 2012 noviembre; 14(20): p. 26-31.
36. Calagua JM. Prevalencia de la calcificación del complejo estilohioideo en pacientes del servicio de imagenología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. 2016 - 2017 [Tesis de pregrado]. Tesis para título. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, odontología; 2017.
37. Cazas-Duran EV, Fischer Rubira-Bullen IR, Pagin o, Stuchi Centurion-Pagin B. Prevalencia de alteraciones en el complejo estilohioideo y tonsilolitos en la tomografía computarizada de haz cónico realizada en individuos con fisura labiopalatina. *Act otorrino Esp*. 2018 marzo; 69(2): p. 61-66. DoI: 10.1016/j.otorri.2017.07.003.
38. Castro-Espinoza E, Vidal-Dávila T, Barzallo-Sardi V, Villavicencio-Caparó E, Verdugo-Tinitana V, Castro-Espinoza E, et al. Mineralization of the stylohyoid complex in a population from Cuenca-Ecuador. *Rev Estomatológica Hered*. 2020 Julio; 30(3).

39. Mareque Bueno J, Hernández Alfaro F, Biosca de Tejada MJ, Coll Anglada M, Arenaz Búa J. Intraoral approach in Eagle syndrome. A case report. *Cirg oral y Max.* 2011 junio; 28(2): p. 74-90.
40. Fuentes R, Arias A, Borie-Echevarría E, Fuentes R, Arias A, Borie-Echevarría E. Radiografía Panorámica: Una Herramienta Invaluable para el Estudio del Componente Óseo y Dental del Territorio Maxilofacial. *Inter Jour of Morphology.* 2021 febrero; 39(1): p. 268-273.
41. Aguilar-Palacios R, Chunga-Torres C, Molina FC. Frecuencia de calcificación del complejo estilohioideo en radiografías panorámicas digitales de un centro radiológico, Lima 2020-2021. *odont Sanmarquina.* 2023 abril; 26(2): p. e25050-e25050.
42. Gomes do Nascimento Junior W, Nascimento de Souza Pinto G, Vessoni Iwaki LC, Chicarelli da Silva M, Amoroso Silva PA, de Souza Tolentino E. Prevalencia de alteraciones en el complejo estilohioideo en radiografías panorámicas digitales. *Rev cuba estomato.* 2015; 52(2): p. 135-142.
43. Tay-Hing W. Frecuencia de calcificación del proceso estilohideo (Síndrome de Eagle) mediante el estudio de radiografías panorámicas tomadas a pacientes de 30 a 80 años en la clínica integral Fo-UCE. Tesis para título. Quito: Universidad Central de Ecuador, odontología; 2018.
44. Guerra Hinojosa SB. Prevalencia de elongación de la apófisis estiloides en pacientes de 18 a 65 años que acuden a la clínica odontológica de la UDLA [Tesis de pregrado]. Tesis para título. Quito: Universidad de las Américas, odontología; 2017.
45. Barakat N, Caraballo Meza S. Prevalencia de elongación y calcificación del complejo estilohioideo en un centro de radiología oral en Cartagena, Bolívar [Tesis de pregrado]. Tesis maestría. Cartagena de índias: Universidad de Cartagena, odontología; 2018.
46. López Tréboles XA. Frecuencia de calcificación del proceso estilohideo relacionada a enfermedades sistémicas, mediante el estudio de radiografías panorámicas tomadas a pacientes de 30 a 80 años. Tesis para título. Quito: Universidad Central de Ecuador, odontología; 2019.

47. Rivera Farfan YM, Zapana Bustinza GD. Prevalencia de la calcificación del complejo estilohioideo evaluados en ortopantomografía de un centro radiológico privado, Arequipa 2019. Tesis para título. Arequipa: Universidad Continental; 2022.
48. Llerena Castro DC, Miranda Guitérrez EH. Prevalencia de calcificación del complejo estilohioideo en una población trujillana, 2021. Trujillo: Universidad Privada Antenor orrego; 2023.
49. Lozano Cabanillas D. Prevalencia según tipo y patrón de mineralización del proceso estilohioideo en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en un Centro Radiográfico de Cajamarca 2019 - 2021 [Tesis de pregrado]. Tesis para título. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urreló; 2022.
50. Omami G. Calcification of the stylohyoid complex in Libyans. Saudi Dent J. 2018; 30(2): p. 151-4.
51. Abuhaimed AK, Alvarez R, Menezes RG. Anatomy, Head and Neck, Styloid Process: StatPearls Publishing; 2023.
52. Aguaviva J. Síndrome de Eagle. Presentación de un caso en la consulta de atención primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2020 marzo; 46(2): p. 136-9.
53. Petrović S, Jovanović I, Ugrenović S, Radovanović Z, Pešić Z, Vučković I, et al. Morphometric analysis of the stylohyoid complex. Surg Radiol Anat. 2017; 39(5): p. 525-34.
54. Al-Amad SH, Al Bayatti S, Alshamsi HA. Stylohyoid Ligament Calcification and Its Association With Dental Diseases. Int Dent. 2023; 73(1): p. 151-6.
55. Tisner JV, Tisner G, Abad JM, Abad M. Calcificación del ligamento estilohioideo: estilalgia de Aubin y síndrome de Eagle. Aportación de 5 casos clínicos. Aragon. 2003; 6(2): p. 5-12.
56. AlJulaih GH, Menezes RG. Anatomy, Head and Neck, Hyoid Bone: StatPearls Publishing; 2019.
57. Testut L, Latarjet A. Tratado de anatomía humana Barcelona: Salvat Editores; 1981.

58. Yılmaz D, orhan K, Cesur E. Evaluation of the relationship between stylohyoid complex morphology and maxillary/mandibular position using cone beam computed tomography. *Folia Morphol.* 2020; 79(1): p. 148-55.
59. Kabak S, Savrasova N, Melnichenko Y, Vysotski A, Mashchanka I. Stylohyoid complex syndrome: A report of two cases and review of the literature. *Heliyon.* 2020; 6(5): p. e03937.
60. Langlais RP, Miles DA, Van Dis ML. Elongated and mineralized stylohyoid ligament complex: A proposed classification and report of a case of Eagle's syndrome. *oral Surgery, oral Med oral Pathol.* 1989; 67(5): p. 527-32.
61. Camarda AJ, Deschamps C, Forest D. Stylohyoid chain ossification: A discussion of etiology. *oral Surgery, oral Med oral Pathol.* 1989; 67(5): p. 508-14.
62. Colby CC, Del Gaudio JM. Stylohyoid Complex Syndrome. *Arch otolaryngol Neck Surg.* 2011; 137(3): p. 248.
63. Kodak. Radiografía panorámica correcta. 3-22. Alemania.; 2020.
64. Barba Ramírez L. RGdCV,HRA. El uso de rayos X en odontología y la importancia de la justificación de exámenes radiográficos. ; 2020.
65. Daza LM. Macroproceso: Formación protocolo de la calidad de imagen. Bogotá;; 2020.
66. Universidad Nacional de Colombia. Protocolo de calidad de imagen. Informe formativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
67. Hernández RH, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6th ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2018.
68. Cañón-Montañez W. El método científico en las ciencias de la salud. *Rev Cuidarte.* 2011 enero; 2(1): p. 94-95.
69. Flores S, Anselmo F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev Dig de Inves en Docencia Universitaria.* 2019 enero; 13(1): p. 102-122.

70. Ramos C. Los Alcances de una investigación. *CienciAmérica*. 2020 octubre; 9(1): p. 1-6.
71. Supo J, Zacarías H. Metodología de la investigación científica: Para las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. 3rd ed. Lima, Perú: Bioestadístico EIRL; 2020.
72. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Inter Jour of Morphology*. 2017 marzo; 35(1): p. 227-232.
73. Elizondo ML, Peláez A. Investigación en Ciencias de la Salud: validez y confiabilidad. *Rev de la Fac de odontología*. 2021 agosto; 1(4): p. 66-69.
74. Gómez M, Gonzalez F, Miquelini LA, Bonardo F, García F, Gómez M, et al. A rare etiology of internal carotid artery dissection exposed by dynamic CT angiography. *Rev Chil Radiología*. 2022 junio; 28(2): p. 74-90. DoI: <http://dx.doi.org/10.24875/RCHRADE.M23000008>.
75. Miranda-Villasana JE, Ayala-González DA, Gallardo-Caudillo J, Palma-Medina JE, Miranda-Villasana JE, Ayala-González DA, et al. Transcervical approach in Eagle Syndrome. Clinical case report. *odontos Intern Journ of Dental Sciences*. 2022 agosto; 24(2): p. 204-211. Recuperado a partir de :<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=105374>.
76. Díaz Girón F. Revisión bibliográfica de la Prevalencia de maloclusiones dentomaxilares y factores asociados en los trabajos de grado de la Universidad Antonio Nariño Sede Ibagué en los años 2014 -2020. Tesis de Pregrado. Ibagué: Universidad Antonio Nariño, Facultad de odontología; 2021.
77. Dubet F. Los Estudiantes. *Revista de Investigación Educativa*. 2005 Julio; I(1).
78. Cañón W. El método científico en las ciencias de la salud. *Rev Cuidarte*. 2011 enero; 2(1): p. 94-95.
79. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6th ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2018.

80. López A, Benítez X, Leon M, Maji P, Dominguez D, Baez D, et al. La observación. Primer eslabón del método clínico. Rev Cubana de Reumatología. 2019 agosto; 21(1): p. e94-e105.
81. Calagua J. Prevalencia de la calcificación del complejo estilohioideo en pacientes del servicio de imagenología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. 2016 - 2017 [Tesis de pregrado]. Tesis para título. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, odontología; 2017.
82. Aguilar R, Chunga C, Molina F. Frecuencia de calcificación del complejo estilohioideo en radiografías panorámicas digitales de un centro radiológico, Lima 2020-2021. odont Sanmarquina. 2023 abril; 26(2): p. e25050-e25050.
83. Rivera Y, Zapana G. Prevalencia de la calcificación del complejo estilohioideo evaluados en ortopantomografía de un centro radiológico privado, Arequipa 2019. Tesis para título. Arequipa: Universidad Continental; 2022.
84. Llerena D, Miranda E. Prevalencia de calcificación del complejo estilohioideo en una población trujillana, 2021. Trujillo: Universidad Privada Antenor orrego; 2023.
85. Lozano D. Prevalencia según tipo y patrón de mineralización del proceso estilohioideo en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en un Centro Radiográfico de Cajamarca 2019 - 2021 [Tesis de pregrado]. Tesis para título. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2022.
86. Elizondo M, Peláez A. Investigación en Ciencias de la Salud: validez y con fiabilidad. Rev de la Fac de odontología. 2021 agosto; 1(4): p. 66-69.
87. Awuapara S BLVNBJoCCCDMMAVJ. Manejo de los hábitos orales en odontopediatría: Revisión de literatura. Revista de odontología Pediatrica. 2021 Julio; XX(2).
88. Camaño L, Rodríguez C, Rodríguez K. Relación de posición de lengua en el desarrollo de maloclusiones en infantes 6-9 años. Universidad Regional Autónoma de Los Andes. 2023 Junio; I(1).
89. Pinkham J. odontología Pediatrica. In R. PJ. odontología Pediatrica Segunda Edición.: McGrawhill.Interamericana; 1996. p. 682.

90. Rapalino AL. Revisión sistemática de la prevalencia de osificación del ligamento estilohioideo. Tesis para título. Bucaramanga: Universidad Antonio Nariño, odontología; 2021.
91. Lopez AE, Benitez XG, Leon MJ, Maji PJ, Dominguez DR, Baez DF. La observación. Primer eslabón del método clínico. Revista Cubana de Reumatología. 2019 Mayo - Agosto ; 21(2).

Anexos

Anexo 01. Matriz de Consistencia

Título: Relación de las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes de 6to grado de la I. E. N.° "30154"- Chilca, 2024

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Metodología	Población y muestra
<p>Problema general PG: ¿Cuál es la relación entre las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la maloclusión en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, según sexo? • ¿Cuál es el hábito oral más frecuente en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, según sexo? • ¿Cuál es la relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024? • ¿Cuál es la relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024? • ¿Cuál es la relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024? 	<p>Objetivo general oG: Relacionar las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.</p> <p>objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir la maloclusión en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, según sexo. • Describir el hábito oral más frecuente en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024, según sexo • Determinar la relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024. • Determinar la relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024. • Determinar la relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 Chilca en el 2024. 	<p>Hipótesis general: HG: Existe relación entre las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 - Chilca en el 2024.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No requiere de hipótesis por ser de carácter descriptivo. • No requiere de hipótesis por ser de carácter descriptivo. • Existe relación entre las maloclusiones clase I y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 - Chilca en el 2024. • Existe relación entre las maloclusiones clase II y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024. • Existe relación entre las maloclusiones clase III y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024. 	<p>Variable 1: Maloclusiones Dimensiones clase I clase II clase III</p> <p>Indicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de dentición. • Relación molar permanente. • Relación Canina temporal. • Sobremordida vertical. • Sobremordida horizontal. • Líneas medias dentarias. • Mordida cruzada posterior. • Mordida cruzada anterior. • Mordida profunda. • Mordida en tijera. <p>Variable 2: Hábitos orales Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • onicofagia • Succión digital • Queilofagia • Lengua protráctil • Interposición de objetos <p>Variable 3: Sexo Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	<p>Método: Científico</p> <p>Tipo: Básica</p> <p>Alcance: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental Transversal Prospectivo</p>	<p>Población: 120 estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.</p> <p>Muestra: Muestro probabilístico por conveniencia: 50 estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.</p> <p>Técnicas: observación (evaluación clínica)</p> <p>Instrumentos: Ficha de evaluación clínica</p> <p>Prueba estadística: Prueba Chi-2</p>

Anexo 02. Documento de Aprobación del Comité de Ética



Huancayo, 23 de mayo del 2024

OFICIO N°0394-2024-CIEI-UC

Investigadores:

DANIA DEJHANIRA REY SANCHEZ LOAYZA

Presente-

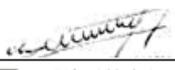
Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I.E. "30154" - CHILCA, 2024.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,




Walter Calderín Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(064) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(064) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N°7 Av. Colasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendíola 5210, Los Olivos
(01) 233 2780

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 233 2780

Anexo 03. Consentimiento Informado

1. Título del protocolo de investigación con seres humanos.

“Relación de las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154"- Chilca en el 2024”.

2. Institución de investigación, investigador principal, Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) y Autoridad Reguladora local.

Institución de investigación: I. E. N.° 30154”

Investigador principal: Dania Dejhanira Rey Sánchez Loayza

3. Introducción:

Le estamos invitando a participar en un estudio para evaluar las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 - Chilca en el 2024, este es un estudio que será desarrollado por la Facultad de odontología de la Universidad Continental.

- Puede realizar todas las preguntas que considere.
- Tomarse el tiempo necesario para decidir si quiere o no participar.
- Llevarse una copia sin firmar para leerla nuevamente, si fuera necesario.
- Conversar sobre el estudio con sus familiares, amigos y/o su médico de cabecera, si lo desea.
- Que puede elegir participar o no del estudio, sin que se vea afectado ninguno de sus derechos.
- Que puede retirar su participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tendría derecho.

4. Justificación, objetivos y propósito de la Investigación:

La presente investigación se está llevando a cabo porque queremos evaluar las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.y así poder saber identificar las dificultades.

¿Cuál es el objetivo general?

Relacionar las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

5. Número de personas a enrolar (si corresponde a nivel mundial y en el Perú)

El número de la población será de 50 estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024.

6. Duración esperada de la participación del sujeto de investigación

El tiempo estimado por participante será de 15 minutos, el estudio se realizará en una sola visita al consultorio odontológico, posterior a eso se procederá a realizar el tratamiento que requiera el niño esto sumando un tiempo total involucrado de 40 minutos a 1 hora.

7. Las circunstancias y/o razones previstas bajo las cuales se puede dar por terminado el estudio o la participación del sujeto en el estudio.

Terminado la recolección de datos de la población planificada.

8. Tratamientos o intervenciones del estudio.

- a. Maloclusiones clase I, II y III
- b. Hábitos orales

9. Procedimientos del estudio

- Se explicará al padre del menor sobre el estudio que se realizará.
- El padre firmara el consentimiento informado si acepta que su niño participe.
- El niño dará su asentimiento informado.
- Se aplicará: la Ficha Clínica Maloclusión, en la que pide datos generales como edad y sexo, seguido del apartado maloclusión, se muestra el examen de oclusión y finaliza con el diagnóstico. También, la Ficha de observación sobre Hábitos orales, en la que evidencia el tipo/ frecuencia del hábito.

10. Riesgos y molestias derivados del protocolo de investigación

- a. La aplicación del instrumento no demandará ningún riesgo para su salud.
- b. Las molestias que puede sentir al momento de la evaluación.

11. Compromisos que asume el sujeto de investigación si acepta participar en el estudio.

Es bajo un consentimiento informado donde el paciente decide si quiere participar o no.

12. Alternativas disponibles

Especificar si existen alternativas terapéuticas, de prevención o diagnóstico disponibles actualmente en el país.

13. Beneficios derivados del estudio

Los beneficios de la presente investigación es identificar y verificar como se relacionan las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.° 30154 de Chilca en el 2024. Asimismo, el presente estudio actual beneficiara a los profesionales de la odontología a tener una comprensión más precisa de las maloclusiones y los hábitos orales en nuestra localidad y guiará a tener una buena aceptación de pacientes pediátricos en su primera consulta odontológica; tratando que su primera cita sea lo más agradable y menos traumática, así su primer encuentro con el odontólogo tendrá un impacto positivo en la infancia y adolescencia del paciente.

14. Compensación en caso de pérdida o desventaja por su participación en el protocolo de investigación.

No recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

15. Compromiso de proporcionarle información actualizada sobre la investigación, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto de investigación para continuar participando.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactar a: 70034160@continental.edu.pe, +51 937 169 383

16. Costos y pagos.

No deberá pagar nada por participar en el estudio.

17. Privacidad y confidencialidad

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. No se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

La investigación procederá respetando principios esenciales y éticos tales como la confidencialidad de la identidad del sujeto y el respeto a la seguridad de la recolección de datos, que se llevarán a cabo tanto antes como después de la participación del sujeto en la investigación. La información obtenida a través de esta sección caerá dentro de los parámetros establecidos por la Ley N° 29733, ley cuyo objeto es posibilitar la protección de datos personales.

Se guardará de forma segura las fichas de recolección de datos, no serán expuestos los nombres ni las edades de los participantes de la investigación, todos los datos que van a ser recolectados serán almacenados en una computadora que nadie tiene acceso solo podrán acceder los investigadores principales.

18. Situación tras la finalización del estudio, acceso post-estudio a la intervención de investigación, que haya resultado ser beneficioso.

Serán publicados en el repositorio de la Universidad Continental para así seguir beneficiando a futuras investigaciones acerca del tema investigado.

19. Información del estudio.

- Acceso público de la información del estudio disponible en la dirección de su página web: <http://www.continental.gob.pe>
- La información de los resultados finales del estudio se dará al terminar el estudio.

20. Datos de contacto

Contactos en caso de lesiones o para responder cualquier duda o pregunta:

70034160@continental.edu.pe, +51 937 169 383

Sección para llenar por el sujeto de investigación:

Yo _____ (Nombre y apellidos)

He leído (o alguien me ha leído) la información brindada en este documento.

Me han informado acerca de los objetivos de este estudio, los procedimientos, los riesgos, lo que se espera del niño y sus derechos.

- He podido hacer preguntas sobre el estudio y todas han sido respondidas adecuadamente. Considero que comprendo toda la información proporcionada acerca de este estudio.
- Comprendo que mi participación y la del niño es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirar al niño del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto afecte su atención médica.
- Al firmar este documento, yo acepto la participación del niño en este estudio. No estoy renunciando a ningún derecho.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y con fecha de este documento.

Nombre completo del sujeto de investigación.....

Firma del sujeto de investigación.....

Lugar, fecha y hora.....

Nombre completo del representante legal (según el caso)

Firma del representante legal.....

Lugar, fecha y hora.....

En caso de tratarse de una persona analfabeta, deberá imprimir su huella digital en el consentimiento informado. El investigador colocará el nombre completo del sujeto de investigación, además del lugar, fecha y hora.

Sección para llenar por el testigo (según el caso):

He sido testigo de la lectura exacta del formato de consentimiento informado para el potencial sujeto de investigación, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmando que el sujeto de investigación ha dado su consentimiento libremente.

Nombre completo del testigo.....

Firma del testigo.....

Fecha y hora.....

Sección para llenar por el investigador

Le he explicado el estudio de investigación y he contestado a todas sus preguntas. Confirmando que el sujeto de investigación ha comprendido la información descrita en este documento, accediendo a participar de la investigación en forma voluntaria.

Lugar, fecha y hora

Dania Dejhanira Rey Sanchez Loayza
DNI N°: 70034160

“Este consentimiento solo se aplica para trabajo cuya recolección de datos se hará en el Perú.”

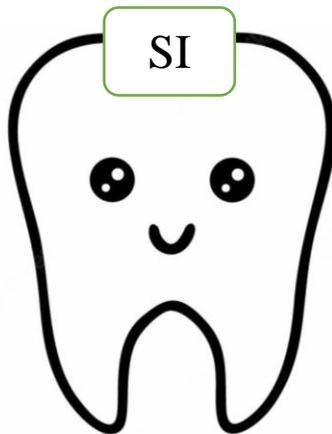
Asentimiento informado para el menor de edad

El presente estudio es conducido por la Bach. Dania Dejhanira Rey Sánchez Loayza, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Continental.

El objetivo es relacionar las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes del sexto grado de la I. E. N.º 30154 de Chilca en el 2024.

Nombre y Apellido : _____

Edad : _____



Anexo 04. Permiso Institucional



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ
INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD CONTINENTAL

ANEXO 8

AUTORIZACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CON SERES HUMANOS EN LA INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Ciudad, Huancayo

Sr(a). Dr.(a) Walter Calderón Gerstein
Presidente del CIEI-UC

Presente. -

De mi consideración:

El Jefe/Director de la Institución Educativa "30154", hago de su conocimiento que el/la investigador(a) Dania Dejhanira Rey Sanchez Loayza, dispone de la autorización para realizar el proyecto de investigación titulado ""Relación de las maloclusiones y los hábitos orales en estudiantes de 6to grado de la I.E. "30154"- Chilca, 2024".

Este protocolo deberá contar además con la evaluación del comité institucional de ética en investigación (CIEI) antes de su ejecución por tratarse de un protocolo de investigación en salud con seres humanos.

Sin otro particular, quedo de usted atentamente.

Prof. Narciso Antonio Napanga Berrospi
Firma y sello

Anexo 05. Instrumento de Recolección de Datos

FICHA CLÍNICA MALOCLUSIÓN:

“RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I. E. N.º 30154"- CHILCA, 2024”

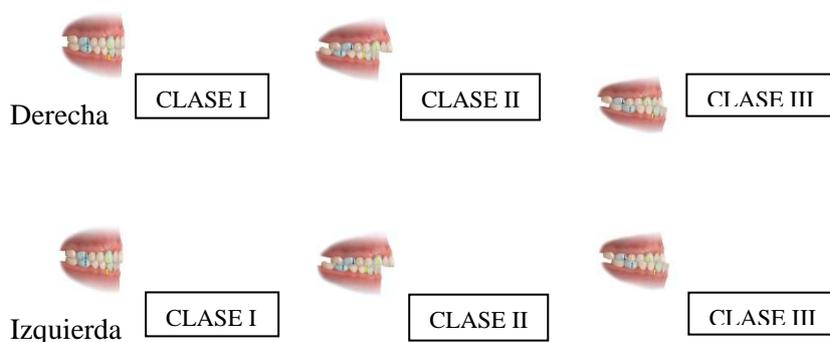
I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: F _____ M _____

II. MALOCLUSIÓN

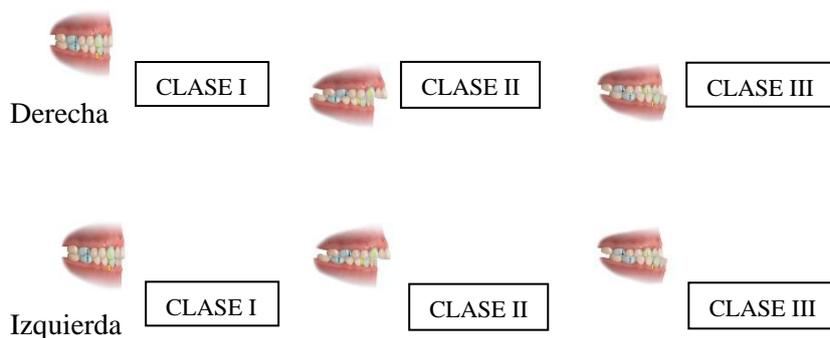
Examen de oclusión

Relación molar permanente:



Relación canina:

Temporal () Permanente () Mixta ()



Sobremordida vertical _____ %

Mordida abierta Presenta () No Presenta ()

Mordida profunda Presenta () No Presenta ()

Sobremordida horizontal: _____mm

Mordida cruzada anterior Presenta () No Presenta ()

Líneas Medias Dentarias: Coinciden entre sí: Si () No ()

¿Cuál línea está desviada?:

Superior (Derecha) (Izquierda)

Inferior (Derecha) (Izquierda)

Mordida cruzada posterior

No Presenta () Derecha () Izquierda () Ambos ()

Mordida abierta posterior

No Presenta () Derecha () Izquierda () Ambos ()

Mordida en tijera:

No Presenta () Derecha () Izquierda () Ambos ()

DIAGNÓSTICO

Tipo de maloclusión (diagnóstico): clase I, clase II (división I y II), clase III(Angle)

Relación	
clase I	
clase II división I	
clase II división II	
clase III	

FICHA DE OBSERVACIÓN SOBRE HÁBITOS ORALES

“RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I. E. N.º 30154”- CHILCA, 2024”

Tipo /frecuencia del hábito:

Tipo de Hábito	Determinantes	Presencia del Hábito		Frecuencia del Hábito				Sexo	
		SI	No	D	N	C	NP	F	M
Onicofagia	Uñas destruidas								
Succión digital	Introducir el dedo a la cavidad oral								
	Presenta diastemas								
	Apiñamiento dental								
Queilofagia	Labios resecos								
	Mordisqueo del labio								
Lengua protráctil	Juega con la lengua hacia delante de los dientes								
Interposición de objetos	Presenta desgaste dental								
	Presenta fractura dental								

Anexo 07. Validación de Instrumentos

Validación del Primer Instrumento



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Ficha de recolección de datos

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I.E. "30154"- CHILCA, 2024
-------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 16 de abril de 2024

Tesista: Dania Dejhanira Rey Sánchez Loayza
D.N.I.: 70034160

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	1. Deficiente 0-20%	2. Regular 21-40%	3. Bueno 41-60%	4. Muy bueno 61-80%	5. Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	5
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	5
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	5

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	KAREN G. RETAMOSO BUSTAMANTE
Profesión y Grado Académico	Q. DENTISTA. - MAGISTER.
Especialidad	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILOFACIAL
Institución y años de experiencia	CLINICA ODONTOMEDICA - 10 AÑOS (ESP).
Cargo que desempeña actualmente	DOCENTE UNIVERSITARIO.

Puntaje del Instrumento Revisado: 23/25

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Nombres y apellidos KAREN G. RETAMOSO BUSTAMANTE.

DNI: 42530955

COLEGIATURA: COP. 19053.

Validación del Segundo Instrumento



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Ficha de recolección de datos

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I.E. "30154"- CHILCA, 2024
-------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 16 de abril de 2024

Tesista: Dania Dejhanira Rey Sánchez Loayza
D.N.I.: 70034160

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	1. Deficiente 0-20%	2. Regular 21-40%	3. Bueno 41-60%	4. Muy bueno 61-80%	5. Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintáxis adecuada.	5
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	5
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	5

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	KAREN G. RETAMOSO BUSTAMANTE
Profesión y Grado Académico	Q. DENTISTA. - MAGISTER.
Especialidad	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILOFACIAL
Institución y años de experiencia	CLINICA ODONTOLÓGICA - 10 AÑOS (ESP).
Cargo que desempeña actualmente	DOCENTE UNIVERSITARIO.

Puntaje del Instrumento Revisado: 23/25

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (X)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Nombres y apellidos KAREN G. RETAMOSO BUSTAMANTE.

DNI: 42530955

COLEGIATURA: COOP. 19053.

Validación del Primer Instrumento



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Ficha de recolección de datos

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I.E. "30154"- CHILCA, 2024
-------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 16 de abril de 2024

Tesista: Dania Dejhanira Rey Sánchez Loayza
D.N.I.: 70034160

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	1. Deficiente 0-20%	2. Regular 21-40%	3. Bueno 41-60%	4. Muy bueno 61-80%	5. Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	90%
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	100%
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	100%
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	100%
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	90%

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Paul Esteban, Sierra Corzo
Profesión y Grado Académico	Campus Dentista - Master Salud Pública
Especialidad	Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
Institución y años de experiencia	21 años - UNMSA
Cargo que desempeña actualmente	Personal Asistencial - UNMSA Docente Universitario

Puntaje del Instrumento Revisado: 95 %

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (X)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Nombres y apellidos Paul Esteban, Sierra Corzo

DNI: 20725217

COLEGIATURA: 13660

Validación del Segundo Instrumento



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Ficha de recolección de datos

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I.E. "30154"- CHILCA, 2024
-------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 16 de abril de 2024

Tesista: Dania Dejhanira Rey Sánchez Loayza
D.N.I.: 70034160

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	1. Deficiente 0-20%	2. Regular 21-40%	3. Bueno 41-60%	4. Muy bueno 61-80%	5. Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	90%
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	100%
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	100%
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	100%
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	90%

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Paul ESTEBAN, SIERRA CONDADO
Profesión y Grado Académico	Enfermero Dentista - Magister Salud Pública
Especialidad	Ortodoncia y ortopedia Maxilar
Institución y años de experiencia	21 años - MINSA
Cargo que desempeña actualmente	Personal asistencial - MINSA Docente Universitario

Puntaje del Instrumento Revisado: 95 %

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (X)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Nombres y apellidos Paul ESTEBAN, SIERRA CONDADO

DNI: 20725217

COLEGIATURA: 13660

Validación del Primer Instrumento



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Ficha de recolección de datos

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	RELACIÓN DE LAS MALOCCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I.E. "30154"- CHILCA, 2024
-------------------------------	---

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 16 de abril de 2024

Tesista: Dania Dejhanira Rey Sánchez Loayza
D.N.I: 70034160

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	1. Deficiente 0-20%	2. Regular 21-40%	3. Bueno 41-60%	4. Muy bueno 61-80%	5. Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	100 %
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	100 %
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems claros, tienen semántica sintaxis adecuada.	100 %
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	100 %
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	100 %

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	JARLING JAYNA LOZANO BALDEON
Profesión y Grado Académico	CIRUJANO DENTISTA - MAGISTER
Especialidad	_____
Institución y años de experiencia	2 AÑOS - MINSU
Cargo que desempeña actualmente	DOCENTE UNIVERSIDAD CONTINENTAL

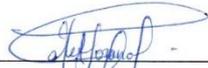
Puntaje del Instrumento Revisado: 100 %

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (X)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Nombres y apellidos JARLING JAYNA LOZANO BALDEON

DNI: 70149876

COLEGIATURA: 45247

Validación del Segundo Instrumento



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista:

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Ficha de recolección de datos

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	RELACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES Y LOS HÁBITOS ORALES EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO DE LA I.E. "30154"- CHILCA, 2024
-------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 16 de abril de 2024

Tesista: Dania Dejhanira Rey Sánchez Loayza
D.N.I: 70034160

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	1. Deficiente 0-20%	2. Regular 21-40%	3. Bueno 41-60%	4. Muy bueno 61-80%	5. Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	100%
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	100%
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	100%
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	100%
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales e importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	100%

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	IRARLING DAYNA LOZANO BALDEON
Profesión y Grado Académico	CIRUJANO DENTISTA - MAGISTER
Especialidad	
Institución y años de experiencia	2 AÑOS - MINSA
Cargo que desempeña actualmente	DOCENTE UNIVERSIDAD CONTINENTAL

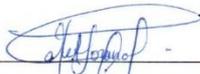
Puntaje del Instrumento Revisado: 100 %

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (X)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Nombres y apellidos IRARLING DAYNA LOZANO BALDEON

DNI: 70149876

COLEGIATURA: 45247

Anexo 08. Panel Fotográfico



Fotografía 01



Fotografía 02



Fotografia 03



Fotografia 04