



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIO DE ODONTOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12
AÑOS ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, PROVINCIA DE
TRUJILLO - 2026

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD ORAL

AUTOR
AVILA CALLE, LUIS UBALDO
ORCID:0000-0002-0249-3481

ASESOR
SANCHEZ CHAVEZ-ARROYO, VLADIMIR
ORCID: 0000-0001-6327-738X

CHIMBOTE-PERÚ
2026



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIO DE ODONTOLOGÍA

ACTA N° 0021-113-2026 DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS

En la Ciudad de **Chimbote** Siendo las **19:45** horas del día **22** de **Abril** del **2026** y estando lo dispuesto en el Reglamento de Investigación (Versión Vigente) ULADECH-CATÓLICA en su Artículo 34º, los miembros del Jurado de Investigación de tesis de la Escuela Profesional de **ODONTOLOGÍA**, conformado por:

ANGELES GARCIA KAREN MILENA Presidente
SANCHEZ CHAVEZ-ARROYO ERIKA Miembro
SUAREZ NATIVIDAD DANIEL ALAIN Miembro
Dr. SANCHEZ CHAVEZ-ARROYO VLADIMIR Asesor

Se reunieron para evaluar la sustentación del informe de tesis: **RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, PROVINCIA DE TRUJILLO - 2026**

Presentada Por :
(1610172060) **AVILA CALLE LUIS UBALDO**

Luego de la presentación del autor(a) y las deliberaciones, el Jurado de Investigación acordó: **APROBAR** por **UNANIMIDAD**, la tesis, con el calificativo de **15**, quedando expedito/a el/la Bachiller para optar el TÍTULO PROFESIONAL de **Cirujano Dentista**.

Los miembros del Jurado de Investigación firman a continuación dando fe de las conclusiones del acta:

ANGELES GARCIA KAREN MILENA
Presidente

SANCHEZ CHAVEZ-ARROYO ERIKA
Miembro

SUAREZ NATIVIDAD DANIEL ALAIN
Miembro

Dr. SANCHEZ CHAVEZ-ARROYO VLADIMIR
Asesor



CONSTANCIA DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD

La responsable de la Unidad de Integridad Científica, ha monitorizado la evaluación de la originalidad de la tesis titulada: RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, PROVINCIA DE TRUJILLO - 2026 Del (de la) estudiante AVILA CALLE LUIS UBALDO, asesorado por SANCHEZ CHAVEZ-ARROYO VLADIMIR se ha revisado y constató que la investigación tiene un índice de similitud de 0% según el reporte de originalidad del programa Turnitin.

Por lo tanto, dichas coincidencias detectadas no constituyen plagio y la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

Cabe resaltar que el turnitin brinda información referencial sobre el porcentaje de similitud, más no es objeto oficial para determinar copia o plagio, si sucediera toda la responsabilidad recaerá en el estudiante.

Chimbote, 27 de Abril del 2026




Mgtr. Roxana Torres Guzman
RESPONSABLE DE UNIDAD DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA

Dedicatoria

A mi madre y mi padre

Gracias por el amor, sabiduría y apoyo incondicional han sido la guía que me ha llevado hasta aquí, cada paso de este largo camino ha estado acompañado por sus enseñanzas y su fortaleza.

Esta tesis es un tributo a ustedes, por ser la inspiración más grande de mi vida. Los llevo siempre en mi corazón y sé que desde donde esté, seguirán cuidándome y alentándome a alcanzar mis metas y sueños.

Gracias por iniciar esta aventura a mi lado, y por darme la fortaleza para poder culminarla.

A mi hermano

Por estar incondicionalmente a mi lado cada que me sentía derrumbado, por desde que se que llego a este mundo, fue un impulso a que sabia que debía llegar hasta donde he llegado que es el comienzo, y que sepa que el también es parte fundamental de este logro. .

Agradecimiento

Ante todo, agradezco a Dios y a mi familia, cuya paciencia, amor y fe inquebrantable en mí me han sostenido en los momentos más difíciles. Su sacrificio y dedicación me han inspirado a dar lo mejor de mí durante toda esta etapa.

A mis directores de tesis, por su guía experta, sus valiosos comentarios y su constante motivación. Sus conocimientos y experiencia han sido esenciales para el desarrollo de esta investigación, y estoy profundamente agradecido por la oportunidad.

Y finalmente a la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote por proporcionar un ambiente académico estimulante y los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

Índice general

	Pág.
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Índice General.....	VI
Lista de Tablas.....	VIII
Resumen.....	X
Abstract.....	XI
I. Planteamiento del Problema.....	1
II. Marco Teórico.....	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Bases Teóricas.....	11
2.3 Hipótesis.....	20
III. Metodología.....	21
3.1 Tipo, Nivel y Diseño de Investigación.....	21
3.2 Población.....	22
3.3 Operacionalización de Variables/categorías.....	24
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos/información.....	26
3.6 Aspectos éticos.....	28
IV. Resultados.....	30
V. Discusión.....	39
VI. Conclusiones.....	41
VII. Recomendaciones.....	42
Referencias Bibliográficas.....	43
Anexos.....	48

Anexo 1. Documento de autorización para el desarrollo de la investigación (Ley N°29733)	48
Anexo 2. Carta de recojo de datos (automatizado en el sistema de la universidad).....	49
Anexo 3. Matriz de consistencia y operacionalización.....	50
Anexo 4. Ficha técnica de los instrumentos.....	53
Anexo 5. Formato de consentimiento informado u otros que corresponda a la investigación	55

Lista de tablas

		Pág.
Tabla 1	Asociación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo 2026.....	30
Tabla 2	Prevalencia de maloclusión en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo 2026, según sexo y edad.....	32
Tabla 3	Prevalencia de los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo 2026, según sexo.....	34
Tabla 4	Prevalencia de los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo 2026, según edad.....	36

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Determinar la relación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo 2026.....	30
Figura 2	Prevalencia de maloclusión en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo 2026, según sexo y edad.....	32
Figura 3	Prevalencia de los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo 2026, según sexo.....	34
Figura 4	Prevalencia de los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo 2026, según sexo y edad	37

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación de la maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026. **Metodología:** Nivel relacional, tipo cuantitativo, observacional, prospectivo, analítico, transversal y diseño no experimental. La población se compondrá de 72 niños que tengan entre 6 y 12 años y que hayan cumplido con los criterios de inclusión, atendidos en un consultorio odontológico de la provincia de Trujillo durante el año 2026. **Resultados:** La maloclusión de clase I fue la más común, con un 51,4%, seguida de la clase II con un 47,2%, y en menor medida, la clase III que solo alcanzó un 1,4%. En cuanto a los hábitos bucales, se registró un único caso de deglución atípica (1,4%), sin una asociación significativa con el tipo de maloclusión ($p=0,619$). La succión digital se observó en el 12,5% de los niños, acercándose a la significancia estadística ($p=0,055$), aunque no lo suficiente como para confirmar una asociación. Además, la respiración bucal (2,8%) y la onicofagia (4,2%) tampoco mostraron una asociación significativa con la maloclusión, con valores de $p=0,317$ y $p=0,174$, respectivamente. **Conclusión:** Los resultados sugieren que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026.

Palabras Clave: Maloclusión, hábitos bucales.

Abstract

Objective: To determine the association between malocclusion and oral habits in children aged 6 to 12 years treated at a dental clinic in the province of Trujillo during the year 2026.

Methodology: A relational-level study with a quantitative approach, observational, prospective, analytical, and cross-sectional in design, with a non-experimental framework. The population consisted of 72 children aged 6 to 12 years who met the inclusion criteria and were treated at a dental clinic in the province of Trujillo during 2026.

Results: Class I malocclusion was the most frequent (51.4%), followed by Class II (47.2%), and to a lesser extent, Class III (1.4%). Regarding oral habits, one case of atypical swallowing was identified (1.4%), with no statistically significant association with the type of malocclusion ($p=0.619$). Thumb sucking was observed in 12.5% of the children, showing a trend toward statistical significance ($p=0.055$), although not sufficient to confirm an association. Additionally, mouth breathing (2.8%) and nail biting (4.2%) did not show a significant association with malocclusion, with p -values of 0.317 and 0.174, respectively.

Conclusion: No statistically significant association was found between malocclusion and oral habits in children aged 6 to 12 years treated at a dental clinic in the province of Trujillo during 2026.

Keywords: Malocclusion, oral habits.

I. Planteamiento del Problema de Investigación

1.1 Descripción del problema

La maloclusión dentaria es una alteración del desarrollo habitual de las piezas dentarias. De igual manera propone que las casuísticas de variación oclusal y defectos dentarios y faciales tienen origen fundamentalmente a una leve deformación del desarrollo frecuente de los dientes en las personas. Por consecuencia las maloclusiones no provienen de manera exclusiva de enfermedades patológicas.¹

En la literatura se reconoce que se inicia por múltiples factores desencadenando dichas maloclusiones dentarias, donde participan causas hereditarias y de estructura entre ellos, el volumen óseo y dentario, tiempo de erupción de las piezas dentarias, la inclinación del crecimiento maxilar, además de causas ambientales, entre ellos los más recurrentes, que son las costumbres habituales orales que siguen deformando en el transcurso de los años.

Las costumbres habituales son ejercicios fijos que se produce por la repetitiva acción persistente, la acción se vuelve inconsciente, mientras mayor repetición frecuente, se volverá en un acto involuntario.¹ Teniendo en cuenta lo estipulado por Real Academia de la Lengua, la conceptualización de hábito, como la manera particular de accionar o realizar, obtenido por la repetitiva acción parecida o igual, o provocado por movimientos involuntarios. Cada individuo de manera habitual realiza por costumbre repeticiones de distintas acciones a todo eso se conoce como habito. Se precisa que desde un inicio dichas prácticas son realizadas conscientemente por cada individuo y después se convierte en una práctica inconsciente.

Consecuentemente, se conoce que todo habito oral se manifiesta mediante una serie de conductas parafuncionales, que en un principio dicha acción, se considera como normal, con el transcurso del tiempo se vuelven dañinos, generando el progreso de las maloclusiones dentales.² La misión de los profesionales dentro de la salud en estomatología, se basan en la valoración y la identificación de los hábitos nocivos anticipadamente, así como la aplicación de un óptimo tratamiento, con el fin de lograr una disminución de la existencia de las variaciones dentales.³ A nivel internacional, en cuanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), la oclusión defectuosa bucal está situada en el lugar tres seguida de las lesiones cariosas y las periodontopatías referentes a la prevalencia de las enfermedades bucales y dentales. Latinoamérica no tiene la excepción frente a esta prevalencia, convirtiéndose en

una problemática de mayor preocupación, ya que supera un grupo poblacional del 85% la incidencia.⁴

Conforme con los trabajos de metaanálisis el Perú tiene un alto índice de maloclusión, siendo ésta del 80.8%, encontrando un aumento de prevalencia en la región costera (81.9%), después la región selvática (78.5%) y por último la región de la sierranía (79.1%).⁴ En Venezuela, los autores Espinoza S, Alarcón E, Sierra M, Cevallos D., indican que la alteración producida por una mala costumbre va a depender principalmente de tres factores, en primer lugar, la edad en que empieza, de manera que a más temprano inicie este hábito defectuoso, se hará más dañino produciendo maloclusión⁵. En el contexto peruano, los hábitos bucales representan una condición frecuente en la población escolar, con una incidencia registrada del 28,07%. Entre estos, el hábito de morder objetos es el que se presenta con mayor frecuencia. Si bien su origen no ha sido completamente esclarecido, se considera que su aparición guarda relación con factores como la ansiedad, las situaciones de frustración y el estrés experimentado por los menores.⁶ En la actualidad, las maloclusiones son un problema con el que los odontólogos se enfrentan diariamente en la práctica clínica, las que causan variaciones en la función, en la estética y en el área psicológica, reconociéndose por la OMS como una problemática del área de salud nacional en todo el mundo, se origina debido a diversos aspectos de riesgo como la herencia, la genética, y estructura, etc. Entre los cuales tenemos a los hábitos orales dañinos, que perjudican el crecimiento óptimo del aparato estomatognático, produciendo una inestabilidad de fuerzas en los músculos orales y periorales, creando modificaciones únicas a la hora de ocluir ambas arcadas dentarias, esqueléticas y faciales. Dependiendo la recurrencia, tiempo, intensidad que dure en el desarrollo y crecimiento.⁴ La dentición decidua o temporal tiene diversas funciones en el crecimiento en el área física, de nutrición, emocional, y la interrelación cultural entre menores. por eso resulta de vital importancia saber los aspectos ambientales que alteren el óptimo desarrollo y crecimiento como las costumbres habituales bucales. Los hábitos son las acciones obtenidas a través de los acontecimientos repetitivos y se practica de manera genuina y reglamentaria, entonces el individuo presenta menos voluntad a realizarlo; mientras más se repita conscientemente con bastante frecuencia se convierte en una costumbre realizada de manera inconsciente.⁷ En la actualidad, las maloclusiones son un problema con el que los odontólogos se enfrentan diariamente en la práctica clínica, la que produce variaciones en función, en el aspecto estético y psicológico, conocida por la

OMS como una problemática del área de salubridad nacional en todo el mundo, la que afecta a estados desarrollados y con más daño a estados en pleno desarrollo; ocupándose en el lugar tres, seguido de las lesiones cariosas y las periodontopatías, por convertirse en prevalentes e incidentes a nivel poblacional.⁸

En el Perú, son prevalentes en un 70%, conforme a las recientes investigaciones de epidemiología, en la región costera, selvática y de la sierranía, prevalecientes con más del 50% de manera respectiva, modificándose con el transcurso de los años.⁹

Su origen se asocia a diferentes aspectos de riesgo como la herencia, la genética, y de estructura, etc. Encontrando los hábitos orales dañinos, lo que perjudica el crecimiento óptimo del aparato estomatognático, ello puede ocasionar una variación entre músculos masticatorios bucales y periorales, creando modificaciones específicas a la hora de ocluir ambas arcadas dentarias, tejidos esqueléticos y faciales. todos van a depender de la frecuencia, tiempo e intensidad que se presentó en el desarrollo y crecimiento.⁹

Debemos dejar en evidencia que varios estudios científicos han abordado esta línea de investigación y temática, sin haber encontrado referencias exactas, que afirmen la agrupación de hábitos orales con las malposiciones dentarias en infantes de etapa escolar. Teniendo la certeza que la tarea del personal de salud en odontología es encontrar la valoración e identificación de los hábitos dañinos anticipadamente, para la aplicación de un óptimo tratamiento, pretendiendo minimizar la existencia de dichas variaciones.^{10,11}

1.2. Formulación del Problema

Problema general

Por lo tanto, se plantea el siguiente enunciado del problema: ¿Cuál es la asociación entre maloclusión y hábitos bucales en pacientes atendidos de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026?

Problemas Específicos

¿Cuál es el tipo de maloclusión en niños de 6 a 12 años en un consultorio odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026, según sexo y edad?

¿Cuáles es el nivel de hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026, según sexo y edad?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la asociación de la maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026

Objetivos específicos

1. Determinar el tipo de maloclusión en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026, según sexo y edad.
2. Determinar el nivel de hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026, según sexo y edad.

1.4. Justificación de la investigación

Justificación teórica

Es importante porque los múltiples procedimientos y técnicas que permiten identificar la correlación existente de hábitos dañinos bucales y maloclusiones halladas en el grupo poblacional de la investigación brindan información preliminar al personal de salud de odontología, al igual que distintos estudios del área científica. Ello va a dirigir una correcta odontología de prevención, para identificar tempranos hábitos.

Justificación práctica

Este estudio radica en que nos permitirá entender cómo ciertos hábitos bucales inadecuados, como chuparse los dedos, respirar por la boca o usar el chupete durante mucho tiempo, están relacionados con la aparición de maloclusión en niños de 6 a 12 años que son atendidos en un consultorio odontológico en la provincia de Trujillo en el transcurso del 2026. Los hallazgos de esta investigación serán fundamentales para crear programas preventivos y educativos dirigidos a padres y maestros, lo que ayudará a mejorar la salud bucal infantil y facilitará la detección temprana de problemas dentofaciales.

Justificación metodológica

La importancia del estudio actual es que los métodos e instrumentos empleados durante su desarrollo constituirán un referente y una guía de utilidad para futuras investigaciones relacionadas con la temática. Asimismo, los resultados obtenidos y su valoración quedarán debidamente documentados en la sección de discusión, aportando así un antecedente metodológico de consulta para la comunidad científica. Desde el punto de vista de viabilidad, es imprescindible porque todo lo planteado es viable para el investigador, pudiendo aplicar la presente investigación de forma normal y sin impase.

II. Marco teórico

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedente Internacionales

Meza E.¹² (Argentina, 2021). Título: "Maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta". Objetivo: Analizar la correlación respecto a la prevalencia de maloclusiones funcionales y la existencia de costumbres orales en infantes que se encontraban en la etapa de dentición mixta. Metodología: La muestra estuvo conformada por un total de 61 individuos que acudieron a la Facultad de Odontología entre abril y noviembre de 2018, siendo seleccionados por medio de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Entre los hábitos orales evaluados se consideraron la succión digital, la interposición lingual, la deglución atípica, la interposición labial y la respiración bucal. El análisis estadístico se efectuó utilizando el software InfoStat versión 2019, en el cual se utilizó un análisis estadístico para establecer la relación de ambas variables y tuvo como resultado o significancia de $p \leq 0,05$. Resultados: El resultado indica que el 64% de los menores evaluados presentaba algún tipo de maloclusión funcional, siendo el apiñamiento dentario la alteración de mayor frecuencia con un 39%. Respecto a los hábitos orales, el 66% de prevalencia fue registrado, siendo la interposición labial y de objetos lo más frecuente, también representada en un 39%. Se indica una gran incidencia de mordida abierta en aquellos usuarios que practicaban interposición lingual y succión digital. Finalmente, la relación entre las funcionales maloclusiones y los hábitos bucales demostró ser significativa estadísticamente ($\chi^2=6,17$; $p=0,013$). Conclusión: Se pudo observar que hay una elevado mal posición dentaria o maloclusiones funcionales en los infantes los cuales están asociadas a la práctica de hábitos orales.

Rai A.¹³ (Nepal, 2022). Título: "Frecuencia de hábitos bucales y su asociación con maloclusión en dentición primaria entre infantes escolares de Nepal". Objetivo: Cuantificar la frecuencia de hábitos orales en infantes con dentición primaria; establecer el vínculo de dichos hábitos con la maloclusión; y comparar su frecuencia según género, etnia, edad y grado escolar. Metodología: La investigación consistió en un estudio transversal de carácter comunitario, en el que participaron 625 escolares con dentición primaria completa. Para la obtención de información relacionada con los hábitos bucales, se utilizó un cuestionario de

respuestas cerradas, el cual fue complementado con una exploración clínica realizada a cada uno de los participantes. Resultados: La prevalencia de hábitos orales fue del 42,7%. La onicofagia fue el comportamiento más frecuente (19,5%), por otro lado, los hábitos autodestructivos resultaron los menos frecuentes (0,7%). El análisis de regresión logística multivariante mostro asociaciones significativas ($p < 0,05$) entre succión digital, relación canina clase II y relación molar hacia distal, y resalte horizontal aumentado; entre succión de chupete y mordida cruzada y relación molar distal; y entre onicofagia y ausencia de espacios entre primates. Conclusión: Según los resultados de los estudios se pudo evaluar que los niños más de la mitad presentaron hábitos bucales con asociación significativa a rasgos de maloclusión, lo que resalta la importancia de una detección e intervención tempranas.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Miguel R. y Navarro T.¹⁴ (Huancayo, 2021). Título: " Maloclusiones dentales y adolescencia temprana causadas por hábitos bucales perjudiciales en un establecimiento educativo de Concepción". Objetivo Establecer la conexión entre las costumbres bucales y la maloclusión dental en adolescentes de 12 a 14 años de edad que pertenecen a la IE San Francisco de Asis Orcotuna. Método Investigación prospectiva, descriptiva y transversal con exámenes clínicos. La muestra fue de 150 alumnos de ambos sexos entre 12 y 14 años, seleccionados de forma aleatoria sistemática. Los hábitos para funcionales se identificaron mediante encuestas a los apoderados y valoración clínica de los estudiantes, considerándose habito nocivo cuando ambas fuentes coincidían. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 26. Resultados: La clase I fue la maloclusión dental con mayor prevalencia (70,67%), continuando por la clase II con división 1 (21,33%), la clase III (6,70%) y la clase II división 2 (1,30%). La mordida abierta anterior mostro mayor frecuencia en pacientes con deglución atípica ($p < 0,01$), y se encontró significativa diferencia entre mordida abierta anterior y succión digital ($p < 0,05$). Conclusión: Se determinó que existe una conexión estadísticamente significativa entre la presencia de hábitos bucales nocivos y las alteraciones en la posición dentaria identificadas en los alumnos que formaron la agrupación de estudio.

Zarate R.¹⁵ (Puno, 2021). Título: "Hábitos bucales nocivos vinculados con maloclusiones dentales en niños de 6 a 12 años" Objetivo Establecer si existe vínculo entre los maloclusiones dentales y hábitos bucales perjudiciales en niños de 6 a 12 años. Metodología: Estudio descriptivo observacional, transversal y no experimental de diseño con muestreo no

probabilístico. Estuvo conformada la muestra por 83 niños que se ajustaron a los criterios de exclusión e inclusión. La recogida de información se realizó mediante encuestas a los progenitores y la evaluación clínica a los niños, considerando hábito nocivo solo cuando existía concordancia entre ambas fuentes, previa obtención de consentimiento y asentimiento informado. Resultados: Los niños de 9 y 8 años concentraron la mayor cantidad de hábitos bucales nocivos, con predominio de la respiración bucal (35%). Este grupo etario también presentó mayor frecuencia de maloclusiones verticales (43%). Se encontró asociación entre interposición lingual y mordida abierta (90%), entre respiración bucal y mordida cruzada (73%), y entre onicofagia y maloclusión clase I (94%). Conclusión: Se obtuvo un vínculo significativo entre las maloclusiones dentarias y los hábitos bucales nocivos ($p=0,001$).

Pérez J.¹⁶ (Chiclayo, 2021). Título: "Maloclusiones y hábitos orales en niños de 5 a 12 años de la Institución Educativa Particular Manuel Antonio Rivas, 2019" Objetivo Establecer la conexión entre los hábitos orales y las maloclusiones en alumnos de la Institución Educativa Privada Manuel Antonio Rivas. Metodología: Investigación con enfoque cuantitativo, alcance de perspectiva, correlacional y de corte transversal. La población fue de 217 alumnos y la muestra de 139, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se realizó con una ficha clínica que fue desarrollada por Osorio, Mocha y Galeano, con escala dicotómica y politómica. El procesamiento estadístico se llevó a cabo con SPSS 24. Resultados: La clase I de maloclusión fue la más común (64,03%), después la clase II división 1 (25,18%), luego la clase II división 2 (5,76%) y finalmente la clase III (5,04%). La succión digital (15,83%) fue el hábito oral más común entre los identificados; lo siguieron la postura (12,2%), la onicofagia (8,63%) y la queilofagia (9,35%). El 51,8% no mostró conexión con ningún hábito particular. Conclusión: De los 139 escolares evaluados se identificó una clara prevalencia de la clase I maloclusión, con presencia variable de hábitos orales en la muestra.

Rodríguez H.¹⁷ (Lima, 2022). Título: "Hábitos orales dañinos asociados con maloclusión dental en la dirección vertical, transversal y sagital en pacientes de edad pediátrica" Objetivo Establecer la conexión entre las maloclusiones dentales y los hábitos bucales en pacientes pediátricos en los planos transversales, sagitales y verticales. Metodología: Estudio analítico transversal realizado en 155 niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año 2017. Resultados: El 52,0% de los casos presentó maloclusión sagital, el 45,3% tuvo maloclusión vertical y el 13,6% experimentó maloclusión

transversal. La mordida profunda anterior fue la más frecuente en el plano vertical (22,2%). En el plano sagital predominaron la clase III (20,7%) y la clase II división 1 (20%). Los hábitos más comunes fueron el antero posición lingual (58,7%) y la respiración mixta (51,0%). Los niños con deglución atípica presentaron mayor probabilidad de maloclusión en los tres planos del espacio. Conclusión: Se evidenció un vínculo entre los distintos tipos de maloclusión y los hábitos. La deglución atípica debe ser diagnosticada precozmente y abordada de forma interdisciplinaria.

Soto S.¹⁸ (Lima, 2021). Título: "Asociación entre la respiración por la boca y el tipo de pie en infantes de 8 a 13 años pertenecientes a la Comunidad Parroquial Juan Pablo II - Lima, año 2021". Objetivo: Determinar si existe vínculo entre el tipo de pie y la respiración bucal en infantes de 8 a 13 años. Metodología: Se aplicaron diversos análisis para valorar la respiración bucal: prueba del algodón, prueba del agua, prueba del espejo de Glatzel y retención de agua. El tipo de pie con apoyo de un Ortopedista, se evaluó mediante plantígrafo utilizando el método Hernández Corvo. Los datos fueron registrados en Excel y analizados por medio de la prueba de Chi-cuadrado. Resultados: En la evaluación de los niños entre 8 y 13 años, no se identificó una clasificación importante entre el tipo de pie y la respiración por la boca. Adicionalmente, se observó que los apoderados desconocían el tipo de respiración de sus hijos. Conclusión: No existió vínculo estadísticamente significativa entre el tipo de pie y la respiración bucal. Se recomienda llevar control odontológico para corregir los hábitos de respiración, y consultar con un Ortopedista en los casos de pie plano o cavo extremo.

Ccelccascca A.¹⁹ (Lima, 2025). Título: "Estudio de la relación entre maloclusiones y hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años atendidos en el Centro Dental Docente, Lima - Perú, 2025". Objetivo: Establecer la vibración entre los HSNN (hábitos de succión no nutritivos) y las maloclusiones en infantes del Centro Dental Docente de Lima que tengan entre 3 y 9 años. Metodología: El estudio fue diseñado bajo un enfoque observacional, analítico y transversal, contando con una muestra proyectada de 384 niños seleccionados en función de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la identificación de los hábitos de succión no nutritivos (HSNN) se aplicará una encuesta estructurada, en tanto que el diagnóstico de las maloclusiones se llevará a cabo mediante una valoración clínica individualizada. Las variables que se tomarán en cuenta incluirán el tipo y tiempo de duración del hábito, la clasificación de la maloclusión, así como la edad y el

sexo de cada participante. El análisis de los datos se ejecutará con el software STATA v.18.0, haciendo uso de la prueba Chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95%. Resultados: Se evidenció una relación significativa estadísticamente entre la presencia de HSNN y algunas formas de maloclusión, como el overjet aumentado y la mordida abierta anterior. Del mismo modo, se espera que aquellos hábitos de mayor duración en el tiempo se encuentren relacionados con alteraciones oclusales de mayor grado de severidad. Conclusión: Los resultados del estudio proporcionarán evidencia científica que respalde la relevancia de intervenir de forma temprana en el control de los hábitos orales como estrategia para evitar que las maloclusiones se desarrollen en la niñez, lo que ayuda a dirigir tanto las campañas de prevención y promoción de la salud bucal pediátrica como los tratamientos clínicos.

2.1.3. Antecedentes Locales

Perez J. ²⁰ (Trujillo, 2022). Título: “Impacto de los hábitos parafuncionales sobre la maloclusión dental en jóvenes de Llangoden Alto, Cajamarca” Objetivo Evaluar cómo los hábitos parafuncionales afectan la maloclusión dental en adolescentes de la escuela secundaria de Llangoden Alto, Chota, Cajamarca. Metodología: Investigación observacional, relacional o correlacional con una muestra de 196 adolescentes exployados en 2 grupos: 98 con hábitos parafuncionales y maloclusión, y un grupo control de 98 sin dichas condiciones. Se empleó una herramienta de recolección de datos que había sido validada con anterioridad. Resultados: Entre los hábitos parafuncionales registrados, la succión de bolígrafos fue la conducta de mayor frecuencia con un 34%, seguida por la onicofagia con un 33% y la succión digital con un 15%. De acuerdo a las maloclusiones identificadas, la clase I representó la que tiene la superior incidencia con un 39%, continuada por la clase II en un 31%, en cuanto a la clase III fue la con una frecuencia del 14% menor. Cabe destacar que en el grupo control no se evidenció la presencia de ningún hábito parafuncional ni alteración oclusal. Conclusión: Se determinó que los hábitos parafuncionales constituyen un factor influyente en el desarrollo de maloclusiones en la población adolescente de Llangodén Alto, Chota, Cajamarca.

Campos P. ²¹ (Trujillo, 2024). Título: “Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 7 a 12 años de la I.E. 81014 Pedro Mercedes Urena de Trujillo.” Objetivo Establecer la relación entre los hábitos orales y las maloclusiones en infantes de 7 a 12 años de edad pertenecientes a la IE 81014 Pedro Mercedes Urena, ubicada en Trujillo. Metodología: La

investigación fue de tipo observacional y transversal, llevada a cabo durante los meses de marzo y abril de 2023, con la participación de 274 estudiantes. Se emplearon el Índice Estético Dental (DAI) y una hoja de registro de hábitos orales para recolectar información. La consistencia de las mediciones intra e inter-evaluador fue verificada por medio de una prueba piloto aplicada a 20 participantes, obteniéndose un coeficiente Kappa de Cohen de 0,8529. El procesamiento de los datos se efectuó mediante la prueba de χ^2 con una significancia nivel de del 5%. Resultados: Los hallazgos indicaron que no existe significativa asociación entre los hábitos orales en términos generales y las maloclusiones ($p=0,195$), tampoco se encontró asociación con la succión digital ($p=0,6946$) ni con la succión labial ($p=0,5370$). No obstante, sí se evidenció una asociación estadísticamente significativa con la deglución atípica ($p=0,0099$) y con la respiración bucal ($p=0,0181$). Conclusión: Se determinó que los hábitos de respiración bucal y deglución atípica guardan una asociación significativa con la aparición de maloclusiones, mientras que la succión digital y la succión labial no demostraron tener vínculo con dicha condición.

2.2. Bases teóricas

La oclusión hace alusión a las relaciones dentarias de los maxilares tanto superior como inferior, en el preciso instante de la apertura y cierre de la cavidad oral (oclusión estática) así también en los movimientos de lateralidad y protrusión. (Oclusión dinámica), pero se encuentran variaciones que perjudican el desarrollo esquelético del maxilar y la mandíbula, los cuales van a desencadenar una problemática estética y de función. En 1899, Angle, publico un artículo que clasifica a las anomalías en función de las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias de la arcada superior e inferior en especial en la correlación que presentan en ellas, las molares definitivas primeras en un plano sagital o anteroposterior, usan como referente al surco mesiovestibular de la molar inferior y a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. La cual se divide en tres categorías fundamentales (I, II, III), diferenciándose en la oclusión normal. Debido a su simpleza, llego a sobresalir en medio de tantos enunciados que buscaban clasificar con congruencia, se utiliza actualmente y se conoce a nivel mundial.²²

La etiología de la maloclusión se debe a los factores extrínsecos que son aspectos que en varias formas se desenvuelve en la conducta de cada persona, difíciles de controlar por el personal de salud encargado, excepto de los hábitos orales, en estas circunstancias, es crucial

establecer sistemas de contención, donde se debe usar prolongadamente. Dentro de los factores extrínsecos tenemos: ^{23,24}

- a.- Factor Genético: se encuentra la tendencia genética marcada, afectando la anatomía dentaria, además va a influenciar en el área facial, en el aspecto del desarrollo y crecimiento.
- b.- Deformidades congénitas, se relaciona íntimamente con la herencia ya que son patologías que se presentan antes de nacer, dicho acontecimiento se produce por una alteración mientras ocurre el desarrollo del embrión o alguna variación de herencia. Encontrando a los pacientes que presentan, parálisis cerebral, labio leporino, disostosis cleidocraneana, y torticollis, sífilis congénita.
- c.- Medio Ambiente: tiene un impacto en la fase anterior al nacimiento, refiriéndose a aspectos como por ejemplo la presencia de fibromas en el útero, lo que permitirá que se dé deformidades craneales y faciales, así también en el uso de sustancias adictivas, que de todas maneras afectara la evolución del embrión. Consecuentemente influirá en la etapa después del nacimiento, por el uso de fármacos del grupo de las tetraciclinas en la etapa prenatal de 2 meses a 2 años, manifestando efectos de pigmentación dentaria e hipoplasias en las piezas dentarias.
- d.- Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes: aquí están las patologías comunes endocrinológicas, mayormente de la hipófisis, enfermedades tiroideas y la paratiroides, todas ellas causan maloclusiones.
- e.- Problemas alimenticios: es la carencia de proteínas, ácidos grasos, déficit vitamínico y de minerales, falta nutricional origina una problemática en la amelogénesis y consecuentemente maloclusiones.
- f.- Hábitos y presiones anormales: se valora que existe correlación de los hábitos orales y maloclusiones, dado ello hay hábitos dañinos y/o perjudiciales que originan maloclusiones dentarias.
- g.- Postura: una mal postura de la cabeza se convertiría en una causa ligada a problemas oclusales.
- h.- Accidentes y traumatismos: originan problemáticas anatómicas estructurales de la pieza dentaria, que va desde la zona radicular hasta coronal.

Los factores intrínsecos están ligados en específico a la boca, pudiendo tratarse y controlarse por el personal encargado del área estomatológica, los cuales se diagnostican y siguen una planificación de tratamiento, buscando una óptima función oclusal y así evitar que se vuelva

a repetir. Entre este conjunto, contamos: ^{23,24}

a.- Anomalías en el número de dientes: dentro de esta categoría se incluyen los dientes supernumerarios, caracterizados por la presencia de piezas dentarias adicionales, y las agenesias, que se refieren a la falta congénita de uno o más piezas.

b.- Anomalías en el tamaño dental: comprenden la macrodoncia, que hace referencia a dientes de dimensiones superiores a lo normal, y la microdoncia, que implica el desarrollo de dientes de tamaño reducido.

c.- Anomalías en la forma dental: en este grupo se identifican alteraciones como la geminación, la fusión dentaria, los molares con morfología en frambuesa y los denominados piezas de Hutchinson.

d.- Bridas mucosas y frenillos labiales: Los de la parte superior del labio, si están insertados a una altura baja o corta, tienden a producir diastemas entre los incisivos centrales superiores.

e.- Exfoliación prematura de piezas temporales: hace referencia a la pérdida anticipada de las piezas deciduas antes de su tiempo natural de recambio.

f.- Persistencia prolongada de dientes temporales: se refiere a la permanencia de los dientes de leche más allá del periodo esperado de su reemplazo.

g.- Erupción retardada de los dientes permanentes: corresponde al retraso en la aparición de las piezas dentarias definitivas al interior de la cavidad bucal.

h.- Trayectoria eruptiva alterada: se produce cuando los dientes no siguen la dirección de erupción habitual, pudiendo generar alteraciones en la oclusión.

i.- Anquilosis dental: condición en la que se produce una fusión del diente con el hueso alveolar circundante, impidiendo su correcta erupción o movilidad.

j.- Caries dental: enfermedad de origen multifactorial que, al destruir las estructuras dentarias, puede contribuir al desarrollo de maloclusiones.

La clasificación de las maloclusiones es primordial, convirtiéndose en una guía no solo para diagnosticar si también para planificar el tratamiento, actualmente es importante la clasificación de la maloclusión en tres planos espaciales: vertical, anteroposterior, y transversal, a la hora de diagnosticar de manera completa el sistema estomatognático. ^{25,26}

A) Plano anteroposterior o sagital: De acuerdo con el sistema de clasificación molar de Angle se divide en:

a) Maloclusión Clase I:

La clase I se reconoce como una maloclusión normo-oclusión sagital y molar con una igualdad ósea, implicando que la “cúspide mesio-vestibular de la 1mera molar del maxilar superior, cerrándose en el surco vestibular de la 1mera molar inferior”; además en el borde incisal hay presencia de un overjet y un overbite aproximadamente de 1 a 3mm considerado como parámetro normal. Con “armonía ósea” refiriéndose a una óptima y armoniosa correlación de bases óseas (maxilar y mandibular) evidenciándose en cifras del ángulo ANB comprendidas de 0 a 4°. Aunque, las maloclusiones clase I, integran variaciones de mordida anterior, discrepancias alveolo dentales por apiñamientos o por la existencia de separación dental.^{25,26}

b) Maloclusión clase II

En esta clase de maloclusión se evidencia un desplazamiento posterior de la mandíbula en relación con el maxilar superior, lo que significa que: “la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior definitiva ocluye por adelante del surco bucal de las primeras molares inferiores definitivas”. No obstante, se presenta en un maxilar prognata o por una mandíbula retrógnatica o mezcla de ambas, provocando variaciones en la anatomía craneofacial. Por lo tanto, se considera la correlación oclusal y considerándose la relación ósea del maxilar superior e inferior y la guía de crecimiento 37. Encontramos 2 subdivisiones de clase II (subdivisión 1 y 2), la desigualdad de las dos divisiones se da en la ubicación de los incisivos.

- División 1: La relaciones molares es la misma que en la clase II, refiriéndose a la oclusión distal de los dientes inferiores en relación con los dientes superiores tanto en el arco superior como en el inferior, donde los incisivos superiores sobresalen, el arco maxilar es estrecho, los labios inferiores son hipertónicos y los labios superiores son hipotónicos, es probable que los incisivos inferiores sean linguales y, como resultado, la mandíbula es más pequeña de lo normal.
- División 2: Además, muestra una oclusión distal en los dos semiarcos de la mandíbula inferior, a diferencia de la protrusión de las incisivas superiores en la Clase II División 1; en este caso manifiesta una retrusión de las piezas incisivas superiores, las cuales están inclinadas hacia adentro y hacia abajo; y las piezas incisivas inferiores retruídas, por lo general presentan un cierre habitual de lacavidad bucal.^{25,26}

c) Maloclusión Clase III.

Llamado también mesioclusión porque la primera molar inferior definitiva ocluye por mesial referente a la molar superior, interpretándose que: “la cúspide mesiovestibular de la primera molar definitivo superior se adapta hacia distal del surco mesiovestibular de la primera molar definitivo inferior”.^{25,26}

B) Plano vertical: La mordida borde a borde, la mordida profunda y la mordida abierta son ejemplos de alteraciones verticales.^{25,26}

a) Mordida abierta

La mordida abierta se define como una alteración en la superposición vertical entre los bordes incisales de las piezas dentarias del maxilar superior y las del maxilar inferior, lo que implica la ausencia de contacto entre ambas arcadas en la zona anterior o posterior de la cavidad oral. resultando la ausencia del contacto oclusal, al cerrar los maxilares, dando un overbite menor a 0. Generalmente se da en los niños de etapa temprana, originándose fundamentalmente en hábitos orales, como la deglución atípica, succionarse los dedos y respirar por medio de la boca, el reflejo de sobrevivencia de los bebés es la succión del pecho de la madre, lo que brinda un estado de confort y confianza, además de la succión digital o succionador, generalmente se ausenta dicho impulso a partir de los 2 años, la perseverancia de la costumbre de succionarse los dedos se relaciona a la teoría psicoanalítica a un reflejo por inercia, respondiendo a un impulso psicológico para combatir el estrés.^{25,26}

b) Mordida profunda

La mordida profunda está caracterizada por sobrepasarse verticalmente aumentada de las piezas dentarias superiores anteriores sobre las piezas inferiores, aumentado un overbite a 4 mm (> 4mm), registrada con una profunda mordida se considera como una maloclusión difícil, que predispone al usuario con una problemática periodontal, variaciones de desarrollo y crecimiento normal de la mandíbula y el maxilar.^{25,26}

c) Mordida borde a borde.

La mordida borde a borde es una clase de maloclusión, la que muestra un overbite nulo (0 mm), refiriéndose a un contacto con el borde incisal superior y el borde incisal del inferior, pudiendo ser de aspecto óseo, al presentar una hipoplasia de los maxilares o una hipertrofia de las mandíbulas; siendo de procedencia odontológica, existiendo una inclinación axial

fuera de lo normal de las piezas incisivas.^{25,26}

C) Plano transversal: En el plano transversal las maloclusiones se muestran casuísticas de variaciones a en plano sagital (clase I, clase II, Clase III) además en personas que presentan mordidas abiertas y sobre mordidas, se incluye en esta población con mordidas cruzadas posteriores y las mordidas en tijera, siendo unilaterales o bilaterales en las dos casuísticas.^{25,26}

a) Mordida cruzada posterior

Se identifica ante la presencia de un “desborde lateral de la mandíbula sobre el maxilar superior”, se origina en zona esquelética, dentaria y funcional; tiene un principio óseo por lo que puede presentarse hipoplasia en el maxilar superior o hiperplasia mandibular, en las dos ocasiones se debe expandir el maxilar, de naturaleza dentaria, sucede debido a una guía defectuosa al expandir el maxilar, de naturaleza dentaria se da consecuentemente de una guía alterada cuando erupcionan las piezas dentarias, y de naturaleza funcional se origina en los movimientos mandibulares ante una postura incorrecta. Se presentan varias causas, siendo reportadas ciertos hábitos orales que se asocian con la mordida cruzada entre ellas tenemos a la succión digital, la deglución atípica y la respiración por medio de la boca.^{25,26}

b) Mordida en tijera

conocida también cuando “los lados(caras) palatinos de las molares y premolares superiores coinciden con los lados (caras) vestibulares de las piezas inferiores”, por otra parte, en las mordidas de tijera bilaterales son conocidas como síndrome de Brodie, donde el maxilar superior contacta por completo a la mandíbula. Por la ausencia del contacto oclusal, se origina proceso eruptivo abrupta de la totalidad de las piezas dentales posteriores.^{25,26}

Los Hábitos Orales son conductas parafuncionales que en un periodo determinante puede

ser normal y con el paso de los años conduciría al proceso llamado mala oclusión. entre estos encontramos: mordida de labios o carrillos, de cosas, la acción de empujar con la lengua, deglución atípica, morder las uñas, ejercer presión dentaria usando objetos.^{27,28}

En un principio un hábito puede ser consciente para después volverse en un acto inconsciente; ciertas costumbres habituales se consideran fisiológicas o de función entre ellas están la respiración a través de la nariz, masticar, hablar y la deglutir, también tenemos otras costumbres que se consideran no fisiológicas, como succionarse los dedos, respirar a

través de la boca y la deglución atípica, etc. Inicia y se establece por varios factores que involucran áreas psicológicas y predisponentes anatómicas. Hace tiempo atrás se reconocieron correlaciones de ciertos hábitos bucales y alteraciones en el desarrollo; “la variación estructural orofacial, va a depender del tiempo, frecuencia, magnitud y orientación de la energía que se aplica al ejercer la contracción muscular reiterativamente” de la misma manera se aprueba la idea que si son corregidas a tiempo en la etapa temprana se tiene mayor probabilidad de modificar patrones de crecimiento maxilar y mandibular así como el desarrollo de las arcadas dentarias, erradicando así mismo el hábito con anterioridad de los 3 años, existe la probabilidad de impactar y esto genere la corrección espontánea.^{27,28}

Un hábito puede ser definido a toda rutina que se adquiere por las continuas repeticiones de un hecho frecuente, que inicia conscientemente y después se convierte en un hecho inconsciente, empezando como un reflejo normal tales como respirar, masticar, hablar y deglutir, de manera fisiológica y funcional, además de los hábitos no fisiológicos que son: succión digital, respirar por la boca y la deglución atípica.^{27,28} Existen tipos de Hábitos bucales:

Los fisiológicos o funcionales se caracterizan debido a que emerge con la persona, surgiendo en vida por impulsos innatos que se realizan de manera correcta, lo que beneficia al desarrollo. Estos son: succionar, respirar a través de la nariz, hablar, masticar y la deglutir.²⁹

Los no Fisiológicos o perjudiciales se obtienen mediante hechos repetitivos de una acción que no es funcional ni indispensable, ejerciendo presiones dañinas en las arcadas dentarias. se considera motivos primarios o secundarios a las maloclusiones o variaciones dentales y maxilares. Resultando mediante reacciones estresantes, fatiga, aburrimiento, etc., apareciendo además en los menores por carencia de atenciones de los padres hacia los hijos, conflictos de familia o como causa del crecimiento motor en la etapa de la niñez.²⁹ La clasificación de Hábitos bucales no Fisiológicos son:

La deglución Atípica que es el período de dentición mixta es la fase del desarrollo que se forma por distintas variaciones en el aparato estomatognático. Las investigaciones señalan que en esta fase ocurrirá un cambio del patrón de deglutir, en un bebé hasta convertirse en una persona adulta hacia; pero por diversos motivos no razonables, la deglución en niños persiste luego de la erupción de los dientes temporales, llamándose así deglución atípica. La extensión lingual hacia la cara palatina de las piezas dentarias anterosuperiores va a impedir

que se produzca el espaciamiento suficiente con el fin del tránsito del bolo alimenticio hacia la faringe 17. No participa el labio superior en la masticación, volviéndose vez más hipotónico y eligiendo rasgos de labio corto; mientras tanto el labio inferior se convierte más hipertónico debido a que tiene más participación, beneficiando a la sobre mordida, incremento del resalte anterior. Este mal hábito puede traer problemas fonéticos, en la pronunciación de: d, t, l, n, r. ³⁰ Dentro de los tipos de Deglución Atípica se encuentra la deglución con Presión Atípica de Lengua: se distingue por la interposición lingual entre las piezas dentarias incisivas, en ciertas ocasiones a las premolares y molares. Además, se presenta disminución labial y comisural, ocasionando una atrofia de arcadas ubicadas entre el musculo del mentón y los caninos. Los músculos encargados de elevar la mandíbula no presentan contracción alguna. Tenemos de dos clases: con empuje lingual simple o con empuje lingual complejo. ³⁰ Deglución con contracción comisural: Esta caracterizada por la acción de contraer los músculos risorios, originando la formación de hoyuelos a la altura comisural de la cavidad bucal. Se observa una endognatia (maxilar hacia adentro) de los maxilares a la altura de los caninos, incorporando la endognatia corporal, producto de la carencia lingual en la zona palatina en el preciso instante de la deglución, dejando de lado la estimulación. ³⁰ Uno de los factores primordiales que resulta como efecto directo a esta costumbre no fisiológica, es la utilización de chupones o biberones, como también el consumo de dieta suave en una edad inadecuada, lo que requiere menos esfuerzo de los músculos masticatorios, conllevando a una deglución infantil, resultando una formación prematura del sistema estomatognático. ³⁰

Las características clínicas es la existencia de mordida abierta posterior o/y anterior, incompetencias labiales, protrusión, labios superiores hipotónicos e inferiores hipertónicos, problemas fonéticos, etc. ³⁰ La succión digital es la práctica bucal más común, tiene la capacidad de provocar mayores irregularidades dentales y maxilofaciales, variaciones funcionales en la masticación, mentales y salud general. Se basa en introducir un dedo o varios dedos internamente dentro de la boca. (especialmente el dedo pulgar) se apoya la parte blanda en el paladar, en la zona alveolar incisiva y la cara palatina de las piezas dentarias incisivos superiores. La mitad de los niños en la etapa de la infancia lo padece, por eso se considera una costumbre habitual en esta etapa de crecimiento, comprendido en el primer año de vida y los 4 años de edad a más. Es relevante el periodo que dura dicho habito, al eliminarse en el infante con anterioridad al cumplimiento de los 3 años, las consecuencias

serán menores pudiéndose reparar, si sucede todo lo opuesto, va a repercutir al ocluir entre dientes. La reiteración con lo que se realiza influye en el término del resultado, por ende, el resultado será menor en un infante que lo practique eventualmente a diferencia de otro niño que insista en mantener el dedo en la cavidad bucal continuamente.³¹

La etiología se le considera cuando la causa es la relación que existe entre la frustración psicológica con la angustia todo esto dado por motivos familiares o de origen académico. Por lo que la succión es una necesidad psicoemocional.³

La etiología se le considera cuando la causa es la relación que existe entre la frustración psicológica con la angustia todo esto dado por motivos familiares o de origen académico. Por lo que la succión es una necesidad psicoemocional.³¹

Las características clínicas empiezan por una protrusión de los dientes anteriores en este caso los incisivos superiores que pueden o no tener diastema, luego la mordida abierta anterior, retroinclinación de los incisivos inferiores, distalización mandibular con tendencia a clase II, etc.³¹ La respiración bucal está caracterizada ya que, al inspirar y expirar, se realiza en la boca ingresando por dicha zona el oxígeno seco, contaminando la cavidad bucal y faringe, resultando la pérdida de funciones como, por ejemplo: pérdida de calentar, humedecer y filtrar el oxígeno lo que produce que las mucosas de la faringe se irriten. Como también el impedimento de entrada de oxígeno por la nariz, desencadenando la estrechez de los senos maxilares, además se agrega la profundidad palatina, dando como efecto que el individuo presente los rasgos faciales alargados.³²

Su etiología está basada en:

- Obstrucción: Suele presentarse como desvío del tabique nasal, cornetes grandes, congestión e inflamación, alergia e hipertrofia de la amígdala.³²
- Hábito: Conservación de la manera de respirar considerándose como aquellos que respiran oralmente dentro de los hábitos se encuentran succión digital, deglución atípica, etc. ³²
- Anatomía: Suele presentarse como un labio corto sobre todo en la parte superior imposibilitando el cierre bilabial.³²

Entre las características clínicas más representativas de esta condición se pueden identificar la presencia de mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior, un labio superior hipotónico y de longitud reducida, y un labio inferior con tono muscular aumentado. Asimismo, se observa frecuentemente un paladar de forma ojival o elevado, retrognatismo

mandibular, vestibuloversión de los incisivos superiores, hipertonicidad del músculo de la borla del mentón, incompetencia labial, gingivitis crónica y un incremento en la altura del tercio facial inferior, entre otras manifestaciones asociadas.³²

2.3. Hipótesis

H₀: No existe asociación entre el tipo maloclusión y el nivel hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026.

H_a: Si existe asociación entre el tipo maloclusión y el nivel de hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026.

III. Metodología

3.1. Tipo, nivel y diseño de investigación

Nivel de investigación

Según el nivel de investigación es relacional:

Según Hernández S. (2018), el alcance correlacional, dentro de la metodología de investigación, se centra en examinar el vínculo existente entre dos o más variables, permitiendo describir y analizar de manera detallada los resultados que se derivan del proceso investigativo.³³

Tipo de investigación

Según el enfoque de estudio- cuantitativo:

De acuerdo con Hernández S. (2018), el enfoque cuantitativo dentro de la metodología se distingue la investigación por el empleo de datos numéricos como base para la aplicación de pruebas y procedimientos estadísticos.³³

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio - transversal:

Según Hernández S. (2018), el diseño transversal en la metodología de investigación se define como aquel en el que la recogida de información se efectúa en un momento único determinado, sobre un grupo previamente establecido de participantes.³³

Según la intervención del investigador - observacional:

De acuerdo con Hernández S. (2018), el diseño observacional en la metodología de investigación se distingue por el hecho de que el investigador no se involucra ni altera las variables en estudio, sino que simplemente observa y documenta los fenómenos tal como aparecen de forma natural; en este caso, se procederá a observar las condiciones oclusales y los hábitos parafuncionales presentes en los adolescentes evaluados.³³

Según la planificación de la toma de datos - Prospectivo:

Según Hernández S. (2018), el estudio prospectivo dentro de la metodología de investigación se define como aquel en el que los datos son de tipo primario y su recolección es planificada con anticipación por el investigador. En el presente estudio, la información a obtener será recabada directamente por el responsable de la investigación conforme a lo previamente establecido.³³

Según el número de variable a estudiar - Analítico:

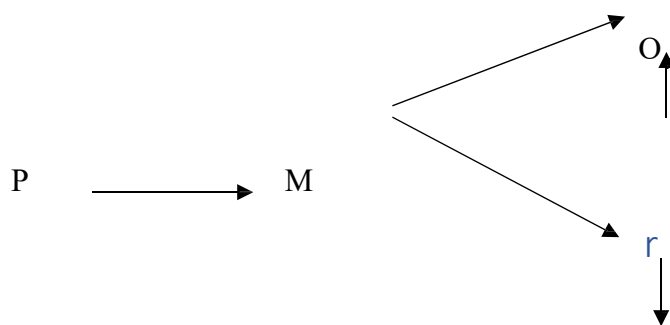
Hernández S. (2018), indica que analiza la relación estadística entre ellas sin el efecto de ninguna variable externa.³³

Diseño de la investigación

Según el nivel de investigación es no experimental:

Hernández S. (2018), menciona que la metodología de investigación define a este diseño como la no intervención por parte del investigador, por lo que solo mide las variables en el estudio.³³, Esta investigación presenta el siguiente esquema:

A continuación, la correlación se determinará de la siguiente manera:



Donde:

P: 72 niños de 6 a 12 años.

M: Escolares de 6 a 12 años.

O_x: Medición de la Maloclusión. O_y:

Medición de los hábitos bucales. r:

Correlación entre las variables.

3.2. Población y muestra Población

La población se compondrá de 72 niños que tengan entre 6 y 12 años y que hayan cumplido con los criterios de inclusión, atendidos en un consultorio odontológico de la provincia de Trujillo durante el año 2026.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Niños de 6 a 12 en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026
- Niños de 6 a 12 años que deseen participar.
- Niños de 6 a 12 años que firmen el asentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Niños mayores de 12 años.
- Padres de familia y/o apoderados de los escolares que no logren firmar el consentimiento informado.
- Niños que no llenen el asentimiento informado.

Muestra

La estará constituida por el total de la población que son 72 niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026, que cumplieron los criterios de inclusión.

Muestreo

Se utilizará un muestreo censal, porque se va a trabajar con la totalidad de la población accesible, lo que posibilita una evaluación total de los casos registrados.³³

3.3. Variables. Definición y operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA MED
Maloclusión	La maloclusión dentaria se conceptualiza como una alteración en el desarrollo y alineación adecuada de las piezas dentarias, que compromete la disposición normal de los dientes dentro de las arcadas dentales. ¹	Clasificación de angle	Clase I Clase II Clase III	No
Hábitos bucales	Práctica obtenida por la reiteración constante de la misma acción. ¹⁵	Deglución atípica	Si No	Or
		Succión digital		
		Respiración Bucal		
		Onicofagia		

COVARIABLES	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Cantidad de años que ha vivido un individuo desde su fecha de nacimiento	Edad cronológica	Cantidad de años desde que nació	Escala de años
Sexo	Identidad de género y rasgos biológicos de un individuo	Sexo biológico	Masculino Femenino	Nivel de género

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información

✓ Técnica de recolección de datos

Para la variable de maloclusión la técnica será la observación clínica y para la variable hábitos bucales la técnica será la encuesta.

✓ Instrumento de recolección de datos

Respecto al registro de datos correspondiente a la variable maloclusión, se empleará la Clasificación de Angle (clases I, II y III) como criterio de valoración oclusal. Los hallazgos obtenidos durante la evaluación clínica fueron trasladados al instrumento de recolección de información sobre maloclusión y hábitos parafuncionales, el cual fue aplicado directamente por el profesional a cargo del estudio.

Dicha clasificación de angle es la siguiente:

1. Clase I con mordida abierta
2. Clase II con mordida abierta
3. Clase III con mordida abierta

Para la recolección de datos de la variable Hábitos bucales se usará un cuestionario, donde se encuentra redacta por 5 preguntas por cada dimensión y teniendo como respuestas dicotómicas SI y NO donde SI tiene un puntaje 1 y NO un puntaje de 0.

Presencia y no presencia de:

1. Deglución atípica Si () No ()
2. Succión digital Si () No ()
3. Respiración Bucal Si () No ()
4. Onicofagia Si () No ()

Se realizado un baremo de tres niveles:

Niveles	Puntaje
Bueno	14 – 20
Regular	8 – 13
Malo	0 – 7

✓ Procedimiento de recolección de datos

1. Carta de presentación:

Se ejercerá una carta de presentación dirigida al director de la Escuela Profesional de Odontología, con la finalidad de ser presentado al Doctor encargado del Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo

2. Calibración

Se realizará una previa calibración mediante un especialista en el área de ortodoncia a través del índice de Kappa Cohen, luego los datos serán documentados en la hoja de recopilación de datos.

3. Ejecución:

Se informará a los participantes y a sus padres o tutores sobre la necesidad de completar un consentimiento y un asentimiento informados como requisito previo a su participación. Posteriormente, se llevará a cabo la evaluación clínica odontológica, orientada específicamente a la identificación de hábitos parafuncionales. Durante este proceso, se interrogará a los adolescentes escolarizados acerca de la práctica inconsciente de conductas como la succión digital, la succión de bolígrafos o el mordisqueo de uñas, registrando las respuestas en el instrumento de recolección de datos correspondiente (Anexo 03). Asimismo, se examinará la relación entre la primera molar superior e inferior y se verificará la presencia o ausencia de mordida abierta en el sector anterior, consignando los hallazgos en dicho instrumento. La convocatoria de los adolescentes se realizará de forma organizada por grado y sección. Para la evaluación se dispondrá de un ambiente debidamente iluminado, donde los participantes ingresarán de uno en uno para evitar aglomeraciones, permaneciendo el resto fuera del área a una distancia social adecuada. Cada adolescente será evaluado en posición sedente sobre un sillón apropiado, con el cumplimiento estricto de las medidas de seguridad biológica que se han determinado por la normativa vigente, incluyendo el uso de mascarilla desechable, gorro desechable, mameluco, protector facial, lentes de protección y guantes descartables. La valoración oclusiva se efectuará aplicando el método de observación mediante la clasificación de Angle (clases I, II y III), y los datos obtenidos serán registrados en el instrumento de recolección de información sobre maloclusión y hábitos parafuncionales, a cargo del profesional responsable.

3.5. Método de análisis de datos

El plan de análisis de datos se ejecutará a través de la estadística inferencial y descriptiva utilizando la prueba chi cuadrado, con un nivel de significancia establecido en $p < 0,05$.

3.6 Aspectos éticos

Esta investigación se llevará a cabo de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de Integridad Científica en la Investigación, versión 002, que fue actualizada por el Consejo Universitario el 12 de mayo de 2025. Los principios éticos fundamentales que rigen este tipo de investigaciones, los cuales se describen a continuación, han sido establecidos por esta normativa:³²

Respeto y protección de los derechos de los intervinientes.

Para garantizar la privacidad de los pacientes y de otras personas que tomen parte en el estudio, no se incluirán datos privados en el consentimiento informado y el cuestionario. se tomarán fotos de su persona sin el permiso correspondiente. Además, se informará a los residentes que la información suministrada solo tendrá un propósito de investigación.

Cuidado del medio ambiente

Con el fin de proteger el ecosistema, el ambiente y las plantas, se reciclarán todos los materiales utilizados con responsabilidad; Así cuidamos nuestro planeta. Además, se empleará el consumo de electricidad de una manera sensata, procurando evitar que los aparatos usados permanezcan conectados a la carga durante horas.

Libre participación por voluntad propia

Los ciudadanos serán informados sobre el objetivo del trabajo de investigación por medio del consentimiento informado, que señala que la participación es voluntaria. Además, si Los participantes tienen alguna pregunta, el investigador deberá aclararlas para generarles mayor confianza en su participación.

Beneficencia, no maleficencia

Beneficencia

Se establecerán normas de prevención para la población, evitando daños a nivel económico, físico o psicológico, y se garantizará el anonimato en el llenado del cuestionario.

No maleficencia

Se buscará reducir como no interrumpir sus horas laborales y esperar a que haya riesgos disponibles. Asimismo, se informará a los residentes acerca de las ventajas de participar

aportando sus respuestas.

Integridad y honestidad

Se procederá con honestidad e Integridad a lo largo de todo el proceso investigativo, se recopilarán datos auténticos y precisos de los residentes, así como de los recursos físicos y virtuales que se emplearán. Por consiguiente, los resultados obtenidos serán verdaderos y fiables.

Justicia

A todos los habitantes se les aplica un juicio razonable y ponderado, enfatizando la relevancia de la encuesta y su colaboración. Tomarán las medidas necesarias para garantizar que sus limitaciones no resulten en prácticas injusta

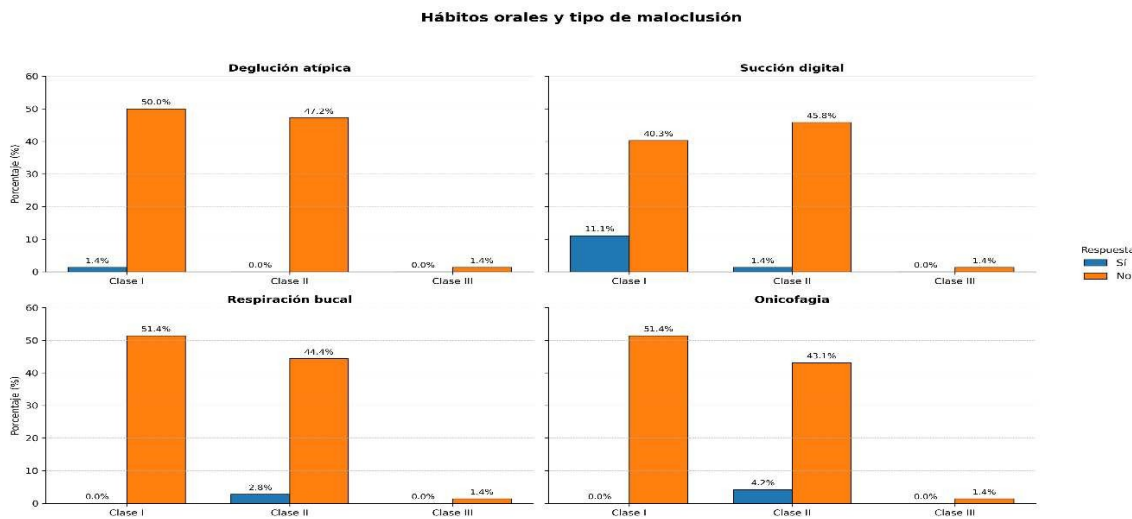
4. Resultados

Tabla 1

Asociación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026.

Tipo deglución		Tipo de maloclusión								X ²	p
		Maloclusión		Maloclusión		Maloclusión		Total			
		clase I		clase II		clase III					
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Deglución atípica	Si	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0,959	0,619
	No	36	50,0	34	47,2	1	1,4	71	98,6		
	Total	37	51,4	34	47,2	1	1,4	72	100,0		
Succión digital	Si	8	11,1	1	1,4	0	0,0	9	12,5	5,798	0,055
	No	29	40,3	33	45,8	1	1,4	63	87,5		
	Total	37	51,4	34	47,2	1	1,4	72	100,0		
Respiración bucal	Si	0	0,0	2	2,8	0	0,0	2	2,8	2,299	0,317
	No	37	51,4	32	44,4	1	1,4	70	97,2		
	Total	37	51,4	34	47,2	1	1,4	72	100,0		
Onicofagia	Si	0	0,0	3	4,2	0	0,0	3	4,2	3,499	0,174
	No	37	51,4	31	43,1	1	1,4	69	95,8		
	Total	37	51,4	34	47,2	1	1,4	72	100,0		

Fuente: Instrumento de recolección de información



Fuente: Tabla 1

Figura 1

Asociación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026.

Interpretación

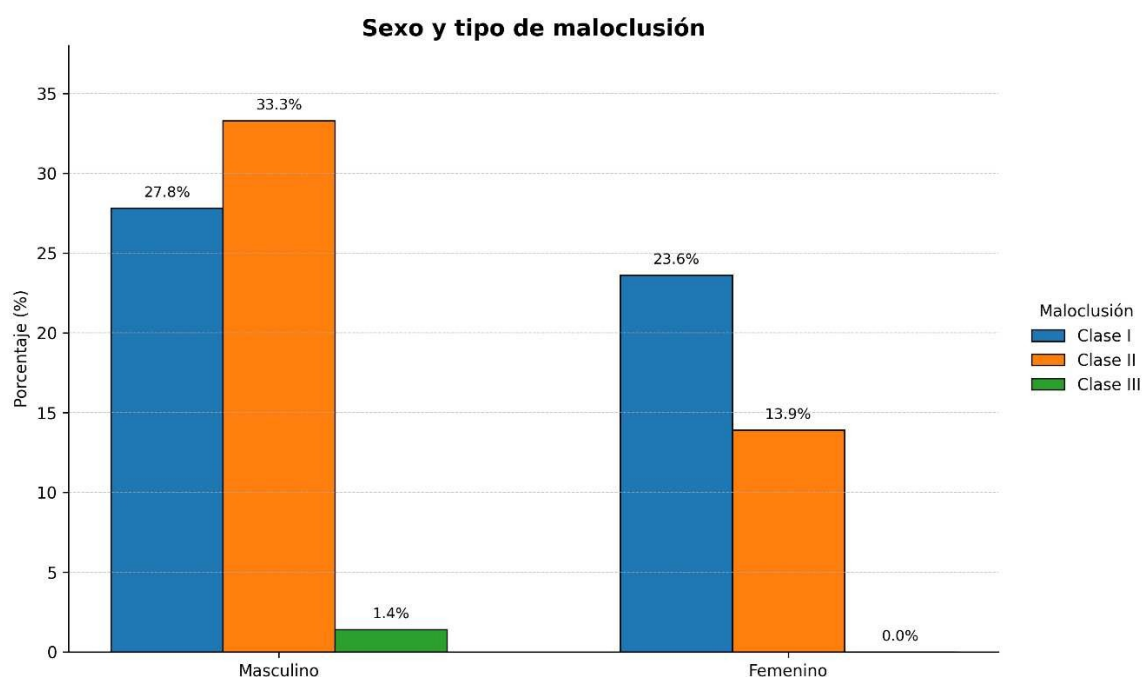
La Tabla 1 muestra que la maloclusión de clase I fue la más común, con un 51,4%, seguida de la clase II con un 47,2%, y en menor medida, la clase III que solo alcanzó un 1,4%. En cuanto a los hábitos bucales, se registró un único caso de deglución atípica (1,4%), sin una asociación significativa con el tipo de maloclusión ($p=0,619$). La succión digital se observó en el 12,5% de los niños, acercándose a la significancia estadística ($p=0,055$), aunque no lo suficiente como para confirmar una asociación. Además, la respiración bucal (2,8%) y la onicofagia (4,2%) tampoco mostraron una asociación significativa con la maloclusión, con valores de $p=0,317$ y $p=0,174$, respectivamente. Los resultados sugieren que no hay una asociación estadísticamente significativa entre los hábitos bucales y la maloclusión.

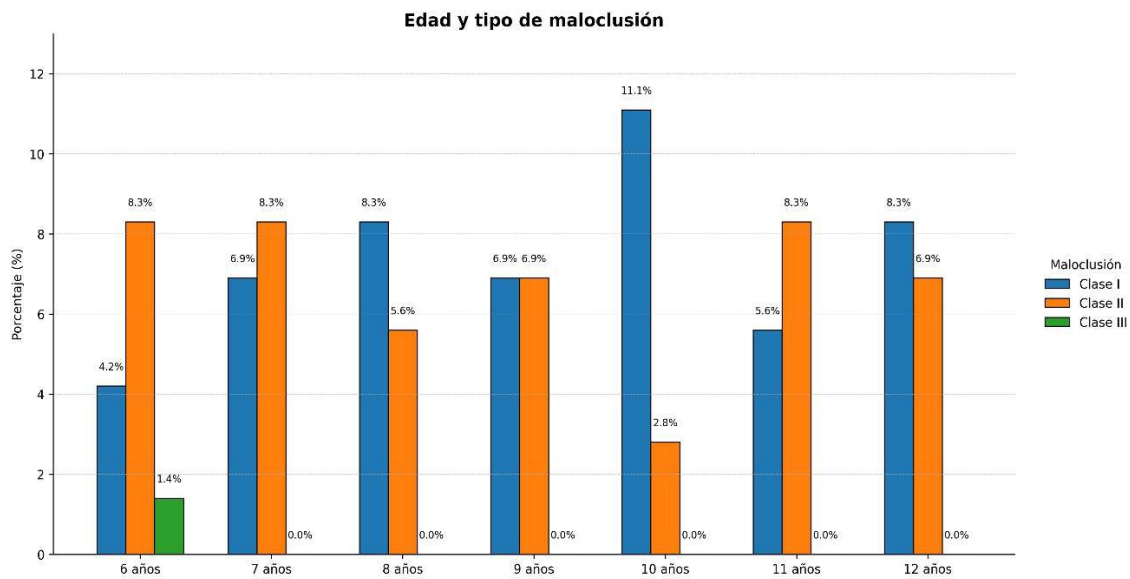
Tabla 2

Prevalencia maloclusión en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026 según sexo y edad.

		Tipo de maloclusión								X ²	p
		Maloclusión		Maloclusión		Maloclusión		Total			
		clase I		clase II		clase III					
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo	Masculino	20	27,8	24	33,3	1	1,4	45	62,5	2,675	0,262
	Femenino	17	23,6	10	13,9	0	0,0	27	37,5		
	Total	37	51,4	34	47,2	1	1,4	72	100,0		
Edad	6 años	3	4,2	6	8,3	1	1,4	10	13,9	11,700	0,470
	7 años	5	6,9	6	8,3	0	0,0	11	15,3		
	8 años	6	8,3	4	5,6	0	0,0	10	13,9		
	9 años	5	6,9	5	6,9	0	0,0	10	13,9		
	10 años	8	11,1	2	2,8	0	0,0	10	13,9		
	11 años	4	5,6	6	8,3	0	0,0	10	13,9		
	12 años	6	8,3	5	6,9	0	0,0	11	15,3		
	Total	37	51,4	34	47,2	1	1,4	72	100,0		

Fuente: Instrumento de recolección de información





Fuente: Tabla 2

Figura 2

Prevalencia maloclusión en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026 según sexo y edad

Interpretación

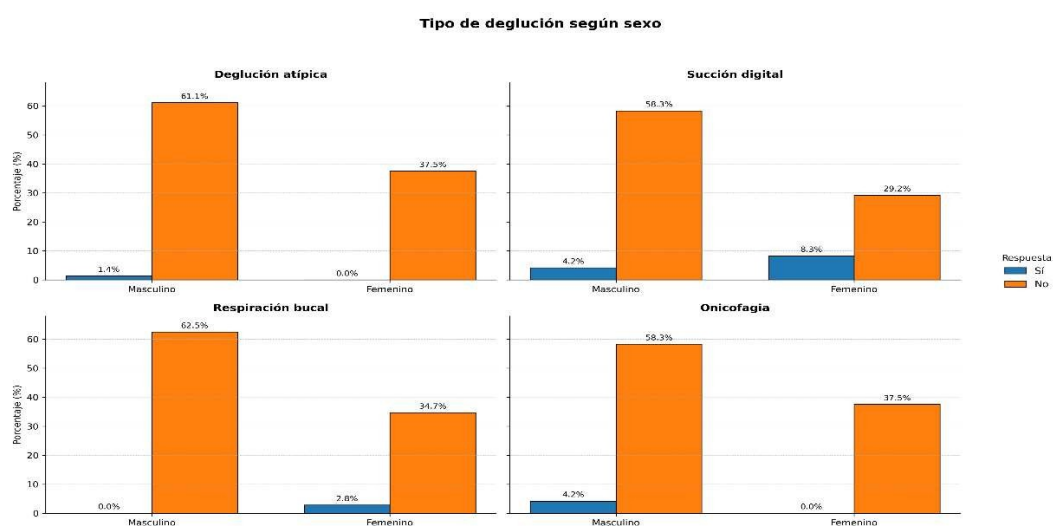
La Tabla 2 revela que la maloclusión de clase I es la más común entre la población estudiada, con un 51,4%, seguida de la clase II con un 47,2%, y en una proporción mínima, la clase III con un 1,4%. Al analizar por sexo, se observó que los hombres presentaron una mayor frecuencia total de maloclusión (62,5%) en comparación con las mujeres (37,5%); sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el tipo de maloclusión ($p=0,262$). En cuanto a la edad, los porcentajes más altos se concentraron en el grupo de 7 a 12 años, donde se notaron variaciones en la frecuencia de los tipos de maloclusión; no obstante, estas diferencias tampoco resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0,470$). Por lo tanto, se concluye que ni el sexo ni la edad están significativamente relacionados con el tipo de maloclusión.

Tabla 3

Prevalencia de los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026 según sexo.

Tipo de deglución		Sexo					
		Masculino		Femenino		X ²	p
		N	%	N	%		
Deglución atípica	Si	1	1,4	0	0,0	6,287	0,392
	No	44	61,1	27	37,5		
	Total	45	62,5	27	37,5		
Succión digital	Si	3	4,2	6	8,3	3,262	0,775
	No	42	58,3	21	29,2		
	Total	45	62,5	27	37,5		
Respiración bucal	Si	0	,0	2	2,8	9,164	0,165
	No	45	62,5	25	34,7		
	Total	45	62,5	27	37,5		
Onicofagia	Si	3	4,2	0	0,0	1,878	0,2857
	No	42	58,3	27	37,5		
	Total	45	62,5	27	37,5		

Fuente: Instrumento de recolección de información



Fuente: Tabla 3

Figura 3

Prevalencia los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026 según sexo

Interpretación

La Tabla 3 presenta la prevalencia de los hábitos bucales según el sexo en niños de 6 a 12 años. Se puede notar que la mayoría de la muestra corresponde al sexo masculino, con un 62,5%, mientras que el femenino abarca el 37,5%. La deglución atípica se observó solo en un niño masculino (1,4%), sin una asociación significativa con el sexo ($p=0,392$). En cuanto a la succión digital, fue más común en el sexo femenino (8,3%) que en el masculino (4,2%), aunque tampoco mostró una asociación estadísticamente significativa ($p=0,775$). La respiración bucal se registró únicamente en el sexo femenino (2,8%), y la onicofagia solo en el masculino (4,2%); sin embargo, en ambos casos no se encontró una asociación significativa ($p=0,165$ y $p=0,2857$, respectivamente)

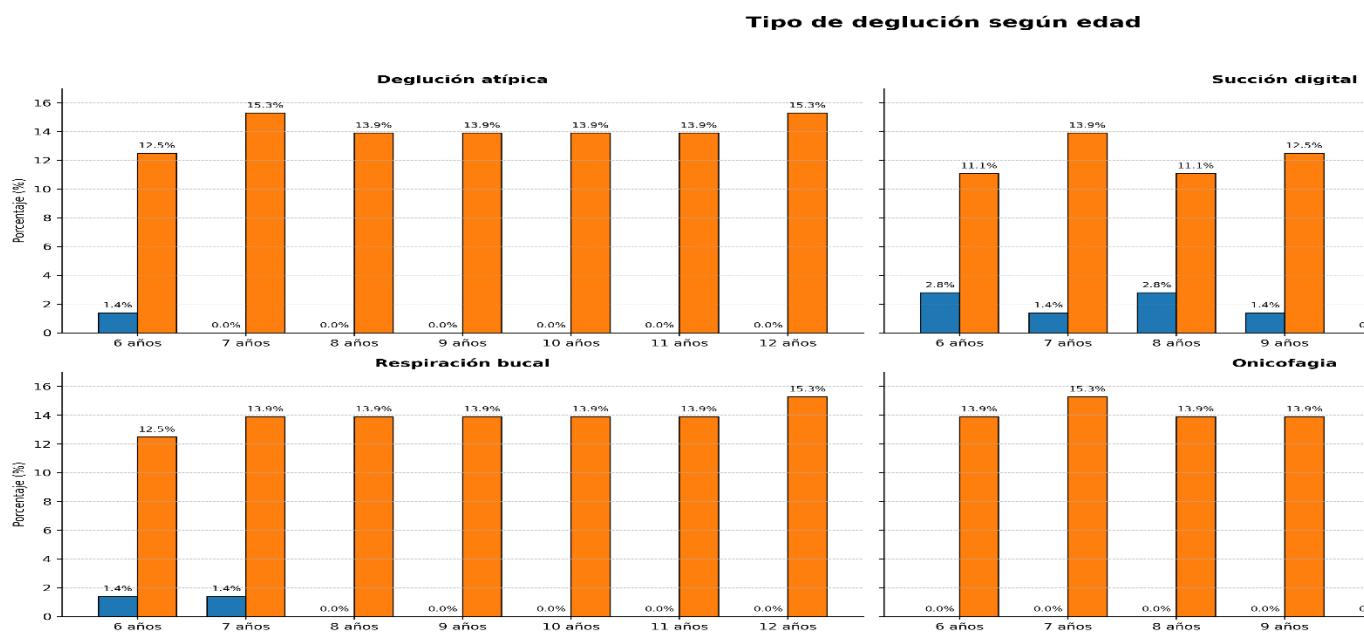
Tabla 4

Prevalencia los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo

Tipo de deglución		Edad									
		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Deglución atípica	Si	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	No	9	12,5	11	15,3	10	13,9	10	13,9	10	13,9
	Total	10	13,9	11	15,3	10	13,9	10	13,9	10	13,9
Succión digital	Si	2	2,8	1	1,4	2	2,8	1	1,4	0	0,0
	No	8	11,1	10	13,9	8	11,1	9	12,5	10	13,9
	Total	10	13,9	11	15,3	10	13,9	10	13,9	10	13,9
Respiración bucal	Si	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	No	9	12,5	10	13,9	10	13,9	10	13,9	10	13,9
	Total	10	13,9	11	15,3	10	13,9	10	13,9	10	13,9
Onicofagia	Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	No	10	13,9	11	15,3	10	13,9	10	13,9	10	13,9
	Total	10	13,9	11	15,3	10	13,9	10	13,9	10	13,9

		Tipo de deglución							
		Deglución atípica		Deglución digital		Respiración bucal		Onicofagia	
		X ²	p	X ²	p	X ²	p	X ²	p
Edad		6,287	0,392	3,262	0,775	5,012	0,542	9,164	

Fuente: Instrumento de recolección de información



Fuente: Tabla 4

Figura 4

Prevalencia los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo

Interpretación

La Tabla 4 ilustra la prevalencia de los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años. La deglución atípica fue bastante rara en los niños de 6 a 12 años (1,4%). La succión digital se notó en varias edades, siendo más común en los grupos de 6, 8 y 11 años (2,8% e 11,1%). En los grupos de 7, 9 y 12 años fue del 1,4%, y no se observó en los niños de 10 años. La respiración bucal solo se detectó en los grupos de 6 y 7 años (1,4%). En cuanto a la onicofagia, estuvo ausente entre los 6 y 10 años, apareciendo únicamente a los 11 años (2,8%) y 12 años (2,8%). Los hábitos bucales mostraron una baja frecuencia en todos los grupos de edad.

El estudio sobre la relación entre la edad y los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años ha arrojado resultados interesantes. Se encontró que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la edad y comportamientos como la deglución atípica ($p=0,392$), la succión digital ($p=0,775$), la respiración bucal ($p=0,542$) o la onicofagia ($p=0,165$), ya que en todos estos casos el valor de p supera 0,05. Aunque los valores de chi cuadrado variaron entre los hábitos analizados, estas diferencias no fueron lo suficientemente significativas. Por lo tanto, se puede concluir que la edad no tuvo un impacto notable en la presencia de los hábitos bucales observados en los niños que visitaron el consultorio odontológico durante el año 2026.

Discusión

En la presente se evaluó la asociación entre malocusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un consultorio odontológico en la provincia de Trujillo durante el año 2026, mediante la aplicación de una encuesta realizada a los padres de familia y/o apoderados de los niños así como también una revisión de cada uno de los niños atendidos.

Se evidenció que la clase más común fue la clase I con un 51.4%, seguida de la clase II con un 47.2%, y una menor medida, una clase III que sólo alcanzó el 1.4%, con respecto a los hábitos bucales se registró un único caso de deglución atípica del 1.4%, sin una asociación que sea realmente significativa con el tipo de maloclusión.

Con respecto a la prevalencia de maloclusiones, según sexo y edad se observó que los hombres presentaron una mayor frecuencia total de maloclusión 62.5% en comparación con las mujeres 37.5% sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el tipo de maloclusión. Seguido en cuanto a la edad, los porcentajes más altos se concentraron en el grupo de 7 a 12 años donde se notaron variaciones en la frecuencia de los tipos de maloclusión. No obstante, estas diferencias tampoco resultaron ser estadísticamente significativas. Con respecto en referencia a los hábitos bucales según el sexo, se puede notar que la mayoría de la muestra corresponde al sexo masculino con un 62.5% mientras el femenino abarca el 37.5% la deglución atípica, sólo se observó en un solo niño de sexo masculino con el 1.4% sin una asociación significativa con el sexo. En cuanto a la succión digital fue más común en el sexo femenino que en el masculino, aunque tampoco está mostrada una asociación estadísticamente significativa, la respiración bucal se registró únicamente en el sexo femenino y la onicofagia sólo en el sexo masculino, sin embargo, en dos casos tampoco se logró encontrar una asociación significativa, respectivamente.

En referencia a la edad, la deglución típica fue bastante rara, apareciendo sólo en niños de seis años que es el 1.4%. La succión digital se notó en varias edades, siendo más común en los grupos de seis, 8:11 años con un 2% 2.8% cada uno mientras que en los niños de siete 9:12 años fue el 1.4% y no se observó en niños de 10 años. La respiración bucal sólo se detectó en grupos de seis a siete años. En cuanto a la onicofagia estuvo ausente entre los seis a 10 años, apareciendo únicamente a los 11 años que sería el 2.8% y a los 12 años el 1.4%. En general, los hábitos bucales mostraron una baja frecuencia en todos los grupos de edad. En general el estudio se encontró que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la edad y

comportamiento como la deglución atípica, la succión digital, la respiración bucal, lo onicofagia, ya que en todos estos casos el valor de supera el 0.05, aunque los valores del cuadrado variaron entre los hábitos analizados, estas diferencias no fueron lo suficientemente Significativas. Por lo tanto, se puede concluir que la edad no tuvo un impacto notable en la presencia de los hábitos bucales, observados en los niños que visitaron el consultorio odontológico durante el año 2026.

En en ámbito internacional los resultados coinciden con Rai A. Nepal (2022) Según los resultados de los estudios se pudo evaluar que los niños más de la mitad presentaron hábitos bucales con asociación significativa a rasgos de maloclusión, lo que resalta la importancia de una detección e intervención tempranas.

Asimismo, a nivel nacional Campo P Trujillo (2024) Los hallazgos indicaron que no existe asociación significativa entre los hábitos orales en términos generales y las maloclusiones ($p=0,195$), tampoco se encontró asociación con la succión digital ($p=0,6946$) ni con la succión labial ($p=0,5370$). No obstante, sí se evidenció una asociación estadísticamente significativa con la deglución atípica ($p=0,0099$) y con la respiración bucal ($p=0,0181$). Conclusión: Se determinó que los hábitos de deglución atípica y respiración bucal guardan una asociación significativa con la aparición de maloclusiones, mientras que la succión digital y la succión labial no demostraron tener relación con dicha condición.

Conclusiones

1. No se evidencio relación estadísticamente significativa entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico en la provincia de Trujillo durante el periodo 2026
2. La maloclusión Clase I representa la mayor cantidad de incidencia entre todos los niños atendidos seguido de la Maloclusión Clase II y consecutivamente de la Clase III
3. Los hábitos bucales en general mostraron una baja frecuencia en todos los grupos de edad siendo la deglución atípica, succión digital, respiración bucal y la onicofagia ya que en todos los casos el valor de p supera el 0.05
4. Los hábitos bucales con respecto al sexo no se encontró una asociación significativa

Recomendaciones

1. Se recomienda que los padres de familia realicen revisiones odontológicas con la finalidad de mantener una prevención de maloclusiones y los distintos hábitos bucales que existen.
2. Se recomienda realizar convenios con las instituciones educativas para que así los futuros profesionales puedan ingresar a examinar y dar charlas educativas sobre hábitos bucales y maloclusiones tanto como a docentes y padres de familia y/o apoderados, así mismo como también a los niños para que así logren tener un mayor conocimiento para que consecutivamente puedan asistir a consultas odontológicas y se les realice tratamientos ya sean preventivos o correctivos
3. Se recomienda realizar investigaciones en una población mas amplia como en comunidades o distintas instituciones, debido a que no existe una gran cantidad de estudios de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solano Y, Molina Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Multimed. [Internet]. 2019[citado 2022 Julio 08]; 23(3), 580-591. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90513>
2. Espinoza S, Alarcón E, Sierra M, Cevallos D. La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. [Internet]. 2019[citado 2022 Julio 08]; 3(6), 207-216. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097513>
3. Meza E, Olivera P, Rosende M, Peláez A. Maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta. Revista de la Asociación Odontológica Argentina. [Internet]. 2021[citado 2022 Julio 08]; 109(3), 171-176. Disponible en:
https://raoa.aoa.org.ar/revistas/revista_fulltext?t=361&d=Maloclusiones funcionales y su relaci%C3%B3n con h%C3%A1bitos orales en ni%C3%B1os con dentici%C3%B3n mixta&volumen=109&numero=3
4. Mercado S, Mamani L, Mercado J, et al. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes [Internet]. 2018 [citado 2022 Julio 08]; 15 (2): 94 – 98. Disponible en:
<https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1324-4400-1-PB.pdf>
5. Espinoza S, Alarcón E, Sierra M, Cevallos D. La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. [Internet]. 2019[citado 2022 Julio 08]; 3(6), 207-216. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097513>
6. Espinoza M. Succión digital: repercusiones y tratamiento. National Member Society [Internet]. 2018 [citado 2022 Julio 08]; 17 (1). Disponible en:
<http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/21>
7. Solís M. Succión digital: repercusiones y tratamiento. Revista Odontología pediátrica. [Internet]. 2020[citado 2022 Julio 08]; 17(1), 42-51. Disponible en: [Succión digital: repercusiones y tratamiento | REVISTA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA \(spo.com.pe\)](http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/21)
8. OMS: Organización Mundial de la Salud. OMS - Salud Bucodental. [Internet]. 2019 [citado 2022 Julio 08]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

9. López M, Cubero G, Estrada G, Estrada G, Concepción L, Machado R. Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal. *Mediciego*. [Internet]. 2017. [citado 2022 Julio 08]; 23(1): 49-55. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71730>
10. Parra S, Zambrano G. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares. Revisión Sistemática. *Int. Journal. Odontostomat*. [Internet]. 2018 [citado 2022 Julio 08]; 12(2):188-193. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v12n2/0718-381X-ijodontos-12-02- 00188.pdf>
11. Mercado S, Mamani L, Mercado J, et al. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes [Internet]. 2018 [citado 2022 Julio 08]; 15 (2): 94 – 98. Disponible en:
<https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1324-4400-1-PB.pdf>
12. Meza E, Olivera P, Rosende M, Peláez A. Maloclusiones funcionales y su asociación con hábitos orales en niños con dentición mixta. *Rev Asoc Odontol Argent* [Internet]. 2021 [citado el 26 de Enero de 2025];109(3):171–6. Disponible en:
https://raoa.aoa.org.ar/revistas/revista_fulltext?t=361&d=Maloclusiones funcionales y su relaci%C3%B3n con h%C3%A1bitos orales en ni%C3%B1os con dentici%C3%B3n mixta&volumen=109&numero=3.
13. Rai A, Koirala B, Dali M, Shrestha S, Shrestha A, Niraula SR. Prevalence of oral habits and its association with malocclusion in primary dentition among school going children of Nepal. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2022 [citado el 17 de abril de 2023];46(1):44–50. Disponible en:
<https://meridian.allenpress.com/jcpd/article/46/1/44/479332/Prevalenceof-Oral-Habits-and-its-Association-with>.
14. Miguel R, Navarro T. Adolescencia temprana y maloclusiones dentarias generadas por hábitos bucales nocivos en una Institución Educativa de Concepción. [Tesis de grado]. Huancayo: Universidad Peruana de los Andes; 2021. [citado 2022 Ago 17]. Disponible en:
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2559>
15. Zarate R. Hábitos bucales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. n° 70621, “20 de enero”. Juliaca 2019. [Tesis de grado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2021. [citado 2022 Ago 17]. Disponible en:
<http://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/15422>
16. Pérez 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 grado]. Chiclayo:

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2021. [citado 2022 Agos 17]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12423/4073>

17. Rodríguez L, Chacón P, Quinto A, Pumahualcca G, Pérez L. Deleterious oral habits related to vertical, transverse and sagittal dental malocclusion in pediatric patients. BMC Oral Health [Internet]. 2022 [citado el 17 de abril de 2023];22(1):88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35321719/>.

18. Sevilla Soto, O Relationship between mouth breathing and foot type in children from 8 to 13 years of the Juan Pablo II parish community - Lima 2021. [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2022 [citado: 2026, enero]. Disponible en : <https://hdl.handle.net/20.500.13053/6630>

19. Ccellccascca A, Elizabeth C. Asociación entre maloclusiones y hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años atendidos en el Centro Dental Docente, Lima - Perú, 2025 [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2025 [citado el 27 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/17222>

20. Pérez J. Influencia de los hábitos parafuncionales en la maloclusion dental en adolescentes de LLangoden Alto – Cajamarca. [Tesis de grado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 2022 Ago 17]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8836>

21. Campos P. Hábitos orales y su asociación con las maloclusiones en dentición mixta, en niños de la IE 81014 Pedro Mercedes Ureña 2023. [Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2023 [citado 2022 Ago 17]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/item/a5031ede-f384-4780-8524-dac81a63dfe>.

22. Solano Y, Molina Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Multimed. [Internet]. 2019[citado 2022 Agos 16]; 23(3), 580-591. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90513>

23. Espinoza S, Alarcón E, Sierra M, Cevallos D. La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. [Internet]. 2019[citado 2022 Agos 16]; 3(6), 207-216. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097513>

24. Meza E, Olivera P, Rosende M, Peláez A. Maloclusiones funcionales y su relación con

hábitos orales en niños con dentición mixta. Revista de la Asociación Odontológica Argentina. [Internet]. 2021[citado 2022 Ago 16]; 109(3), 171-176. Disponible en: https://raoa.aoa.org.ar/revistas/revista_fulltext?t=361&d=Maloclusiones_funcionales_y_su_re_laci%C3%B3n_con_h%C3%A1bitos_orales_en_ni%C3%B1os_con_dentici%C3%B3n_mixta&volumen=109&numero=3

25. Lima M, Rodríguez A, García B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2019 [citado 2022 Ago 17]; 56(2): e1395. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v56n2/1561-297X-est-56-02-e1395.pdf>

26. Arias A, Espinal G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis Potosí-México y Medellín-Colombia, 2016. Rev Nac Odontol. [Internet]. 2018[citado 2022 Ago 17];13(26):1-16. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1814>

26. Crespo C, Aulestia J, Ramirez, M. Prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares Oral habits prevalence and their dental-maxillary consequences in school children. Revista Killkana Salud y Bienestar. [Internet]. 2020[citado 2022 Ago 17]; 4(2). Disponible en: https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killcana_salud/article/view/330/811

28. Higuera G, Lopez, L, Pérez, I. Relación entre hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones durante la dentición mixta de niños con trastorno déficit de atención e hiperactividad. Cuaderno de investigaciones: semilleros andina. [Internet]. 2018 [citado 2022 Ago 17];(11). Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/919>

29. Alsadhan S, Asma M. Zubair A. Oral habits, dental trauma, and occlusal characteristics among 4- to 12- year-old institutionalized orphan children in Riyadh, Saudi Arabia. Spec Care Dentist. [Internet]. 2017[citado 2022 Ago 17];37(1):10-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27118440/>

30. Mora N, Torres K, Aragón N, Soto L. Presencia de hábitos orales en pacientes con maloclusiones de 4 a 14 años, Cali, Colombia. Revista Nacional de Odontología. [Internet]. 2020 [citado 2022 Ago 17]; 16(2), 1-12. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/3697>

31. Narváez Y, Toscano C, Pérez N, Escuela de Odontología U. Malos Hábitos Bucales en Escolares de Diferente Nivel Socioeconómico de Oaxaca. Revista Espacio Universitario. [Internet]. 2019 [citado 2022 Ago 17]; 14(38), 45. Disponible en:
<https://urseva.urse.edu.mx/wp-content/uploads/2019/08/malos-h%C3%A1bitos-bucales.docx.pdf>
32. Parra S, Zambrano A. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revisión sistemática. International journal of odontostomatology [Internet]. 2018 [citado 2022 Ago 17]; 12(2), 188-193. Disponible en:
<https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v12n2/0718-381X-ijodontos-12-02-00188.pdf>
33. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las tres rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1th. ed. Mexico: In Mc Graw Hill; 2018 [citado 2022 Jul 28]. Disponible en:
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
34. Fortoul Van der Goes T. La importancia de la edad. Rev. Fac. Med. (Méx.). [Internet]. 2017 [citado 2022 Jul 28]; 60(3): 3-5. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n3/2448-4865-facmed-60-03-3.pdf>
35. Guerra R. Persona, sexo y género. Los significados de la categoría "género" y el sistema "sexo/género" según Karol Wojtyła. Revista de filosofía open insight. [Internet]. 2016 [citado 2022 Jul 28]; 7(12), 139-164. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rfoi/v7n12/2395-8936-rfoi-7-12-00139.pdf>
36. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de ética para la investigación V005 [Internet]. Chimbote; 2021 [citado 18 febrero 2023]. Disponible en:
<file:///C:/Users/RYZEN/Downloads/codigo-de-etica-para-la-investigacion-v005.pdf>

ANEXOS

Anexo 01 Documento de autorización para el desarrollo de la investigación (Ley N°29733)



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

Fecha: 10/03/2026

Señor:

CD. Wigger Urtecho Sauna

Gerente de Urtecho, Centro de Salud Estético y Odontológico S.A.C

Asunto: Autorización para el desarrollo de la investigación

Referencia: CARTAN°0000000350- 2026-CGI-VI-ULADECH CATÓLICA

De nuestra consideración:

Reciba un cordial saludo institucional de parte de la clínica Urtecho, Centro de salud Estético y Odontológico S.A.C, en respuesta a su comunicación N°0000000350- 2026-CGI-VI-ULADECH CATÓLICA, nos dirigimos a usted para informarle lo siguiente:

Se aprueba su solicitud para:

- Que el estudiante Avila Calle, Luis Ubaldo realice actividades de recolección de datos en nuestras instalaciones, en el periodo comprendido del 10 de Marzo al 20 de Marzo del 2026.
- Incluir el nombre de la Institución en el título de su investigación RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, PROVINCIA DE TRUJILLO – 2026 Con la condición de que los datos recolectados deberán utilizarse exclusivamente con fines académicos, conforme a lo establecido en la Ley N° 29733(Ley de Protección de Datos Personales).

Agradecemos su compromiso con la Investigación formativa y quedamos a disposición para cualquier consulta adicional.

Atentamente,

URTECHO CENTRO DE SALUD
ESTÉTICO Y ODONTOLÓGICO

Dr. Wigger Urtecho Sauna
GERENTE

Firma, Nombre y apellidos, sello del cargo



Chimbote, 21 de marzo del 2026

CARTA N° 0000000350- 2026-CGI-VI-ULADECH CATÓLICA

Señor/a:

WIGGER URTECHO SAUNA

URTECHO, CENTRO DE SALUD ESTETICO Y ODONTOLOGICO S.A.C

Presente.-

A través del presente reciba el cordial saludo a nombre del Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, asimismo solicito su autorización formal para llevar a cabo una investigación titulada **RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, PROVINCIA DE LA TRUJILLO - 2026** PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA, con la LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD ORAL, que involucra la recolección de información/datos en 72 Niños, a cargo de LUIS UBALDO AVILA CALLE, perteneciente al PROGRAMA DE ESTUDIO DE ODONTOLOGÍA, con DNI N° 72656492, durante el período de 10-03-2026 al 20-03-2026.

La investigación se llevará a cabo siguiendo altos estándares éticos y de confidencialidad y todos los datos recopilados serán utilizados únicamente para los fines de la investigación.

Es propicia la oportunidad para reiterarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,


Dr. Hélio Albert Velázquez Castillo
Director de Investigación y Postgrado
Universidad Católica Los Angeles de Chimbote



Anexo 03 Matriz de consistencia

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS
CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, PROVINCIA DE LA TRUJILLO – 2026

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
¿Existirá asociación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026	Objetivo General -Determinar la asociación entre maloclusiones y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026	-Hipótesis nula (H0) No existe asociación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026 -Hipótesis alterna (Ha) Si existe asociación entre maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 en un Consultorio	Variables - Maloclusión. Hábitos bucales. Características sociodemográficas -Edad. -Sexo.

	Objetivos Específicos 1. Determinar la maloclusión en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026 2. Determinar los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en un Consultorio Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026	Odontológico en la Provincia de Trujillo durante el año 2026	
--	---	--	--

CALIBRACIÓN: ÍNDICE DE CONCORDANCIA (KAPPA)

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del infórmate (Asesor): Wigger Urtecho Sauna
- 1.2 Grado Académico: -Especialista en Ortodoncia
- 1.3 Profesión: Cirujano- Dentista
- 1.4 Institución donde Labora: Urtecho, Centro de salud estético y odontológico
- 1.5 Cargo que desempeña: Gerente General
- 1.6 Denominación: Calibración de la ficha clínica
- 1.7 Autor del instrumento: Avila Calle Luis Ubaldo
- 1.8 Carrera: Odontología

II. VALIDACIÓN:

Análisis de concordancia
Investigador-Asesor (C.D. Esp. Urtecho Sauna Wigger.)
MALOCCLUSIÓN CLASIFICADAS SEGÚN ANGLE

	Kappa	Error estandarizado	T° aproximada	Significación Aproximada
Intra-evaluador	1.000	0.000	3.041	0.002
Inter-evaluador	1.000	0.000	3.041	0.002

Un valor de $K > 1,000$ permite afirmar que las variables observadas por el examinador y por el experto tiene una fuerza de concordancia muy buena

Valoración del coeficiente kappa (Landys y Koch, 1977)

Coeficiente kappa de Fleiss Fuerza de concordancia

0,00	Pobre (Poor)
0,1-0,20	Leve (Slight)
0,21-0,40	Aceptable (Fair)
0,41-0,60	Moderada (Moderate)
0,61-0,80	Considerable (Substantial)
0,81-1,0	Casi perfecta (Almost perfect)

FUENTE: Landis J, Koch G. La medida del acuerdo del observador para datos categóricos. Biometría, 33 (1977), (consultado el 5 de Julio del 2022) 159-174 pp.
Disponible En: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843571/>


CO. WIGGER X. URTECHO SAUNA
CIRUJANO DENTISTA
COP 31537 RNE 95130



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título del Proyecto: “MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO EN LA PROVINCIA DE TRUJILLO – 2026”

Autor: Avila Calle, Luis Ubaldo

Ficha clínica para evaluar el tipo de maloclusión más frecuentes en niños en un Consultorio Odontológico en la provincia de Trujillo – 2026

Fecha :

Edad :

Sexo :

Oclusión

CLASIFICACION DE ANGLE			
CLASE I	CLASE II		CLASE III
	DIVISION I	DIVISION II	



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO DE HÁBITOS BUCALES

Fecha:

Edad:

Sexo :

A continuación, se presentan una serie de preguntas, lea con atención cada una de ellas y marque con una "X" la opción que identifica el comportamiento de su hijo.

1. ¿Su hijo se ha chupado el dedo anteriormente?
 - a. SI
 - b. NO
2. ¿Su hijo interpone la lengua para hablar o deglutir los alimentos?
 - a. SI
 - b. NO
3. ¿Su hijo se muerde o se come las uñas?
 - a. SI
 - b. NO
4. ¿Su hijo aprieta o frota los dientes?
 - a. SI
 - b. NO
5. ¿Su hijo respira por la boca?
 - a. SI
 - b. NO

Anexo 05. Formato de consentimiento informado u otros que corresponda a la investigación



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, PROVINCIA DE TRUJILLO – 2026

Investigador: Avila Calle Luis

Correo electrónico de contacto: ubaldocalle24@gmail.com

Institución: Urtecho, Centro odontológico y estético

Teléfono de contacto: 934587957

1. Objetivo de la investigación

Determinar la relación entre la maloclusión y hábitos bucales en niños de 6 a 12 años atendidos en un consultorio odontológico, Provincia de Trujillo, 2026. Este estudio se justificó en términos prácticos porque sus resultados y conclusiones apuntaban a la utilidad de la investigación en el campo de la odontología.

2. Descripción de la participación

Si decide participar en este estudio, usted será invitado a:

1. Realizar un cuestionario hacia el apoderado
 2. Realizar una revisión para el llenado de ficha clínica
3. Posibles beneficios

No se garantiza que usted reciba un beneficio directo por participar en esta investigación.

4. Posibles riesgos o molestias

La participación en este estudio no conlleva riesgos significativos, pero es posible que experimente alguna incomodidad en la pregunta. En caso de que se sienta incómodo o desee interrumpir su participación en cualquier momento, puede hacerlo sin ninguna consecuencia negativa.

5. Confidencialidad

Toda la información que proporcione será tratada de manera confidencial. Sus respuestas serán codificadas y los datos personales no serán divulgados en ningún momento. Los resultados de

este estudio podrán ser utilizados para publicaciones científicas, pero los datos se presentarán de manera anónima.

6. Participación voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a:

- Decidir si desea participar o no.
- Interrumpir su participación en cualquier momento sin ninguna consecuencia.
- Hacer preguntas en cualquier momento y recibir respuestas claras sobre cualquier aspecto de la investigación.

7. Compensación

- no habrá compensación financiera

8. Derechos del participante

Usted tiene derecho a:

- Solicitar más información sobre la investigación.
- Retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su relación con los investigadores o la institución.
- Preguntar sobre el manejo de la información obtenida y cómo será utilizada.

9. Consentimiento

Si tiene alguna duda o pregunta sobre este estudio, puede ponerse en contacto con el investigador principal al número de celular 934587957 correo: ubaldocalle24@gmail.com Por favor, lea cuidadosamente este documento antes de tomar una decisión. Si está de acuerdo en participar en este estudio, firme a continuación:

Firma del participante:.....

Fecha:/...../....

Firma del investigador:.....

Fecha:/...../....

DECLARACIÓN JURADA DE NO LABORAR EN LA INSTITUCIÓN

Yo, **Avila Calle Luis Ubaldo**, identificado(a) con DNI N° **72656492**, con domicilio en **Ascencio de Salas #771**, en el marco del trabajo de investigación titulado: **“MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO EN LA PROVINCIA DE TRUJILLO – 2026”**

Que, a la fecha de suscripción del presente documento, no mantengo vínculo laboral, contractual, administrativo ni de prestación de servicios con la institución objeto de estudio denominada **Urtecho, Centro de Salud Estético y Odontológico**, ni desempeño funciones dentro de la misma.

La presente declaración se formula con fines estrictamente académicos, garantizando la objetividad, independencia y transparencia en el desarrollo del trabajo de investigación.

Declaro que la información proporcionada es veraz y asumo la responsabilidad correspondiente en caso de falsedad.

En señal de conformidad, firmo la presente declaración jurada en la ciudad de **Trujillo**, a los **15** días del mes de **Febrero** del año **2026**.

Firma



Nombre: Avila Calle Luis Ubaldo

DNI/Cédula: 72656492

Teléfono: 934587957

Correo electrónico: avilac95@icloud.com

DECLARACIÓN JURADA DE CONFLICTO DE INTERESES

Yo, **Avila Calle Luis Ubaldo**, identificado(a) con DNI N° **72656492**, con domicilio en **Ascencio de Salas #771**, en el marco del trabajo de investigación titulado: **“MALOCLUSIÓN Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO EN LA PROVINCIA DE TRUJILLO – 2026”**

declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Que no mantengo relación laboral, contractual o de dependencia con la institución objeto de estudio.
2. Que no poseo intereses personales, económicos, comerciales o profesionales que puedan influir directa o indirectamente en los resultados, análisis o conclusiones del presente trabajo de investigación.
3. Que no existe conflicto de intereses real, potencial o aparente que comprometa la objetividad e imparcialidad del estudio.

En caso de surgir alguna situación que pudiera constituir conflicto de intereses durante el desarrollo de la investigación, me comprometo a informarlo oportunamente a la autoridad académica correspondiente.

Declaro que la presente información es verdadera y se formula con fines de transparencia académica.

En señal de conformidad, firmo la presente declaración jurada en la ciudad de **Trujillo**, a los **15** días del mes de **Febrero** del año **2026**.

Firma



Nombre: Avila Calle Luis Ubaldo

DNI/Cédula: 72656492

Teléfono: 934587957

Correo electrónico: avilac95@icloud.com

