

NOMBRE DEL TRABAJO

**1 TES - SALAZAR.docx**

RECUENTO DE PALABRAS

**10222 Words**

RECUENTO DE PÁGINAS

**50 Pages**

FECHA DE ENTREGA

**May 8, 2023 11:37 AM GMT-5**

RECUENTO DE CARACTERES

**55444 Characters**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**1.5MB**

FECHA DEL INFORME

**May 8, 2023 11:38 AM GMT-5****● 18% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 18% Base de datos de Internet
- 8% Base de datos de publicaciones

**● Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS**

**“PÉRDIDA PREMATURA Y MALOCLUSIÓN DENTARIA EN NIÑOS  
ATENDIDOS EN CLÍNICA ODONTOLÓGICA BIOS DENT, HUACHO 2023”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**AUTOR:**

**BACH. YULISA MARGOT SALAZAR COLUNCHE**

**ASESORA:**

**Mg. C.D. Liliana Melchora Zavaleta Alemán**

**LINEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Salud Pública y Preventiva en Estomatología**

**Huancayo - Perú**

**2023**

## **DEDICATORIA**

*Dedico con mucho amor y cariño este trabajo a mis Padres Ymerio y María, por haberme educado y formado en la persona que soy. A ellos debo todos mis logros.*

*También quiero dedicar este trabajo a mis hermanos Dany, Carlos, Fray y Jhan, por su apoyo incondicional, motivación constante en mi proceso de formación y aprendizaje profesional.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradezco a Dios, por regalarme la vida, salud e inteligencia, y por todas las bendiciones derramadas en mi persona ya que gracias a ello he podido avanzar y superar los retos presentados en el camino de mi formación profesional y a lo largo vida.*

*También a todos mis docentes que se han encargado de mi formación como profesional.*

**PÁGINA DEL JURADO**

---

**Presidente**

---

**Secretario**

---

**Vocal**

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo, Yulisa Margot Salazar Colunche con DNI N.º 73538432, con la tesis titulada “PÉRDIDA PREMATURA Y MALOCLUSIÓN DENTARIA EN NIÑOS ATENDIDOS EN CLÍNICA ODONTOLÓGICA BIOS DENT, HUACHO 2023”

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) Se respeta las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la presencia de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que dichas acciones se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.



**YULISA MARGOT SALAZAR COLUNCHE**

**DNI N.º 73538432**

## INDICE

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>DEDICATORIA.....</b>   | <b>ii</b>   |
| <b>AGRADECIMIENTO.....</b>  | <b>iii</b>  |
| <b>PAGINA DEL JURADO.....</b>   | <b>iv</b>   |
| <b>DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....</b>  | <b>v</b>    |
| <b>RESUMEN.....</b>   | <b>viii</b> |
| <b>ABSTRACT.....</b>  | <b>ix</b>   |
| <b>I. INTRODUCCION.....</b>   | <b>10</b>   |
| <b>II. METODO.....</b>  | <b>20</b>   |
| 2.1 Tipo y diseño de investigación.....   | 20          |
| 2.2 Operacionalización de variables.....  | 21          |
| 2.3 Población, muestra y muestreo.....  | 22          |
| 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..... | 23          |
| 2.5 Procedimiento.....  | 24          |
| 2.6 Método de análisis de datos.....  | 25          |
| 2.7 Aspectos éticos.....  | 25          |
| <b>III. RESULTADOS.....</b>   | <b>26</b>   |
| <b>IV. DISCUSION.....</b>   | <b>30</b>   |
| <b>V. CONCLUSIONES.....</b>   | <b>32</b>   |
| <b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>   | <b>33</b>   |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>  | <b>34</b>   |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>38</b>   |

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal objetivo determinar si existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023. La metodología de la investigación es aplicada, correlacional, observacional y transversal, se consideró a 218 pacientes para la muestra entre 7 a 9 años. De acuerdo con la naturaleza de la investigación y en función de los datos requeridos se empleó la técnica de observación para evaluar si existía pérdida prematura, además de identificar la pieza ausente. El instrumento fue una ficha clínica donde se registraron todos los datos correspondientes (datos personales del paciente, clasificación de Angle I, II y III, así como la pérdida prematura). Posterior a ello, se trabajó con el programa estadístico SSPS v 23.0, para comparar las variables a estudiar se utilizó CHI2 de Homogeneidad. Los resultados arrojaron que no existe relación significativa entre pérdida prematura y maloclusión dentaria para la Clase I, II y III de manera individual. En cuanto a la prevalencia, el 68.3% que presentaron maloclusión clase I, el 26.1% maloclusión clase II y el 5.5% maloclusión clase III en niños de 7 a 9 años. Se concluye que existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.

**Palabras claves:** pérdida prematura, maloclusión dentaria, clasificación de Angle

## **ABSTRACT**

The main objective of this investigation was to determine if there is a relationship between premature loss and dental malocclusion in children aged 7 to 9 years attended at the BIOS DENT dental clinic, Huacho 2023. The research methodology is applied, correlational, observational and cross-sectional, I would like 218 patients for the sample between 7 to 9 years old. In accordance with the nature of the investigation and based on the data required, the observation technique was used to assess whether there was premature loss, in addition to identifying the missing piece. The instrument was a clinical file where all the corresponding personal data were recorded (personal data of the patient, Angle I, II and III classification, as well as premature loss). Subsequently, we worked with the statistical program SSPS v 23.0, to compare the variables to be studied, CHI2 for Homogeneity was obtained. The results showed that there is no significant relationship between premature loss and dental malocclusion for Class I, II and III individually. Regarding the prevalence, 68.3% presented class I malocclusion, 26.1% class II malocclusion and 5.5% class III malocclusion in children aged 7 to 9 years. It is concluded that there is a relationship between premature loss and dental malocclusion in children from 7 to 9 years of age treated at the BIOS DENT dental clinic, Huacho 2023.

Keywords: premature loss, dental malocclusion, Angle's classification

## I. INTRODUCCIÓN

En el ámbito odontológico se aprecia que los dientes primarios y su integridad son muy importantes para el normal crecimiento y progreso de las relaciones oclusales y estructuras dentofaciales. Preservar los dientes primarios hasta que se exfolian naturalmente es una de las finalidades desmayormente trascendentales de la odontopediatría. Sin embargo, cuando se pierden prematuramente los dientes deciduos es una problemática de bienestar general extendidos a escalas mundiales. Esta patología se define como la pérdida de un diente temporal antes del momento de su exfoliación natural,<sup>1</sup> es comúnmente provocada por lesiones cariosas, trauma, enfermedad periodontal y reabsorción radicular precoz. Cuando se pierden los dientes primarios conduce a una erupción más temprana o tardía de los dientes sucesores. Dentro de las causas de la pérdida precoz de piezas dentarias deciduas están los golpes en la zona de la boca, es decir un fuerte traumatismo en la zona bucal puede provocar la rotura de un diente o incluso la pérdida total de una pieza. En los casos en los que parece faltar solo una parte del diente, es especialmente necesario visitar a un especialista para que inspeccione la afectación del nervio.<sup>2</sup> Otra causa son las lesiones cariosas que según la Organización Mundial de Salud (OMS), la recurrencia es 90% en algunos países. La caries dental es una patología que afecta particularmente a los dientes, con procedencia<sup>4</sup> multifactorial, pero a pesar de ello ciertos investigadores refieren que los causales de esta patología se debe a la exposición a una dieta con elevado contenido cariogénico (sustrato), el constituyente huésped (diente) y los microorganismos (flora bacteriana).<sup>3</sup>

Por otro lado, los pacientes odontopediátricos pueden experimentar diferentes efectos, como desplazamientos dentales, extrusión de piezas antagonistas, apiñamiento dental, creación de hábitos deletéreos, modificaciones del crecimiento craneofacial y, en particular, impactación de piezas sucesoras y reducción de la longitud del arco dental lo que puede provocar una maloclusión. También puede afectar la fonación de los niños, causando distorsión del habla.<sup>4</sup> Los problemas psicosociales también pueden surgir de la pérdida prematura de dientes, especialmente cuando el niño pierde los dientes anteriores. Aunque es posible que los niños más pequeños no entiendan cómo la falta de un diente afecta su calidad de vida, algunos de ellos pueden sentirse poco atractivos en comparación con otros niños generando una problemática latente.<sup>5</sup>

No obstante, una problemática asociada a la pérdida prematura de dientes son las maloclusiones, cuyo concepto es oclusión anómala en la que las piezas no se hallan en un ordenamiento cotidiano asociada con las piezas adyacentes del mismo maxilar cuando los maxilares están cerrados. Por lo cual, la etiología de la maloclusión exhibe ser genética o ambiental y/o una mezcla de ambos constituyentes adjunto con varios constituyentes locales, como costumbres bucales desfavorables, anomalías dentales, forma y posición de desarrollo de los dientes.<sup>6</sup> Apreciándose que la maloclusión afecta la salud oral, conduciendo a una mayor prevalencia de caries dental y puede provocar trastornos de la articulación temporomandibular. La prevalencia de la maloclusión varía de un país a otro y entre diferentes grupos de edad y sexo.<sup>7</sup>

En la práctica clínica cotidianamente se ha apreciado un elevado esmero a la examinación de la maloclusión y estética dental desde una referencia objetiva, rechazando contextos que exhiben recaer en la calidad de vida del paciente como el contexto psicológico. Un tratamiento que sea exitoso en fomentar la estética dental no solo optimiza la maloclusión sino también la autoestima del paciente.<sup>8</sup> La alta prevalencia de maloclusión durante la infancia y adolescencia es una problemática de bienestar estatal con implicaciones físicas y psicosociales. Como resultado, el impacto estético visible de la maloclusión influye directamente en el modo en que los sujetos se ven así mismos, dificultando muchas veces la integración en su entorno social. Además de las limitaciones funcionales y estéticas, la calidad de vida también puede verse afectada.<sup>9</sup>

En la actualidad, se pone mucho énfasis en el desarrollo de trastornos orofaciales asociado a maloclusiones, por lo cual la evaluación de los diferentes tipos de maloclusiones existentes dentro de una población es importante para planificar el tratamiento de ortodoncia y determinar los recursos necesarios para el tratamiento. La maloclusión puede llevar a que el individuo se sienta incómodo en los contactos sociales, perdiendo oportunidades profesionales y, por lo tanto, sintiéndose avergonzados por su apariencia facial generando una problemática latente.<sup>10</sup>

7 En Latinoamérica, estudios realizados muestra una prevalencia de maloclusión muy alta, mismo que supera el 90% de la población.<sup>11</sup> En el Perú, se han realizado estudios de maloclusión desde el año 1954 donde muestran valores de prevalencia superiores a 81% para la región costa, 79% para la región sierra y 78% para la región selva.<sup>12</sup>

Por lo mencionado, en esta investigación se presentan los antecedentes realizados en diferentes lugares: Astoquilca et al. (2019) publicó un estudio para cuyo objetivo es definir si la pérdida

precoz de dientes deciduos es constituyente de peligro de maloclusión en escolares de 7 a 9 años. La población fue escolares de 7 a 9 años. El tipo de investigación fue prospectivo, transversal y analítica. <sup>4</sup> Luego de la recolección de datos, se trabajó con el programa estadístico SPSS v 22.0. Para comparar nuestras variables a estudiar se utilizó chi<sup>2</sup> de Homogeneidad. Se halló que la pérdida prematura de dientes deciduos sí es un factor de riesgo de maloclusión con un p valor de 0,00 y un peligro de 8,92. Encontrándose que existe <sup>14</sup> 38 (18,63%) casos, además 115 (56,37%) reportes exhibieron maloclusiones, 34 de ellos exhibieron maloclusión más pérdida prematura siendo la clase III la más recurrente. La pieza dentaria decidua ausente con elevada recurrencia, fue el canino deciduo en 23 niños (11,3%). Concluyendo que <sup>4</sup> la frecuencia de pérdida precoz de piezas dentarias deciduas, se presentó en 38 casos (18,63%) del total de la población, siendo el sexo femenino más afectado con un 20,91% y los niños de 8 - 8 a 11 con una prevalencia de 25,56%.<sup>13</sup>

AL-Awadi T. et al. (2021) realizó un estudio cuyo objetivo fue detectar la recurrencia de la pérdida temprana de piezas deciduas y su consecuencia sobre la maloclusión. La metodología fue observacional de corte transversal, la población fue 1079 escolares de 7 a 12 años. El tipo de investigación fue transversal. La recolección de datos para la detección de las siguientes características, las muestras fueron examinadas clínicamente: clasificación de ángulo de maloclusión, mordida abierta anterior, resalte, mordida abierta lateral. Mordida, sobremordida, desplazamiento de la línea media y mordida cruzada. Asimismo, la pérdida temprana se clasificó según la edad cronológica de erupción de los dientes permanentes propuesta por Kronfeld. Resultados: La prevalencia de maloclusión entre los escolares fue del 81,1% y la relación molar normal de primera clase se encontró solo en el 18,9%, mientras que la maloclusión clase I presentó el índice más alto de la muestra 70,4%, seguida de la clase II con 9,5% % de relación, la clase III incluyó sólo el 1,1%. Concluyendo que la prevención de la pérdida temprana de dientes y la interferencia para mantener la salud dental, recuperando así las funciones masticatorias y la estética para los individuos y toda la población.<sup>14</sup>

Wojtaszek-Lis J. et al. (2021) ejecutó una tesis cuyo objetivo fue comparar la incidencia de maloclusiones en niños con reemplazo fisiológico de dientes y niños con pérdida prematura de molares temporales que acudieron para tratamiento al Departamento de Ortodoncia de la Universidad de Medicina de Varsovia. El tipo de investigación fue transversal y prospectivo. La población fue 205 pacientes que se presentaron para tratamiento de ortodoncia en el Departamento de Ortodoncia de la Universidad de Medicina de Varsovia, entre 2006 y 2016.

Los criterios de elegibilidad para el estudio incluyeron un periodo de dentición mixta y sin antecedentes de tratamiento de ortodoncia previo. La etariedad de los pacientes osciló entre 7 y 11 años. Otros criterios de selección incluyeron la presencia de todos los brotes de dientes permanentes y la ausencia de malformaciones congénitas. El grupo uno (102 pacientes) incluyó pacientes con pérdida prematura de molares temporales, y el grupo dos (103 sujetos) incluyó pacientes con reemplazo fisiológico de dientes. Resultados La prevalencia de maloclusiones individuales en el grupo uno y dos fue la siguiente: defectos posteriores: 50,98% y 56,86%; defectos transversales: 21,56% y 23,52%; defectos verticales: 13,72% en cada grupo; defectos anteriores 2,94% y 1,96%; anomalías dentales 95,1% y 86,27%, respectivamente. Concluyendo que la pérdida prematura de molares deciduos da como resultado anomalías dentales asociadas con el desplazamiento de los dientes en ambas arcadas dentales y tiempo de erupción deficiente de los dientes permanentes. Las anomalías dentales fueron más comunes en la agrupación de estudio en contraste con la agrupación de control y fue un contraste estadísticamente significativo. El efecto de la pérdida prematura de molares temporales sobre las maloclusiones requiere más estudios. Concluyendo que la pérdida prematura de molares deciduos da como resultado anomalías dentales asociadas con el desplazamiento de los dientes en ambas arcadas dentales y tiempo de erupción deficiente de los dientes permanentes.<sup>15</sup>

Vinueza et al. (2022) ejecutó una tesis cuya finalidad de dicho estudio tuvo como finalidad apreciar la influencia que ostenta la pérdida precoz de molares en la creación de la maloclusión dental en menores de 15 años, por revisión documental. La población fue en menores de 15 años. La metodología fue documental bibliográfica. Con muestra de 50 artículos. <sup>6</sup> Como resultado se definió la subsistencia de pérdida de zonas en las arcadas dentales, mesialización de molares contiguos, apiñamiento, espaciamiento y pérdida de línea media dental, modificaciones que se van generando en las arcadas maxilares, a provocación de la ausencia precoz de dientes posteriores. Los molares perdidos prematuramente, repercuten en la creación de maloclusiones debido a su ausencia, fueron los molares deciduos superiores (24%) e inferiores (27%), primer molar definitivo mandibular (21%), primer molar definitivo maxilar (15%) el segundo molar permanente maxilar (3%) y segundo molar definitivo mandibular (9%). Concluyendo que la pérdida prematura de molares influencia el desarrollo de maloclusiones dentales en menores de 15 años.<sup>16</sup>

Fadel M. et al. (2022) realizó una tesis cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de maloclusión y su asociación con la pérdida precoz de dientes temporales y otros factores en

niños en etapa de dentición mixta, de seis a ocho años, matriculados en escuelas públicas del sur de Brasil. El tipo de investigación fue transversal con una población representativa de 528 niños de escuelas públicas municipales en el año 2009. La recolección de datos implicó un examen clínico para la determinación de pérdida temprana de dientes, caries dental, presión de la lengua y maloclusión (resultado), así como la administración de un cuestionario. Resultados la prevalencia de maloclusión y pérdida dentaria temprana fue de 69,1% y 21,8%, respectivamente. En el análisis de datos sin procesar, la maloclusión se asoció con la edad, la pérdida temprana de dientes, lesiones cariosas y la presión de la lengua. Después del ajuste, la probabilidad de maloclusión fue mayor entre los niños mayores de ocho años, los que ejercían presión con la lengua sobre los dientes y los que tenían pérdida dental temprana. La probabilidad de maloclusión fue un 24 % mayor entre los niños con pérdida de dientes temprana, en comparación con aquellos sin pérdida de dientes. Conclusión que la pérdida temprana de dientes temporales se asoció con la ocurrencia de maloclusión en los niños estudiados.<sup>17</sup>

Sancán J. (2022) publicó un artículo cuyo objetivo fue descubrir si la maloclusión es por pérdida prematura de los dientes temporales. El tipo de investigación fue cualitativa, exploratorio, de tipo documental, analítico – sintético. La población de niños de 7 años. En los resultados una elevada recurrencia en la pérdida precoz del primer molar temporal inferior siendo su etiología la caries, traumatismos e iatrogenias generadas por el dentista donde el abordaje se debe efectuar en referencia a la maloclusión que subsiste. Concluyendo que se establece que la pérdida prematura de los dientes temporales se da por caries y traumatismos, afectando la masticación, fonación de algunas palabras como s, z y f, también hay una disminución del perímetro del arco dentario afectando la erupción de la dentición permanente.<sup>18</sup>

Monte A. et al. (2018) presentó como finalidad evaluar la recurrencia de pérdida prematura de molares primarios en escolares y su impacto en la Calidad de Vida Relacionado con la salud (CVRS). El tipo de diseño fue transversal cuya población fue 667 niños de 8-9 años matriculados en establecimientos públicos y privados de Aracaju (Brasil). En la recolección de datos se registró la presencia de caries dental no tratada y la pérdida temprana de molares primarios, y se evaluó su impacto en la OHRQoL mediante el Cuestionario de Percepciones Infantiles (CPQ8-10). La influencia de algunas variables sobre la pérdida de dientes y la OHRQoL se evaluó mediante el análisis de regresión de Poisson multinivel ( $P < 0,05$ ). Resultados, la prevalencia de pérdida temprana de dientes fue 65,4% (95% intervalo de

confianza 51,1%-77,3%). Los niños con caries dental no tratada y que asisten a escuelas públicas presentaron mayor prevalencia de pérdida temprana de dientes. Además, la pérdida temprana de los molares temporales provocó un impacto negativo en la OHRQoL considerando la puntuación total del CPQ8-10 y los dominios "síntomas orales", "limitaciones funcionales" y "bienestar emocional". Los niños que presentaron pérdida temprana de dientes presentaron puntajes significativamente más altos de CPQ8-10, así como el sexo femenino y los niños con caries dental en otros dientes. Concluyendo que la prevalencia de pérdida temprana de molares primarios es alta e impacta en la OHRQoL de niños de 8 a 9 años.<sup>19</sup>

Gibas-Stanek M, Bartłomiej W. (2018) realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar las secuelas de la pérdida precoz de molares temporales. El tipo de investigación fue revisión de la literatura se realizó en las bases de datos PubMed, EMBASE y Scopus en julio de 2017 basándose en la palabra clave "pérdida prematura del diente primario". Se tomaron en cuenta las revistas en inglés y polaco sin especificar el marco de tiempo. Resultados En total, se seleccionaron 20 artículos para un análisis más detallado, de los cuales 11 se basaron en estudios longitudinales, 9 fueron estudios transversales (incluidos 7 estudios retrospectivos y 2 revisiones sistemáticas de la literatura). Concluyendo que la extracción prematura del primer molar temporal superior puede dirigir al brote bucodentario del canino definitivo como secuela de un brote más mesial del primer premolar. Existe un mayor riesgo de pérdida de espacio dentro del arco dental, especialmente en el caso de la coexistencia de una relación de cúspide a cúspide en los primeros molares y el tipo facial leptoprosopo.<sup>20</sup>

Feu D. et al. (2018) tuvo como objetivo fue definir los constituyentes adheridos a la pérdida precoz de piezas primarias y niveles socioeconómicos del niño, cuidador principal durante el día, rango de edad, sexo y experiencia previa de caries. El tipo de investigación fue transversal y analítico, con una población de 192 escolares brasileños de 2 a 10 años. La recolección de los datos fue asignados a dos grupos: el grupo de pérdida de dientes primarios (PTLG) y un grupo de control sin pérdida de dientes (GC) de mayo de 2016 a marzo de 2017. Dos examinadores calibrados realizaron las evaluaciones clínicas orales de los niños para determinar la experiencia de caries y la pérdida de dientes con el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (dmft). El nivel socioeconómico se evaluó utilizando los criterios de clasificación socioeconómica del gobierno brasileño. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico sobre la edad del niño, el sexo y con quién pasaba el día. Resultados: Hubo 94 niños en el PTLG y 98 en el GC. Las variables asociadas a la prevalencia de pérdida dental

fueron pasar el día sin la madre ( $P < 0,001$ ; razón de momios [OR] = 6,2), puntuaciones más altas de dmft ( $P < 0,01$ ; OR=3,1) y peor nivel socioeconómico y educativo ( $P = 0,01$ ; OR=1,9). La edad y el sexo no se asociaron con la pérdida del diente primario. Concluyendo que a pérdida prematura de dientes primarios está asociada con un mal estado de salud oral, pasar el día sin el cuidado de la madre y un nivel socioeconómico bajo.<sup>21</sup>

Massignan C. et al. (2018) tuvo como objetivo fue estimar la prevalencia de las maloclusiones evaluadas en conjunto y por separado en mordida abierta anterior, resalte marcado y mordida cruzada posterior, y la posible asociación entre ellas y los hábitos de succión y lactancia. El tipo de investigación es transversal, cuya población fue 472 preescolares de 24 a 60 meses y sus padres (tasa de respuesta del 86,6%). La recolección de datos y estadística fue tres odontólogos capacitados ( $Kappa > 0,70$ ) examinaron a los niños en busca de mordida abierta anterior, resalte marcado y mordida cruzada posterior, y los padres respondieron un cuestionario que indicaba la presencia de lactancia materna, alimentación con biberón, uso de chupete, succión digital y tiempo fuera de la cama. hábito. Resultados la prevalencia de maloclusiones fue del 38,8%. El overjet marcado fue el más prevalente (30,3%), seguido de la mordida cruzada posterior (8,9%) y la mordida abierta anterior (7,4%). La regresión de Poisson no ajustada mostró que los niños que no fueron amamantados tenían una prevalencia de maloclusión 63,0% mayor en comparación con los que fueron amamantados (RP 1,63, IC 95% 1,06-2,50). La duración del uso del chupete en meses fue el único hábito que se mantuvo en el <sup>15</sup> modelo ajustado asociado a mordida abierta anterior (RP 1,10, IC 95% 1,05-1,14,  $p < 0,000$ ) y overjet marcado (RP 1,03, IC 95% 1,01- 1,05,  $p = 0,004$ ). Para la mordida cruzada posterior, ningún hábito mostró asociación en el modelo ajustado. Todos los modelos fueron ajustados por edad y género. Concluyendo que el resalte marcado es la maloclusión más prevalente. El tiempo de uso del chupete está asociado a la presencia de maloclusión, mordida abierta anterior y resalte marcado. Ninguno de los hábitos investigados se asocia a mordida cruzada posterior.<sup>22</sup>

A la referencia de los conceptos teóricos, la pérdida precoz <sup>1</sup> se refiere a la pérdida de dientes temporales antes de su periodo cotidiano de brote que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende el brote de pizas sucesoras. Se aprecia pérdida precoz <sup>1</sup> cuando su sucesor definitivo ostenta <sup>10</sup> menos de 2/3 de raíz creada. Según Moyers la pérdida prematura de dientes primarios se refiere, al estadio de desarrollo del diente permanente que va a reemplazar el diente temporal perdido.<sup>3</sup>

La pérdida de un diente primario en una etapa muy temprana retrasa la erupción del diente permanente. Mientras que, la pérdida prematura de un primer molar deciduo en una etapa tardía acelera la erupción del permanente y hace innecesaria la conservación de espacio.<sup>24</sup>

1 Existen diversas situaciones, que pueden hacer tomar la decisión de realizar una exodoncia de una pieza dental antes de su periodo normal de caída, entre estas encontramos:

- En caso de que estén degradados al grado que sea imposible tratarlos, si la destrucción alcanza la bifurcación o si no se puede definir un contorno gingival sólido y confiable.
- Si se han generado infecciones en el territorio periapical o interradicular y no se puede eliminar por otro medio.<sup>25</sup>
- En caso de absceso dentoalveolar agudo con presencia de celulitis.<sup>25</sup>
- Si las piezas están interfiriendo con la erupción normal de los permanentes sucedáneos.
- En caso de dientes sumergidos, existiendo demostradas anquilosis que impide la rizálisis del temporal y erupción del permanente.<sup>25</sup>
- Se refieren las exodoncias si la mandíbula o tejido circundante va a recibir terapéutica de radiación para el tumor maligno, esto se hace para evitar hasta donde sea posible el riesgo de una infección en el hueso que ha sido expuesto a la radiación.<sup>25</sup>

Existen múltiples factores por los cuales se pueden perder estos dientes, pero las más frecuentes son la caries dental, los traumatismos, la enfermedad periodontal y la reabsorción radicular prematura.

Las lesiones cariosas es un padecimiento de los tejidos calcificados del diente generados por los ácidos resultantes de la acción de patógenos sobre los hidratos de carbono. La caries es una afección crónica, infecciosa y multifactorial, y corresponden al factor huésped (diente), los microorganismos (flora bacteriana) y la dieta (sustrato) la caries resulta donde se presentan los tres factores.<sup>26,27</sup>

1 Los traumatismos dentoalveolares, o traumatismos dentarios, son hallazgos de los dientes y/o de los segmentos blandos de la boca debido a caídas, golpes, accidentes de tránsito, juegos bruscos, deportes, etc. Las lesiones de la boca, labios y dientes ocupan el segundo lugar de todas las lesiones del cuerpo que afectan a niños menores de seis años.<sup>26,27</sup>

1 La gingivitis es una inflamación de la encía causada por las bacterias que se organizan en la placa bacteriana o biofilm. Se caracteriza por el color rojizo, el sangrado y el aumento de volumen de la encía. La periodontitis afecta los tejidos de soporte del diente y puede ser crónica

o agresiva. En algunos casos, puede incluso ser una manifestación de otras enfermedades sistémicas.<sup>26,27</sup>

Finalmente,<sup>1</sup> debido a la falta de espacio en la arcada y erupción ectópica de dientes permanentes, se pueden originar resorciones atípicas y prematuras de las raíces de los dientes primarios que se encuentran en contacto o cercanos a estos dientes permanentes. Los procesos infecciosos periapicales que afectan los dientes primarios, tales como abscesos dentoalveolares, quistes y granulomas, pueden originar resorciones atípicas de las raíces, trayendo como consecuencia pérdida prematura de los segundos molares temporales.<sup>26,27</sup>

Las secuelas de la pérdida precoz de piezas temporarias son cuantiosas. En primer lugar,<sup>3</sup> causa la inclinación y migración de los dientes vecinos ya que disponen de mayor tiempo para moverse de su posición original, lo que trae consigo la disminución del espacio para el sucesor permanente, el acortamiento del perímetro del arco, malposiciones dentarias, apiñamientos, diastemas y alteraciones de oclusión; que dependen del sitio, del maxilar y del número de dientes afectados.<sup>28,29</sup>

También, debido a la pérdida precoz, pueden darse variantes estructurales en el tejido blando y óseo; dependiendo de la edad en que ocurre está pérdida, pueden ocurrir defectos en la altura del hueso alveolar. Al perderse un diente su antagonista continúa el proceso de brote hasta extruirse y generar alteraciones en el plano oclusal, y pérdida de la dimensión vertical. La queratinización es la principal anomalía que se produce en el tejido blando a causa de una pérdida prematura.<sup>28,29</sup>

Otra de las consecuencias son los hábitos perniciosos como la colocación de la lengua en los espacios edéntulos, estos pueden contribuir a formar pseudoprogнатismo o falsos prognatismos. Es posible, también, que se produzca alteración en la secuencia de brote normal y en muchos casos se presenta erupción ectópica de algunos dientes permanentes.<sup>28,29</sup>

Es así como<sup>5</sup> maloclusiones o problemas de oclusión dental son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial.<sup>30</sup>

Para lograr frenar, modificar o abordar las maloclusiones, es transcendental el conocimiento de su etiología.<sup>13</sup> En la totalidad de los casos, para obtener una maloclusión óptima, es requerido

excluir las causas, por lo que el conocimiento la delimitación de los factores etiológicos resulta fundamental. Por este motivo, ciertas clasificaciones para las maloclusiones posteriormente propuestas se basan en los factores etiológicos que las producen.<sup>31</sup>

- Factores extrínsecos: Son constituyentes que actuando a distancia y algunos transcurrido la creación del individuo, por lo tanto, son complicados conducirlos por el especialista, menos los hábitos.<sup>32</sup>
- Factores Intrínsecos: Estos constituyentes no siempre están subsistentes en la creación de las malas oclusiones, aunque en definidos casos son producto de su procedencia.<sup>32</sup>

Dentro de las clases de maloclusión encontramos la maloclusión clase I que es una correspondencia irregular entre los dientes superiores e inferiores y los huesos maxilares están bien posicionados creando una mordida equilibrada. Las maloclusiones de clase I pueden presentarse con apiñamiento, rotaciones, espaciamiento, dientes protruidos o ensanchados y/o dientes retrusivos o verticales. También encontramos la maloclusión clase II que es una relación que no es habitual, que se produce cuando las piezas delanteras y la mandíbula dirige más hacia adelante que las piezas inferiores y mandíbula. Exhibe un aspecto convexo de perfil con el mentón y labio inferior hundidos. Los problemas de clase II pueden deberse a un crecimiento insuficiente del maxilar inferior, un crecimiento descomunal del maxilar superior o una combinación de ambos.<sup>33</sup>

En diversas circunstancias, las problemáticas de Clase II es que heredan genéticamente y exhiben agravarse por constituyentes ambientales como chuparse el dedo. Los problemas de clase II se tratan mediante la modificación del crecimiento para armonizar los dientes superiores, los dientes inferiores y los huesos de la mandíbula. Para corregir las maloclusiones clase II se utilizan aparatos funcionales, extracciones y cirugía mandibular.<sup>25,26</sup> En una oclusión

<sup>16</sup> de clase II División 1: La maloclusión engloba incisivos superiores inclinados hacia vestibular, un incremento de la sobremordida horizontal con o sin una arcada superior levemente estrecha.

En una oclusión de Clase II de Angle, división 1, el resalte suele agrandarse, y si el resalte supera los 6 mm, se cuenta como grande y todo lo que supere los 9 mm se considera extremo.

Clase II División 2: Esta clase de maloclusión peculiarizada por ostentar descomunal inclinación lingual de los incisivos centrales superiores y laterales a vestibular.<sup>34</sup>

Finalmente, se encuentra la maloclusión clase III donde se observa una relación que no es habitual, que se produce cuando los dientes inferiores y mandíbula se dirigen más hacia adelante que las piezas superiores y mandíbula. Subsiste un contexto cóncavo de perfil con una cara media deficiente y/o mentón sobresaliente. Los problemas de clase III pueden deberse a un crecimiento excesivo de la mandíbula inferior, un crecimiento insuficiente de la mandíbula superior. Al igual que los problemas de Clase II, los problemas de Clase III se pueden heredar genéticamente.<sup>35,36</sup>

Debido a la problemática planteada se formuló el problema general, el cual fue: ¿Existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023? Y como problemas específicos, fueron ¿Existe relación entre la pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase I en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?, ¿Existe relación entre la pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase II en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?, ¿Existe relación entre la pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase III en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?, ¿Cuál es prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?

En cuanto a la justificación de la investigación, este estudio presentó justificación teórica, porque generó conocimiento relevante del tema y nuevos enfoques sobre los niños con diferentes tipos de maloclusión y que tienen pérdida dentaria orientando a estudios próximos donde se identifique la prevalencia de ellos.

Justificación práctica, porque permitió solucionar un suceso problemático relevante que se ve acrecentando de manera progresiva en niños de 7 a 9 años con pérdidas dentarias prematuras.

Metodológica, referente a las escasas investigaciones actualmente sobre el tema en nuestro país y sobre todo en la población de Huacho que servirá a nuestra realidad.

Social, porque los beneficiarios fueron todos aquellos niños que subsisten pérdidas dentarias de incisivos, caninos, premolares y molares y a su vez aportó a los profesionales en odontología para que tengan noción de cómo abordar este tipo de niño que a consecuencia de eso tiene diferentes tipos de maloclusiones.

A continuación, el objetivo principal fue determinar si existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS

DENT, Huacho 2023. Y los objetivos específicos fueron, determinar si existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase I en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023, determinar si existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase II en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023; determinar si existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase III en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023; y determinar la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.

Como hipótesis general se mencionó: Existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.

Y como hipótesis nula: No existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.

## 1. MÉTODO

### 2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación fue descriptivo, correlacional, transversal, observacional y prospectivo. El tipo de investigación fue descriptivo porque se limitó a calcular la subsistencia, particularidad o distribución de un fenómeno en una comunidad, el nivel de investigación fue correlacional porque buscó la relación entre dos o más variables, en el caso del proyecto, pérdida prematura y maloclusión dentaria. Fue transversal porque los instrumentos fueron aplicados en un momento específico de tiempo, prospectivo porque las evaluaciones se realizaron a medida que aconteció. El método fue observacional; porque se limitaron a la medición de las variables que se tuvo en referencia en el estudio solo mediante la observación.

### 2.2 Operacionalización de las Variables

| <b>VARIABLE</b>          | <b>DEFINICIÓN<br/>CONCEPTUAL</b>   | <b>DEFINICIÓN<br/>OPERACIONAL</b>                    | <b>INDICADOR</b>   | <b>TIPO</b> | <b>ESCALA DE<br/>MEDICIÓN</b> | <b>VALOR</b>                        |
|--------------------------|--|--|--|-------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| PÉRDIDA<br>PREMATURA     | Ausencia de dientes de la dentición decidua en boca antes de su periodo de brote.  | Pacientes que presente la característica determinada | Ausencia de piezas dentarias deciduas antes de su exfoliación convencional.  | Cualitativa | Nominal                       | -Sí<br>-No                          |
| MALOCCLUSIÓN<br>DENTARIA | Oclusión anómala en la que las piezas no se hallan en un ordenamiento cotidiano en asociada con las piezas adyacentes del mismo maxilar cuando los maxilares están cerrados. | Oclusión anómala clasificada según Angle.            | Relación molar de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior alineada sobre el surco vestibular del primer molar inferior. | Cualitativa | Nominal                       | -CLASE I<br>-CLASE II<br>-CLASE III |
| COVARIABLES              |  |  |  |             |                               |                                     |
| SEXO                     | Características sexuales secundarias   | Categoría de sexo registrada al momento de           | Categoría indicada en la base de datos.  | Cualitativa | Nominal                       | -Masculino<br>-Femenino             |

|  |  |                           |  |  |  |  |
|--|--|---------------------------|--|--|--|--|
|  |  | registro de los<br>datos. |  |  |  |  |
|--|--|---------------------------|--|--|--|--|

## 2.3 Población, Muestra y Muestreo

### **Población:**

La población estuvo conformada por niños atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho en el año 2023 de enero a marzo.

### **Muestra**

Se aplicó el muestreo simple aleatorio simple para proporciones de poblaciones finitas

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

### **Dónde:**

**n** = Tamaño muestral

**N** = Universo =500

**Z** = Confianza 95% -> Z=1,96

**e** = Error (5%)

**p** = Posibilidad de éxito (0.5)

**Q** = Posibilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{500 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(500 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 218$$

Se obtuvo una muestra de 218, la cual fue aplicada en niños de atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión:**

- Niños con un rango de edad de 7 a 9 años.
- Niños de ambos sexos.
- Padres de familia que aprueben mediante el consentimiento informado la colaboración de su hijo.

#### **Criterios de exclusión:**

- Niños con enfermedades sistémicas que influyan en su crecimiento.

- Niños que utilicen aparato ortodóntico.
- Niños con hábitos orales no fisiológicos.

## **2.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección y Procesamiento de Datos, Validez y Confiabilidad**

De acuerdo con la naturaleza de la investigación y en función de los datos requeridos se empleó la Técnica de observación Para evaluar si existe pérdida prematura, además de identificar la pieza ausente. El instrumento fue una ficha clínica donde como primer ítem se tuvo en cuenta datos generales (datos personales, nombre, edad, sexo), en el segundo ítem se examinó la oclusión por clasificación de Angle, la cual nos ayudó a determinar el tipo de maloclusión presente en nuestro grupo de estudio. Maloclusión de clase I: pueden presentarse con apiñamiento, rotaciones, espaciamiento, dientes protruidos o ensanchados y/o dientes retrusivos o verticales, maloclusión clase II: es una relación que no es habitual, que se produce cuando las piezas delanteras y la mandíbula dirige más hacia adelante que las piezas inferiores y mandíbula y maloclusión clase III: se observa una relación que no es habitual, que se produce cuando los dientes inferiores y mandíbula se dirigen más hacia adelante que las piezas superiores y mandíbula. En el tercer ítem se determinó si existe pérdida prematura (sí/no). Respecto a la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto en 20 niños, aplicando posteriormente el Alfa de Cronbach.

## **2.5 Procedimiento**

Se solicitó los permisos respectivos al Gerente General de la clínica odontología BIOS DENT, a los padres que firmen el consentimiento informado para la atención correspondiente de su menor hijo, así mismo se pidió al niño que firme y llene el asentimiento, seguidamente, se procedió a la atención del niño, donde se procedió a revisar la cavidad bucal para determinar si existe pérdida prematura y maloclusión dentaria y al análisis del tipo de maloclusión dentaria. Esta última fue mediante la clasificación de Angle y fue registrado en la ficha clínica. Posterior a ello se procedió a analizar todos los datos.

## **2.6 Método de Análisis de Datos**

El análisis de datos se realizó mediante la elaboración de una base de datos en el programa SPSS versión 23 y la aplicación de estadística descriptiva, con fines de comprobación de las

hipótesis de acuerdo con las variables se aplicó la prueba de Rho de Spearman, para variables categóricas; teniendo en cuenta el valor de la significancia estadística  $p \leq 0,05$ , con el 95% de confianza. Si el valor  $p \leq 0.05$ , entonces se aceptará la hipótesis del investigador y se rechazará la hipótesis nula y si el valor de  $p > 0.05$  se aceptará la hipótesis nula y se rechazará la hipótesis del investigador. Asimismo, los resultados de la investigación serán presentados en tablas y gráficos.<sup>37</sup>

## **2.7 Aspectos Éticos**

El análisis ético se realizó de acuerdo con criterios establecidos por el Comité de ética de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

Para ello, se consideraron las siguientes acciones:

- Orientación sobre el formulario de consentimiento informado a cada paciente y su participación voluntaria.
- Privacidad estricta, confidencialidad en el manejo de la información del trabajo de investigación.
- Aceptación y firma del consentimiento informado por cada uno de los pacientes.

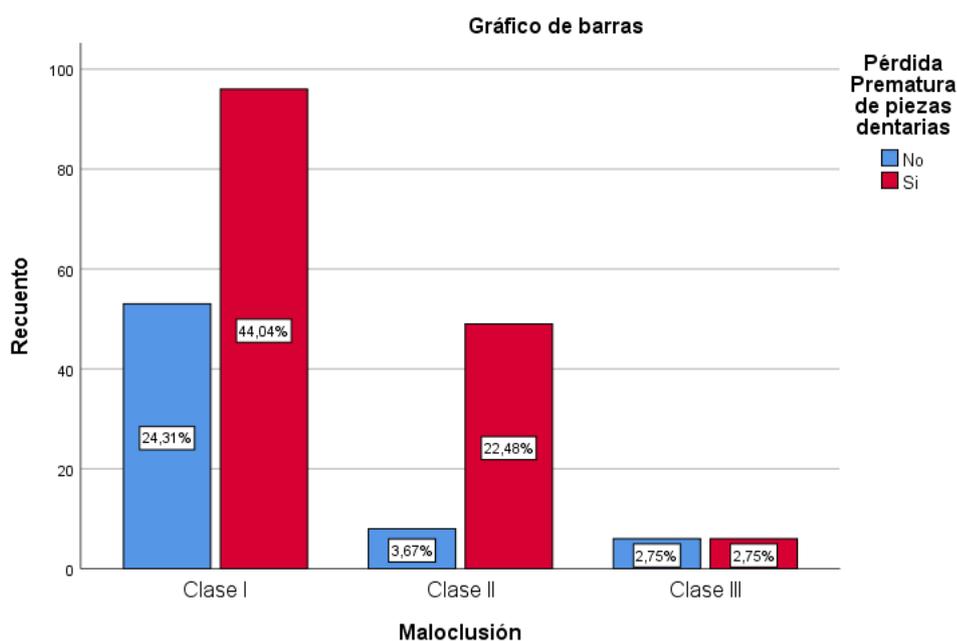
### III.RESULTADOS

Tabla 1. Relación entre la pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023

| Maloclusión | Pérdida Prematura de Piezas dentarias |      |     |      |       |       | P*    |
|-------------|---------------------------------------|------|-----|------|-------|-------|-------|
|             | No                                    |      | Si  |      | Total |       |       |
|             | n                                     | %    | n   | %    | N     | %     |       |
| Clase I     | 53                                    | 24.3 | 96  | 44.0 | 149   | 68.3  | 0.004 |
| Clase II    | 8                                     | 3.7  | 49  | 22.5 | 57    | 26.1  |       |
| Clase III   | 6                                     | 2.8  | 6   | 2.8  | 16    | 5.5   |       |
| Total       | 67                                    | 30.7 | 151 | 69.3 | 218   | 100.0 |       |

\*. Chi cuadrado

Gráfico 1. Relación entre la pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023



Del total de niños revisados, el 69.3% presentó pérdida prematura de piezas dentarias; de los cuales el 44% tenía clase I; 22.5% Clase II y 2.8% Clase III. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la pérdida prematura de piezas y las maloclusiones al obtener un valor de  $p= 0.004$ .

## Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor               | df | Significación<br>asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 11,196 <sup>a</sup> | 2  | ,004                                    |
| Razón de verosimilitud       | 12,148              | 2  | ,002                                    |
| Asociación lineal por lineal | 1,495               | 1  | ,221                                    |
| N de casos válidos           | 218                 |    |   |

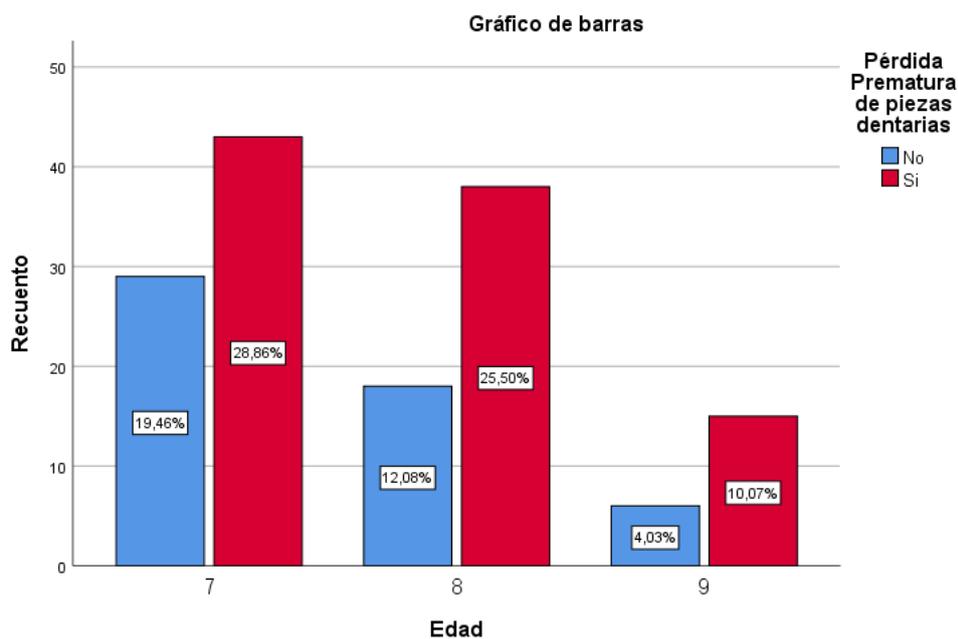
a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,69.

Tabla 2: Relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase I en niños de 7 a 9 años.

| Maloclusión | Pérdida Prematura de Piezas dentarias |      |    |      |       |       | P*    |
|-------------|---------------------------------------|------|----|------|-------|-------|-------|
|             | No                                    |      | Si |      | Total |       |       |
| Clase I     | n                                     | %    | n  | %    | N     | %     |       |
| 7 años      | 29                                    | 40.3 | 43 | 59.7 | 72    | 48.3  | 0.489 |
| 8 años      | 18                                    | 32.1 | 38 | 67.9 | 56    | 37.6  |       |
| 9 años      | 6                                     | 28.6 | 15 | 71.4 | 21    | 14.1  |       |
| Total       | 53                                    | 35.6 | 96 | 64.4 | 149   | 100.0 |       |

\*. Chi cuadrado

Gráfico 2: Relación entre pérdida prematura y Maloclusión dentaria Clase I en niños de 7 a 9 años.



Del total de 149 niños con Maloclusión clase I, el 64.4% presentó pérdida prematura de piezas dentarias; de los cuales 59.7% tenían 7 años, en 8 años el 67.9% presentó clase I y pérdida prematura de piezas dentaria y el 71.4% de los niños de 9 años también presentó pérdida

prematura de piezas. No existe relación entre la pérdida prematura de piezas dentarias y la edad en niños con Clase I al obtener un valor de p de 0.489.

**12 Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor              | df | Significación<br>asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 1,432 <sup>a</sup> | 2  | ,489                                    |
| Razón de verosimilitud       | 1,440              | 2  | ,487                                    |
| Asociación lineal por lineal | 1,355              | 1  | ,244                                    |
| N de casos válidos           | 149                |    |   |

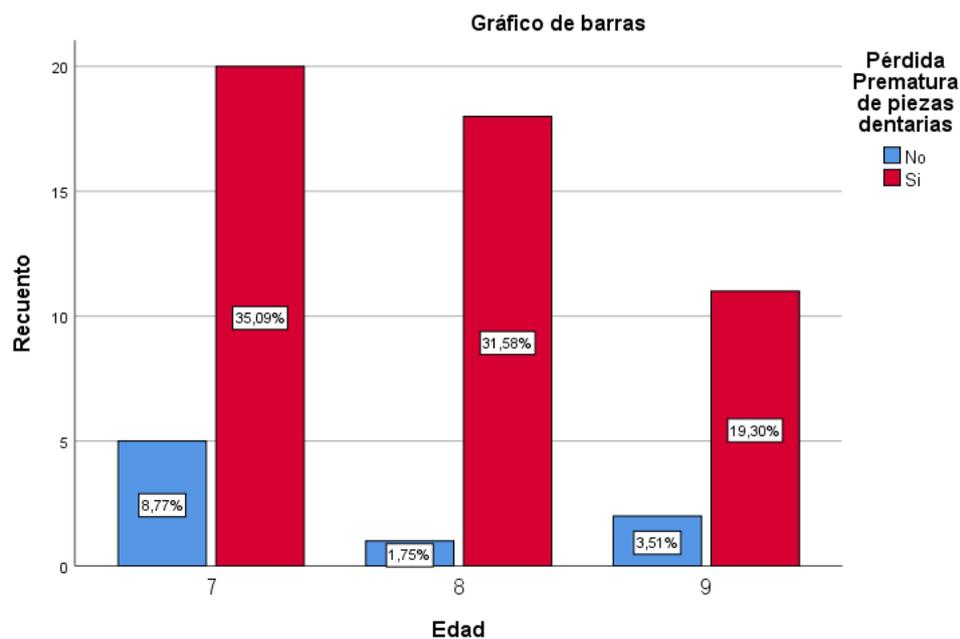
0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,47.

Tabla 3. Relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase II en niños de 7 a 9 años.

| Maloclusión | Pérdida Prematura de Piezas dentarias |      |    |      |       |       | P*    |
|-------------|---------------------------------------|------|----|------|-------|-------|-------|
|             | No                                    |      | Si |      | Total |       |       |
|             | n                                     | %    | n  | %    | N     | %     |       |
| 7 años      | 5                                     | 8.8  | 20 | 35.1 | 25    | 43.9  | 0.374 |
| 8 años      | 1                                     | 1.8  | 18 | 31.6 | 19    | 33.3  |       |
| 9 años      | 2                                     | 3.5  | 11 | 19.3 | 13    | 22.8  |       |
| Total       | 8                                     | 14.0 | 49 | 86.0 | 57    | 100.0 |       |

\*. Chi cuadrado

Gráfico 3: Relación entre pérdida prematura y Maloclusión dentaria Clase II en niños de 7 a 9 años.



Del total de 57 niños con Maloclusión clase II, el 86% presentó pérdida prematura de piezas dentarias; de los cuales 35.1% tenían 7 años, 31.6% tenían 8 años y el 19.3% de los niños de 9 años también presentó pérdida prematura de piezas. No existe relación entre la pérdida prematura de piezas dentarias y la edad en niños con Clase II al obtener un valor de p de 0.374.

## Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor              | df | Significación<br>asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 1,969 <sup>a</sup> | 2  | ,374                                    |
| Razón de verosimilitud       | 2,221              | 2  | ,329                                    |
| Asociación lineal por lineal | ,397               | 1  | ,528                                    |
| N de casos válidos           | 57                 |    |   |

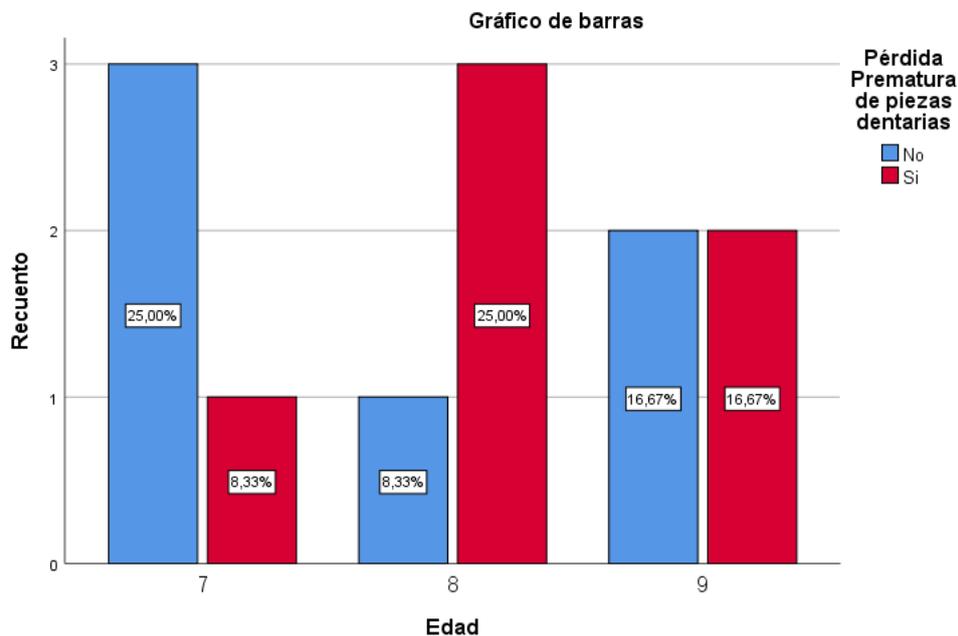
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,82.

Tabla 4. Relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase III en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.

| Maloclusión | Pérdida Prematura de Piezas dentarias |      |    |      |       |       | P*    |
|-------------|---------------------------------------|------|----|------|-------|-------|-------|
|             | No                                    |      | Si |      | Total |       |       |
| Clase III   | n                                     | %    | n  | %    | N     | %     |       |
| 7 años      | 3                                     | 25.0 | 1  | 8.3  | 4     | 33.3  | 0.368 |
| 8 años      | 1                                     | 8.3  | 3  | 25.0 | 4     | 33.3  |       |
| 9 años      | 2                                     | 16.7 | 2  | 16.7 | 4     | 33.3  |       |
| Total       | 6                                     | 50.0 | 6  | 50.0 | 12    | 100.0 |       |

\*.Chi cuadrado

Gráfico 4: Relación entre pérdida prematura y Maloclusión dentaria Clase III en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.



Del total de 12 niños con Maloclusión clase III, el 50% presentó pérdida prematura de piezas dentarias; de los cuales 8.3% tenían 7 años, 25% tenían 8 años y el 16.7% de los niños de 9 años también presentó pérdida prematura de piezas. No existe relación entre la pérdida prematura de piezas dentarias y la edad en niños con Clase III al obtener un valor de p de 0.368.

11

## Pruebas de chi-cuadrado

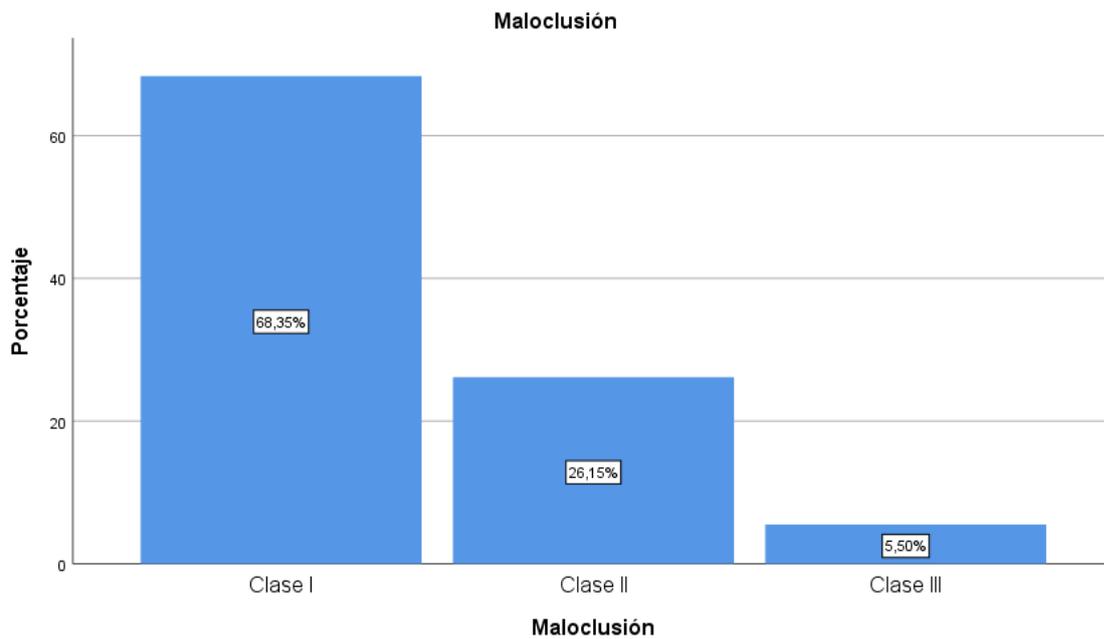
|                              | Valor              | df | Significación<br>asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 2,000 <sup>a</sup> | 2  | ,368                                    |
| Razón de verosimilitud       | 2,093              | 2  | ,351                                    |
| Asociación lineal por lineal | ,458               | 1  | ,498                                    |
| N de casos válidos           | 12                 |    |   |

a. 6 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,00.

Tabla 5. Prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.

| Maloclusión |     |            |
|-------------|-----|------------|
|             | N   | Porcentaje |
| Clase I     | 149 | 68.3       |
| Clase II    | 57  | 26.1       |
| Clase III   | 12  | 5.5        |
| Total       | 218 | 100.0      |

Gráfico 5: Prevalencia de Maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.



Del total de pacientes revisados, el 68.3% presentaron Maloclusión clase I, el 26.1% Maloclusión clase II y el 5.5% Maloclusión clase III.

#### IV. DISCUSIÓN

La pérdida prematura de dientes primarios es un problema mundial, que se describe como la pérdida de un diente primario antes de la edad de exfoliación normal. Las causas más comunes de pérdida temprana de dientes son la caries dental, traumatismos, enfermedad periodontal y reabsorción radicular temprana. Este hallazgo enfatiza la importancia de aumentar los niveles de conciencia sobre este tema y centra la atención en la necesidad de más esfuerzos preventivos para mantener una dentición sana y normal que mejore la función masticatoria y la estética de los individuos y de toda la población. Además, los hallazgos acentúan la importancia de la detección temprana de pérdida prematura de los dientes primarios para prevenir futuras maloclusiones.

Respecto a nuestros resultados, en nuestro estudio se observa una prevalencia de 68.3% niños con Maloclusión clase I diferenciándose con lo encontrado por el autor Astoquilca et al. (2019) donde 56,37% niños exhibieron maloclusión siendo la clase III la más recurrente.<sup>13</sup>

Según la prevalencia de maloclusión en niños con pérdida dentaria, en nuestro estudio se observó un 44% que tenía clase I; 22.5% Clase II y 2.8% Clase III discrepando de lo encontrado por el autor AL-Awadi T. et al. (2021) donde la prevalencia de maloclusión clase I presentó el índice más alto de la muestra 70,4%, seguida de la clase II con 9,5% % de relación, la clase III incluyó sólo el 1,1%.<sup>14</sup> Estos resultados difieren entre sí debido a las diferencias étnicas con países del medio oriente donde se reporta que las poblaciones son más susceptibles a desarrollar una maloclusión dentaria.

Según lo investigado en nuestro estudio se observó que existe relación entre pérdida dentaria y maloclusión dental siendo semejante con el autor Wojtaszek-Lis J. et al. (2021) donde la pérdida prematura de molares deciduos da como resultado anomalías dentales asociadas con el desplazamiento de los dientes en ambas arcadas dentales y tiempo de erupción deficiente de los dientes permanentes.<sup>15</sup> A su vez presentó semejanza con lo determinado en el estudio de Vinueza et al. (2022) donde la pérdida prematura de molares influencia el desarrollo de maloclusiones dentales en menores de 15 años.<sup>16</sup> Estos resultados tienen semejanza entre sí debido a que este tipo de poblaciones tiene antecedentes de relación entre pérdida dentaria y las maloclusiones dentarias a pesar de ser de diferentes etnias y culturas predomina la relación entre estas variables en diversos estudios.

Según nuestro estudio, de todos los niños revisados, el 69.3% presentó pérdida prematura de piezas dentarias; y la maloclusión encontrada fue maloclusión clase I con 44% discrepando del autor Fadel M. et al. (2022) donde la prevalencia de maloclusión y pérdida dentaria temprana fue de 69,1% y 21,8%, respectivamente.<sup>17</sup> Estos resultados discrepan entre si debido a que la mayoría presentaban denticiones mixtas que predisponían a la maloclusión debido a la pérdida dentaria. Sin embargo, se halló similitud con lo encontrado por Monte A. et al. (2018) donde la prevalencia de pérdida temprana de dientes fue 65,4%.<sup>19</sup> Estos resultados tienen proximidad entre sí debido a los escasos económica por parte de los padres de seguir un tratamiento dental para salvar las piezas dentarias de sus hijos del cual ha producido que sus dientes con afecciones sufran pérdida prematura.

Al aplicar la prueba estadística se obtuvo un valor de  $p=0.000$ , por lo cual se acepta la hipótesis alterna, de que existe relación entre la pérdida prematura y maloclusión teniendo proximidad con el autor Astoquilca et al. (2019) donde se halló que la pérdida prematura de dientes deciduos sí es un factor de riesgo de maloclusión con un p valor de 0,00.<sup>13</sup> Estos resultados tienen proximidad debido a que la población peruana tiene antecedentes desde hace muchos años de la relación entre pérdida prematura con la maloclusión en niños sobre todo de 7 a 9 años.

## V. CONCLUSIONES

- a. Existe relación estadísticamente significativa entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.
- b. No existe relación estadísticamente significativa entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase I en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023
- c. No existe relación estadísticamente significativa entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase II en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.
- d. No existe relación estadísticamente significativa entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase III en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.
- e. La prevalencia de maloclusión dentaria es 68.3% de maloclusión clase I, el 26.1% maloclusión clase II y el 5.5% maloclusión clase III en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Promover a los padres la importancia de la higiene oral, incitando el cuidado y mantenimiento de los dientes deciduos evitando la pérdida prematura de los mismos.
2. Fomentar la importancia de una alimentación sana y manteniendo una adecuada higiene bucal.
3. Incentivar a los padres que acudan a sus controles y citas periódicas en el odontólogo, para evitar progresiones de caries y mantener una higiene oral idóneas.
4. A los odontólogos realizar un examen meticuloso en estos casos y agotar todos los posibles tratamientos para mantener los dientes deciduos en boca, para evitar pérdida prematura en los pequeños y posterior a ello la maloclusión.

## REFERENCIAS

- AL-Awadi T, AL-Haddad K, Al-labani M, Al- Shamahy H. Prevalence of malocclusion among Yemeni children of primary schools. *Universal J Pharm Res* 2019; 5(1): 1-6.
- Ullahman MAASA, Yahya A, Al-Shamahy HA, Abbas AKMA. Occurrence of retromolar canal among a sample of Yemeni adults obtained from cone-beam computed tomography. *Int Res J Med Med Sci* 2020; 8(2): 35-41.
- Alhadi Y, Rassem A, Al-Shamahy H, Al-Ghaffari K. Causes for extraction of permanent teeth in general dental practices in Yemen. *Universal J Pharm Res* 2019; 4(2): 1-5.
- Mutaher N, AL-Haddad K, Al-Akwa A, Al-labani M. Prevalence and causes of traumatic dental injuries to anterior teeth among primary school children in Sana'a city, Yemen. *Universal J Pharm Res* 2020; 5(3):38-43.
- Al-Shahrani N, Al-Amri A, Hegazi F. The prevalence of premature loss of primary teeth and its impact on malocclusion in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Acta Odontologica Scand* 2015; 73(7): 544–549.
- Cavalcanti A, Alencar C, Bezerra P, Granville A. Prevalence of early loss of primary molars in school children in Campina Grande, Brazil. *Pakistan Oral Dent J* 2008; 28(1): 113.
- Cardoso L, Zembruski C, Fernandes DS, Boff IPV, Pessin V. Evaluation of prevalence of malocclusion in relation to premature loss of primary teeth. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2005; 5(1):2-17.
- Ferreira FV. *Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico*. 7.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008; 1(1): 552.
- Arashiro C. et al. Prevalência de malocclusão em escolares do município de Campinas, São Paulo. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 2009; 57(4): 407-411.
- Almeida R. et al. Etiologia das más oclusões-causas hereditárias e congênitas adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 2000; 5(6): 107-9.
- Silva R, Kang D. Prevalence of malocclusion among Latino adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* [Internet]. 2001;119: 313- 315.
- Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. *KIRU* [Internet]. 2018, 2(15): 94-98.
- Astoquilca M. La pérdida prematura de dientes deciduos como factor de riesgo de maloclusión en escolares de 7 a 9 años de la IE Rafael Díaz, Moquegua-2019. (2019).

AL-Awadi T. et al. Malocclusion and Premature Teeth Loss: its Prevalence and Association among Yemeni School children in Sana. *Genesis-JOMDR*. 2021, 2(2):15.

Wojtaszek-Lis J. et al. Comparison of the incidence of individual malocclusions in children with physiological replacement of teeth and children with premature loss of deciduous molars who reported for orthodontic treatment. *Forum Ortodontyczne/Orthodontic Forum*. 2021, 17(3): 1-20.

Vinueza C. Influencia de la pérdida prematura de molares en el desarrollo de la maloclusión dental. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. 2022,

Fadel M., et al. Prevalence of malocclusion in public school students in the mixed dentition phase and its association with early loss of deciduous teeth. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2022, 27 (2): 1-10.

Sancán J. Maloclusión dental y esquelética en niños y adolescentes con pérdida prematura de los dientes temporales. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2022.

Monte A et al. Prevalence of early loss of primary molar and its impact in schoolchildren's quality of life." *International journal of paediatric dentistry* 28.6 (2018): 595-601.

Gibas-Stanek M, Bartłomiej W. The effect of premature extraction of primary molars on spatial conditions and formation of malocclusion—a systematic review." *Journal of Stomatology*. 2018, 71.5 (5): 420-431.

Feu D. et al. Factors associated with premature loss of primary teeth in Brazilian children. *Journal of Dentistry for Children*. 2018, 85 (3): 108-113.

Silva R, Kang D. Prevalence of malocclusion among Latino adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* [Internet]. 2001,119: 313- 315

Merino Zulca L. Pérdida prematura de los segundos molares temporales y sus consecuencias en el primer molar definitivo en niños de 7 a 12 años de la Escuela Unión Panamericana en el año lectivo 2011-2012

Ortiz M. et al. Perdida prematura de dientes primarios en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la clínica de odontopediatria de la universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2004-2005. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. Caracas-Venezuela, Febrero 2009.

Chacón K, Correa J, Navarro D, Gordillo V, Báez L. Perdida temprana de dientes temporales en niños de 0 a 8 años de edad. *Colombian Journal of Dental Research*. 2014 5; 13:41-7.

Law S. Management of premature primary tooth loss in the child patient. *J Calif Dent Assoc.* 2013, 41(8): 612-8.

Tunison W, Flores-Mir C, ElBadrawy H, Nassar U, El-Bialy T. Dental arch space changes following premature loss of primary first molars: a systematic review. *Pediatr Dent* 2008;30(4):297-302.

Lin Y, Lin W, Lin YJ. Immediate and six-month space changes after premature loss of a primary maxillary first molar. *J Am Dent Assoc.* 2007, 138(11):362–368.

Padma B, Retnakumari N. Loss of space and changes in the dental arch after premature loss of the lower primary molar: A longitudinal study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006,24(1):90–96.

Dimberg L. et al. Malocclusions in children at 3 and 7 years of age: a longitudinal study. *The European Journal of Orthodontics.* 2013, 35(1): 131-137.

Doğramacı J, Giampiero R, Craig W. Malocclusions in young children: Does breast-feeding really reduce the risk? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Dental Association.* 2017, 148 (8): 566-574.

Ibrahim D, Dias P, Gleiser R. Prevalence of malocclusion in children aged 9 to 12 years old in the city of nova friburgo, Rio de Janeiro State, Brazil. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial.* 2009,14 (2): 118-124.

Devanna, Raghu, et al. Prevalence of malocclusion among children of the Kingdom of Saudi Arabia—A systematic review and meta-analysis. *The Saudi Dental Journal.* 2021, 33 (8): 826-834.

Iwasaki T. Relationships among tongue volume, hyoid position, airway volume and maxillofacial form in pediatric patients with Class-I, Class-II and Class-III malocclusions. *Orthodontics & craniofacial research.* 2019, 22(2): 9-15.

Brito H, Salgado G. Importance of orthodontic intervention of the Class III malocclusion in mixed dentition. *Dental Press Journal of Orthodontics.* 2000, 25 (2): 57-65.

Sarangal H. Treatment modalities for early management of class III skeletal malocclusion: A case series. *Contemporary clinical dentistry.* 2020, 11 (1): 1-91

Hernández R. *Metodología de la Investigación.* McGraw-Hill. México, D.F., 2001

# **ANEXOS**

**ANEXO N°1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

| <b>Problema general</b>  | <b>Objetivo general</b>  | <b>Hipótesis general</b>  | <b>Variables</b>   | <b>Metodología</b>   |
|--|--|---|--|--|
| ¿Existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?  | Determinar si existe relación entre la pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023   | Existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023     | <b>Variable independiente:</b><br><br>Pérdida prematura  | <b>Tipo de investigación:</b><br>Descriptivo<br>Correlacional<br><b>Diseño de la investigación:</b><br>No experimental |
| <b>Problemas específicos</b>   | <b>Objetivos específicos</b>   | <b>Hipótesis nula</b>   | <b>Variable dependiente:</b><br><br>Maloclusión dentaria | Transversal<br>Prospectivo<br><b>Población:</b><br>500   |
| ¿Existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase I en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?<br><br>¿Existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase II en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica | Determinar si existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase I en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.<br><br>Determinar si existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase II en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica | No existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023. | <b>Covariables:</b><br><br>Sexo                          | <b>Muestra:</b><br>218 niños   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?<br/>¿Existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase III en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?<br/>¿Cuál es prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023?</p> | <p>odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.<br/>Determinar si existe relación entre pérdida prematura y maloclusión dentaria Clase III en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.<br/>Determinar la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7 a 9 años atendidos en la clínica odontológica BIOS DENT, Huacho 2023.</p> |  |  | <p><b>Técnicas de recopilación de información:</b><br/>- Técnica: observación<br/>- Instrumento: ficha clínica</p> |
|--|--|--|--|--|

## ANEXO N°2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., con DNI .....  
declaro que he sido informado y acepto que mi menor hijo participe de forma voluntaria en la investigación denominada **“PÉRDIDA PREMATURA Y MALOCLUSIÓN DENTARIA EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA BIOSDENT, HUACHO -2023”**, éste es un proyecto de investigación científica de la Bachiller Yulisa Margot Salazar Colunche y cuenta con el respaldo de la **UNIVERSIDAD PRIVADA FRANKLIN ROOSEVELT DE HUANCAYO.**

El presente estudio busca conocer (**PÉRDIDA PREMATURA Y MALOCLUSIÓN DENTARIA EN NINOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA BIOSDENT, HUACHO -2023**)

La investigación consistirá en el registro de datos del paciente mediante la observación en donde se analizará según la observación la pérdida prematura y la clasificación de Angle la maloclusión.

Por ello Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá cualquier valor en dinero por haber participado del estudio, siendo comunicado al finalizar los resultados obtenidos.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Firmo en señal de conformidad:

Fecha: .....

Investigador: .....

Teléfono celular:.....

\_\_\_\_\_  
Apoderado

DNI:

**ANEXO N°3**  
**ASENTIMIENTO INFORMADO**

Hola mi nombre es **YULISA MARGOT SLAZAR COLUNCHE**, desarrollo un estudio en la **UNIVERSIDAD PRIVADA FRANKLIN ROOSEVELT DE HUANCAYO**, para ello queremos pedirte que nos apoyes. Tu participación en el estudio consistiría en responder algunas preguntas sobre cómo te sientes ante al ver videos o videojuegos durante tu tratamiento dental.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionas/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a conocer sobre tu salud. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio; sólo a tus padres.

¿Aceptas participar? Marca con una **X** en uno de los siguientes recuadros:



**Sí** quiero participar



**No** quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

## ANEXO N°4

### FICHA CLÍNICA

**DATOS GENERALES:**

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo: Masculino ( )

Femenino ( )

**OCLUSIÓN:**

Clasificación de Angle (relación molar)

1. clase I
2. clase II
3. clase III
4. No registra

|           |  |
|-----------|--|
| Derecha   |  |
| Izquierda |  |

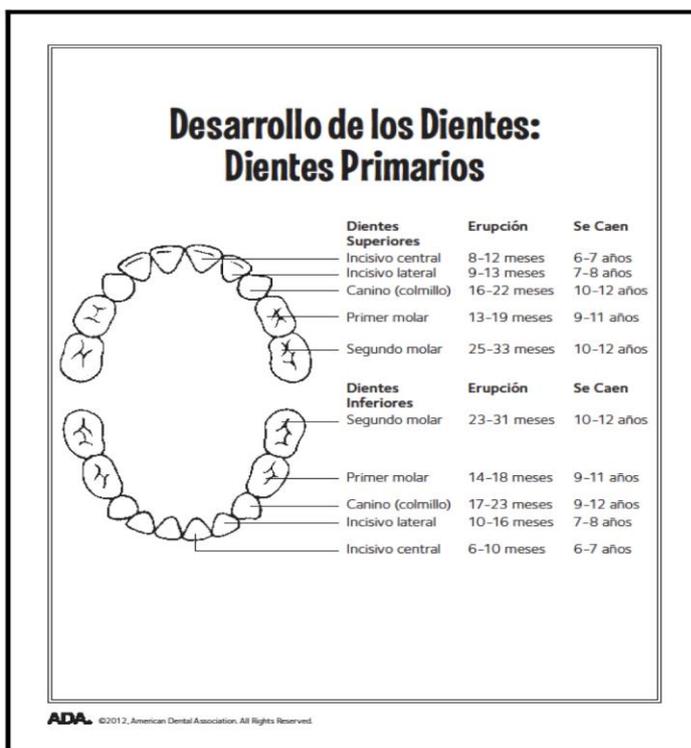
**TIPO DE MALOCCLUSIÓN SEGÚN ANGLE:** \_\_\_\_\_

**PÉRDIDA PREMATURA DENTARIA**

- Pérdida prematura:

SI ( )

NO ( )



**ESQUEMA 1:** Desarrollo de los dientes primarios según ADA.

## ANEXO N° 5

### EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

- Paciente con pérdida tardía de dientes deciduos





## ● 18% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 18% Base de datos de Internet
- 8% Base de datos de publicaciones

### FUENTES PRINCIPALES

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

|   |                                      |          |     |
|---|--------------------------------------|----------|-----|
| 1 | <b>core.ac.uk</b>                    | Internet | 5%  |
| 2 | <b>repositorio.uroosevelt.edu.pe</b> | Internet | 2%  |
| 3 | <b>dspace.uce.edu.ec</b>             | Internet | 2%  |
| 4 | <b>repositorio.ujcm.edu.pe</b>       | Internet | 1%  |
| 5 | <b>repositorio.ug.edu.ec</b>         | Internet | 1%  |
| 6 | <b>dspace.unach.edu.ec</b>           | Internet | <1% |
| 7 | <b>repositorio.ucv.edu.pe</b>        | Internet | <1% |
| 8 | <b>repositorio.upsjb.edu.pe</b>      | Internet | <1% |
| 9 | <b>es.studenta.com</b>               | Internet | <1% |

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 10 | <b>repositorio.ucp.edu.pe</b><br>Internet  | <1% |
| 11 | <b>repositorio.unan.edu.ni</b><br>Internet | <1% |
| 12 | <b>repositorio.uap.edu.pe</b><br>Internet  | <1% |
| 13 | <b>yumpu.com</b><br>Internet               | <1% |
| 14 | <b>alicia.concytec.gob.pe</b><br>Internet  | <1% |
| 15 | <b>search.bvsalud.org</b><br>Internet      | <1% |
| 16 | <b>slideshare.net</b><br>Internet          | <1% |
| 17 | <b>dspace.ucacue.edu.ec</b><br>Internet    | <1% |

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)

---

BLOQUES DE TEXTO EXCLUIDOS

**ASESORA:Mg. C.D**

repositorio.uroosevelt.edu.pe

---

**Declaro bajo juramento que:1) La tesis es de mi autoría.2) Se respeta las normas i...**

repositorio.uroosevelt.edu.pe

---

**INDICEPág.DEDICATORIA.....iiAGRADECI...**

repositorio.uroosevelt.edu.pe