



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA



EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD



CONSTANCIA

El que suscribe deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

“PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DENTOFACIALES ENTRE GRUPOS DE NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA AÑO 2017”

Presentado por:

BACH. CORONADO CARHUAS, SIXTO JHONATAN

del nivel Pregrado de la Facultad de Odontología. El resultado obtenido es una coincidencia de **5%**, por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO

Según reglamento de Evaluación de la Originalidad

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones:

Se aprueba el Informe Final de Tesis, por tener un porcentaje de similitud inferior a los límites establecidos por el reglamento.

Ica, 18 de Abril del 2022

DRA. LILIANA BASILISA DIAZ NÚÑEZ
COORDINADOR PROGRAMA INFORMÁTICO
EVALUADOR DE ORIGINALIDAD
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MG. CANDELA LEVANO CECIL MASSIEL
EVALUADOR
PROGRAMA INFORMÁTICO EVALUADOR DE
ORIGINALIDAD
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



TESIS:

“PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DENTOFACIALES ENTRE GRUPOS DE NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA AÑO 2017”

AUTOR:

BACH. SIXTO JHONATAN CORONADO CARHUAS

ICA – PERÚ

2022

DEDICATORIA:

El presente trabajo investigativo, se lo dedicamos principalmente a Dios, por ser nuestro motor e inspirador en uno de los anhelos más deseados.

A mí madre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años.

A mí esposa e hijo, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y me he convertido en lo que hoy soy.

AGRADECIMIENTO:

A la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” y la Facultad de Odontología alma mater de nuestro desarrollo profesional.

A nuestra asesora Dr. Carmen Bohorquez Mendoza; por su valiosísimo apoyo.

A los docentes, personal administrativo, por su valiosa colaboración en la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO.....	3
1.1. Antecedentes del problema de investigación	3
1.1.1. Antecedentes a nivel internacional	3
1.1.2. Antecedentes a nivel nacional.....	4
1.1.3. Antecedentes a nivel local	7
1.2. Bases teóricas de la investigación.....	7
1.3. Marco conceptual	18
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	19
2.1. Situación problemática	19
2.2. Formulación de problemas.....	19
2.2.1. Problema general.....	19
2.2.2. Problemas específicos.....	19
2.3. Delimitación del problema.....	20
2.4. Justificación e importancia de la investigación	20
2.4.1. Justificación	20
2.4.2. Importancia.....	21
2.5. Objetivos de investigación	21
2.5.1. Objetivo General	21
2.5.2. Objetivos Específicos.....	21
2.6. Hipótesis de investigación.....	21
2.6.1. Hipótesis general.....	21
2.6.2. Hipótesis específicas	22
2.7. Variables de investigación	22
2.7.1. Identificación de variables.....	22
2.7.2. Operacionalización de variables	22
III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	24
3.1. Tipo, nivel y diseño de investigación	24
3.2. Población y muestra	24
IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	25

4.1. Técnicas de recolección de datos.....	25
4.2. Instrumentos de recolección de datos.....	25
4.3. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos	25
V. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	26
5.1. Presentación e interpretación de resultados	26
5.2. Discusión de resultados.....	64
VI. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	66
6.1. Contrastación de hipótesis general	66
6.2. Contrastación de hipótesis específicas.....	66
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES.....	69
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	70
ANEXOS.....	73

RESUMEN

Introducción: Las alteraciones dentofaciales, según la OMS, son el tercer motivo de malestar bucal, llamado por ciertos autores como maloclusiones, son un cambio no patológico de desarrollo y avance, que introduce un desarreglo de la dentición, de la ATM, lo que hace un problema práctico y de desarmonía oclusal.

Objeto: Fue determinar la prevalencia de Anomalías dentofaciales en un grupo de niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017.

Material y Métodos: El presente trabajo descriptivo aplicó una muestra de 98 niños atendidos que acudieron Hospital “Santa María del Socorro en el año 2017 cuyas edades estaban entre 5 a 12 años.

Resultados: Según la clasificación de Angle, podemos mencionar que un 67.35% de la muestra estudiada ha sido registrada dentro de la CLASE I, la cual está integrada por 41 niñas (41.84%) y 25 niños (25.51%). Por otro lado, tenemos que en la CLASE II DIVISIÓN 1, la integran 7 niñas (7.14%) y 13 niños (13.27%). Para la CLASE II DIVISIÓN 2, encontramos a 4 niños (4.08%) y en la CLASE III tenemos 8 niños (8.16%).

Conclusiones: Respecto a las anomalías dentofaciales, tenemos que en todos los casos registrados el grupo predominante ha sido el femenino, siendo la línea media dentaria desviada y la presencia de diastemas los que ocupan un mayor porcentaje, con un 36.73% y 31.63% respectivamente para las niñas. Por otro lado, en el caso de los niños ambas ocupan un 10.20%.

Palabras claves: Anomalías dentofaciales, estética facial, maloclusiones, crecimiento dental y apiñamiento dentario.

ABSTRACT

Introduction: The dentofacial alterations, according to the WHO, are the third reason for oral discomfort, called by certain authors as malocclusions, they are a non-pathological change of development and advance, which introduces a derangement of the dentition, of the TMJ, which makes a practical problem and occlusal disharmony.

Object: t was to determine the prevalence of dentofacial anomalies in a group of children from 5 to 12 years old attended at the Santa María del Socorro Hospital in Ica, during the year 2017.

Material and Methods: This descriptive work applied a sample of 98 children attended to Hospital “Santa María del Socorro in 2017 whose ages were between 5 to 12 years.

Results: According to Angle's classification, we can mention that 67.35% of the studied sample has been registered within CLASS I, which is made up of 41 girls (41.84%) and 25 boys (25.51%). On the other hand, we have that in CLASS II DIVISION 1, it is made up of 7 girls (7.14%) and 13 boys (13.27%). For CLASS II DIVISION 2, we found 4 children (4.08%) and in CLASS III we have 8 children (8.16%).

Conclusions: Regarding dentofacial anomalies, we have that in all the registered cases the predominant group has been the female, being the deviated dental midline and the presence of diastemas that occupy a higher percentage, with 36.73% and 31.63% respectively for girls. On the other hand, in the case of children, both occupy 10.20%.

Keywords: Dentofacial anomalies, facial aesthetics, malocclusions, tooth growth and dental crowding.

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

TITULO:

“PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DENTOFACIALES ENTRE GRUPOS DE NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA AÑO 2017”

ÁREA DE CONOCIMIENTO:

CIENCIAS DE LA SALUD

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

AUTORES:

BACH. CORONADO CARHUAS, SIXTO JHONATAN

ASESOR:

Mg. CARMEN BOHORQUEZ MENDOZA

INTRODUCCIÓN

Los diversos exámenes realizados a nivel público y global constatan la presencia de algunos factores que perjudican y deterioran el correcto movimiento de la fosa bucal.

La maloclusión ocurre cuando la disposición de las curvas dentales no tiene una relación ordinaria entre sí, es decir, no hay concordancia de los dientes superiores con los inferiores ni en sentido ascendente, anteroposterior y cruzado.

Se podría decir que este problema es una variedad en la conexión entre los dientes, que podría ser debido a varios componentes, independientemente de si hereditaria, ecológica o la comunicación de ambos (1).

Según la OMS, las maloclusiones están consideradas como la tercera razón de malestar oral; en consecuencia, es cualquier cosa menos un problema médico general oral.

Sea como fuere, su importancia viene dada tanto por la cantidad de individuos que la presentan como por los impactos adversos que se producen en la cavidad oral, ya que afectan a la ejecución durante la mordida, la deglución y el discurso.

Asimismo, las maloclusiones influyen negativamente en la confianza de los afectados y en su satisfacción personal por la ausencia de sensación. (2)

Algunas investigaciones y estudios presentan pruebas de la gran penetración de las maloclusiones dentales en todo el mundo, como anuncian Dacosta y Onyeaso en nigerianos y Orellana en peruanos.

Según la disposición de Angle, la maloclusión de clase I es de vez en cuando la más notoria. En nuestro país, Perú, la investigación epidemiológica sobre la maloclusión ha sido completada desde 1954, particularmente en la ciudad de Lima.

Según estas investigaciones, existe una frecuencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% en las localidades de la costa, la sierra y la selva, individualmente. Hay que señalar que la región selva tiene una medida mínima de información anunciada.

Del mismo modo, la mayoría de los estudios presentan información sobre la población metropolitana, a la que se puede acceder rápidamente; sin embargo, no hay muchos informes sobre la población del campo y las redes rurales. (3)

La capacidad de los dientes es crítica en el movimiento masticatorio, al igual que según la perspectiva ortodóntica. En este sentido, deseamos cumplir con los supuestos para la exploración y que pueda llenar como una razón para el trabajo de

examen futuro, por lo que muy bien puede ser bueno para el bienestar general y la ejecución concebible de los programas de bienestar fundamental.

Así, la motivación de este trabajo de investigación es decidir la prevalencia de las anomalías dentofaciales en un grupo de jóvenes de 5 a 12 años de edad atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017, cuyo compromiso ayudará a distinguir el predominio de las inconsistencias dentofaciales.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del problema de investigación

Antecedentes a nivel internacional

- a) **Navarrete, N., & Toapanta, L. (4) (2020)**, en su trabajo de titulación de Odontólogo, (*Perfil epidemiológico de los trastornos en la oclusión de escolares de 5 a 11 años de la Unidad Educativa Mario Oña Perdomo provincia del Carchi*). Completó a través de una investigación expresiva y transversal en 148 registros de pacientes de 6 a 12 años.

Los resultados demuestran que el 9% de los pacientes presentaron mordedura abierta, que fue causada en el 71% de casos predominantemente a atracciones computarizadas en niños, de los cuales el 70% eran mujeres y el 30% hombres.

Se presume que la recurrencia más elevada de la mordedura abierta anterior por la propensión a la succión computarizada fue en el sexo femenino, con una mayor frecuencia a los 8 años de edad.

- b) **Aguirre, B. (5) (2018)**, en su estudio, (*Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la parroquia Machángara en la ciudad de Cuenca, 2016*). A través de un atractivo corte de revisión de 184 registros de exploración epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca de la evaluación clínica en los planos sagital, transversal y vertical, a través de una inspección probabilística irregular.

Resultando La omnipresencia fue de 81% de maloclusión, la apropiación de maloclusión según sexo fue de 83% en el sexo femenino y 79% en el sexo masculino.

Razonando que existe un alto predominio de maloclusión dental en escolares femeninos de colegios subvencionados, introduciendo una alta recurrencia de cualidades clínicas de maloclusión.

- c) **Burgos, D. (6) (2014)**, en su investigación, (*Prevalencia de Maloclusiones en Niños y Adolescentes de 6 a 15 Años en Frutillar, Chile*). Se completó un examen determinado para decidir el predominio de maloclusiones en niños y jóvenes de Frutillar, entre 6 a 15 años de edad, según sus atributos oclusales.

En un informe sorprendente, a través de una evaluación clínica en 184 niños y jóvenes, el resultado más incesante fue el error dentomaxilar negativo en el 67,4% de los casos.

El predominio de las maloclusiones encontradas es mayor que el anunciado por diferentes exámenes.

En Chile, no existen muchas investigaciones distribuidas que descubran la magnitud genuina del ADM, debido en cierta medida a las diversas agrupaciones, los diversos grupos de edad evaluados y el objetivo de cada examen.

- d) **Podadera, Z., Rezk, A., Flores, L., & Ramírez, M. (7) (2013)**, en su artículo científico, (*Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 12 años*).

La mayoría de los pacientes considerados presentaron irregularidades dentomaxilofaciales, con un poder de peculiaridades dentales, componentes etiológicos regulares fueron las propensiones orales torcidas, ahí se determina la significación de su anticipación y finalización desde tiempos tempranos de la mejora.

- e) **González, R., Ochoa, D., Silva, C., & Cruz, I. (8) (2012)**, en su investigación, (*Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria*).

Representaron la conducta de estas peculiaridades y la relación con estas propensiones en alumnos de 6 a 12 años en 120 jóvenes a través de un informe gráfico.

El 78,3% presentó propensiones distorsionantes, siendo el tirón avanzado el más crítico, seguido por la lengua protráctil y la onicofagia, presumiendo que la mayor parte de la población consideraba haber introducido algún tipo de modificación.

Antecedentes a nivel nacional

- a) **Marquina, M. (9) (2020)**, en su tesis de titulación de cirujano dentista, (*Prevalencia de maloclusiones y su relación entre la clasificación de Angle y el índice de estética dental en escolares de 12 a 16 años de edad*).

La presente investigación se planteó decidir el predominio de las maloclusiones y su conexión entre la caracterización del Ángulo y la lista de gusto dental en de la región de Moche - Perú 2019.

A través de una investigación próxima, transversal, inequívoca, observacional y planificada, es todo menos una suma de 145 escolares, entre ellos 71 varones y 74 mujeres.

Para evaluar el predominio de las maloclusiones se utilizó la caracterización de Angle y el Índice de Estética Dental.

Para decidir la conexión entre el orden de Angle y el DAI, los datos fueron recogidos y manejados por tablas de hechos utilizando el coeficiente de relación de Spearman. Los resultados obtenidos mostraron que existe una conexión crítica entre la agrupación de puntos y el IAD ($p < 0,001$), además se encontró una enorme relación en edad en los estudiantes ($p = 0,023$) en cuanto al sexo en las estudiantes femeninas ($p = 0,015$).

Los resultados nos permiten inferir que existe una conexión entre la agrupación de Angle y la DAI, igualmente podemos atestiguar que existe una relación en cuanto a la edad en los subestudiantes.

- b) **Parra, F. (10) (2020)**, en su tesis de titulación de ortodoncia y ortopedia maxilar, (*Prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 15 años en el colegio "Señor de Huamantanga" de la ciudad de Jaén*).

El ejemplo para esta investigación fue de 797 alumnos menores de edad, distribuidos en Hembras 458, Varones 339 de las edades establecidas para esta investigación, a través de la percepción y evaluación clínica.

Se evaluó la situación del molar inferior correspondiente al molar superior en cabeza anteroposterior (Clase I, II y III).

Según las maloclusiones de Angle, la más regular es la Clase I molar con un 66,75% (532 niños), luego la Clase II con un 22,08% (176 jóvenes) por último la Clase III con un 11,17% (89 niños).

En cuanto al sexo en la Clase I. En predominio, la maloclusión de la Clase I es más continua, luego, en ese punto la Clase II y la Clase

III, con respecto al sexo, el femenino está más influenciado en la Clase I y el masculino en la Clase II y III.

- c) **Llanos, C. (11) (2020)**, en su tesis de titulación en ortodoncia y ortopedia maxilar, (*Prevalencia de anomalías dentales evaluadas en radiografías panorámicas según su forma y número en pacientes atendidos en el Centro de Formación Odontológica Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2016-2017*).

Decido la frecuencia de las irregularidades dentales evaluadas en las radiografías integrales según su forma y número en los pacientes que acuden al centro de instrucción dental de la USAT. El tipo de exploración será de revisión, transversal, expresiva y observacional; se utilizarán todas las radiografías englobantes que cumplan con los modelos de elección incluidos en el periodo 2016 - 2017.

En 300 radiografías completas con la organización actual del Centro de Formación Dental USAT, durante el período 2016-2017, los resultados mostraron el predominio de las anomalías de forma y el número es del 17,2%.

Según la peculiaridad de la forma y el sexo el predominio era comparable, mientras que para la anormalidad del número se encontró una tasa más alta para el sexo femenino.

Infieren que la dilaceración se descubrió como la anormalidad dental de forma más continua (7,6%) y el diente exagerado como la peculiaridad de número con la tasa más elevada (4,4%) en la población contemplada.

- d) **Montañez, W. (12) (2020)**, en su tesis de titulación de cirujano dentista, (*Prevalencia de maloclusiones en estudiantes de 7 a 12 años de edad de la institución educativa 88336 “Gastón Vidal Porturas”, en el distrito de nuevo Chimbote, provincia del santa, departamento de Ancash, año 2017*).

Realizó un trabajo para decidir la frecuencia de las maloclusiones en los alumnos de 7 a 12 años de la Institución Educativa 88336 Gastón Vidal Porturas del Distrito de Nuevo Chimbote

La investigación fue de tipo cuantitativo, gráfico, transversal, próximo y observacional, de nivel inequívoco y de plan no test en una prueba probalística de 285 alumnos cerrando el predominio de las maloclusiones en los alumnos es alto.

Abordado por el 94. 19%, en el que la clase I según la disposición de Angle es la más predominante con un 43,41%, según indican los datos encontrados, en la época de diciembre de 2017.

Antecedentes a nivel local

Con la finalización de las actividades de revisión documentaria, no se han identificado trabajos relacionados al tema en estudio dentro de la localidad.

1.2. Bases teóricas de la investigación

A. Anomalías dentomaxilofaciales

La deformidad dentomaxilofacial es una condición formativa; por regla general, no se debe a procesos patológicos, sino a un giro moderado de los acontecimientos habituales.

De vez en cuando es posible encontrar la presencia de una razón particular, por regla general son el efecto de una comunicación impredecible entre algunos factores que impactan el desarrollo y la mejora (13).

Clasificación de anomalías dentofaciales

i. Primer grupo de anomalías dentofaciales

- **Anomalías de los tejidos blandos**

Las delicadas peculiaridades de los tejidos se aíslan en inconsistencias de tiempo, espacio y número.

Dentro de esta reunión, según una perspectiva ortodóntica, son de extraordinario interés las anomalías de espacio, que así pueden ser de posición, volumen, estructura y trabajo, y aluden particularmente a los labios y la lengua.

Extrañas rarezas de trabajo de los tejidos delicados son por lo tanto cada uno de los retratados por la capacidad fuerte inusual, la compresión del músculo mentoniano en los casos de la respiración bucal y el trago inusual

La mediación de la lengua entre los incisivos en el trago instintivo, extraño después de la emisión de los dientes esenciales y, en general, todos los ajustes en la fisiología sólida ordinaria.

Las incoherencias temporales de los tejidos delicados aluden a la ingeniosidad de los cuadros de etapa temprana por ausencia de asociación de los primeros componentes constitutivos, siendo la más regular la fisura congénita (queilosquisis), cuyo tratamiento es sólo cuidadoso.

Las irregularidades de número no tienen interés por su rareza (aglosia, etc.) (14).

ii. Segundo grupo de anomalías dentofaciales

• Anomalías de los maxilares

Las anomalías de los maxilares pueden ser, por la idea del cambio, como en diferentes agrupaciones: de tiempo, de espacio y de número.

Las anomalías de tiempo o de avance aluden en esta reunión a aplazamientos o avances en el giro de los acontecimientos y el desarrollo de los maxilares. Las anomalías de espacio, que pueden ser de posición, volumen y forma, son las más significativas y regulares en ortodoncia.

En las anomalías del tiempo recordamos los aplazamientos o avances para el desarrollo de los maxilares que pueden modificar el avance de la dentición (15).

Para estos aplazamientos o avances la técnica analítica, que manejaremos más adelante, es la de las radiografías de los huesos del cuerpo, que difieren enormemente a partir de un año y luego al siguiente en su solidificación.

Dándonos por examen una idea del desarrollo del niño: en el caso de que sea típico o en el caso de que esté avanzando o retrasado.

El significado principal de esta inconsistencia es que un aplazamiento en el desarrollo de los maxilares puede hacer

que la emisión de los dientes, en el caso de que no sea inesperada.

Se produzca en maxilares de un volumen más modesto de lo que corresponde a esa edad. Además, una emisión de alto nivel en mandíbulas de mejora ordinaria puede crear un desequilibrio.

- **Anomalías de espacio**

Entre las de posición, las más significativas para los diseños ortodóncicos son: el prognatismo, desviación de los maxilares hacia delante, y el retrognatismo, desviación de la mandíbula en sentido inverso, que pueden ser inmejorables o inferiores, según se sitúen en cualquiera de los dos maxilares, y agregadas o alveolares, según sea la mandíbula en su conjunto la que se desvía hacia delante o en sentido inverso, o sólo el ciclo alveolar comparable al cuerpo de la mandíbula.

Las desviaciones laterales, laterognatismos, son el dextrognatismo, desviación del maxilar hacia el lado derecho, y el levognatismo, hacia el lado izquierdo, que pueden ser predominantes y de segundo orden y que generalmente van acompañados de desviaciones del maxilar inferior hacia delante, prognatismo. A decir verdad, es poco frecuente que el maxilar se desvíe sólo hacia delante; es bastante frecuente que se desvíe hacia delante y hacia cualquier lado del plano medio facial.

- **Anomalías de volumen y de forma**

Son vitales en la conclusión y pronóstico. Haremos referencia, en todo caso, a la utilización de revolucionarios similares: macrognatismo, mandíbulas más grandes que las típicas, y micrognatismo, mandíbulas más modestas que las ordinarias.

Esta última peculiaridad, la más importante, es vital en el tratamiento de ortodoncia, ya que los maxilares que han

pasado por una ausencia de avance apenas pueden dar espacio para cada uno de los dientes que se colocan en ellos.

iii. Tercer grupo de anomalías dentofaciales

Pueden ser, como en las agrupaciones pasadas, de tiempo, espacio y número. Para conocer las anomalías temporales de los dientes debemos recordar las tablas de emisión dental ordinaria que encontramos en el apartado II, tanto para la dentición esencial como para la duradera. Aludiendo a ellas podemos analizar si los dientes han expulsado antes o después del tiempo ordinario y si los dientes caducos han emitido regularmente. Las rarezas de cuarto son las de posición, encabezamiento, volumen y forma (16).

- **Anomalías de posición de los dientes**

Se trata de desviaciones de los dientes con respecto a la posición típica que deben ocupar en la curva dental en el porte mesial, distal, vestibular y lingual y además hacia el espesor del maxilar y hacia fuera de éste. En el momento en que un diente no posee el lugar que le corresponde en la curva dental, se dice que ha habido una unión. Dependiendo de la dirección en la que el diente se ha desviado de su situación ordinaria, puede haber vestibulogresión, linguogresión, mesogresión, distogresión (17).

- **Anomalías de dirección de los dientes**

Las anomalías de la dirección del diente pueden ser formas y giros: la versión (del latín *vertere*, inclinar) comprende la tendencia del diente como si hubiera rotado alrededor de un eje horizontal. Revolución (del latín *rota*, rueda), cuando la desviación ha sido por el giro del diente alrededor de un eje vertical (17).

Los giros pueden actuar igualmente en las principales orientaciones respecto a la curva dental: vestibuloversión, tendencia de los dientes hacia la parte vestibular; linguoversión, hacia la parte lingual; mesoversión, tendencia hacia la parte central; distoversión, hacia la pieza

distal de la curva. Los pivotes se denominan según si es la parte mesial o distal la que se desvía hacia el vestíbulo o hacia la parte lingual más articulada, y así podemos tener giro mesovestibular, mesolingual, distovestibular, distolingual.

- **Anomalías del volumen de los dientes**

Las peculiaridades de volumen, como dijimos antes al hablar de los tejidos delicados y los maxilares, aluden al aumento o disminución del volumen habitual. En esta agrupación los extremos similares macros (enorme) y micro (pequeño), aplicados a los dientes, nos dan las anormalidades macrodoncia y microdoncia, fundamentales, pues cuando hay macrodoncia, dientes de mayor volumen que el ordinario, coherentemente estos dientes no tienen espacio aún en maxilares regularmente creados y causan inconsistencias de posición y curso de los dientes que hacen insustituible el tratamiento de ortodoncia (17).

- **Anomalías de números de los dientes**

Las anormalidades en el número de dientes aluden a la expansión o disminución de la cantidad de dientes. Puede haber un número más notable o menor de dientes en la curva dental debido a la incapacidad de los dientes esenciales, dientes exagerados, ausencia de avance de los folículos dentales, dientes incluidos y pérdida de dientes. La constancia de los dientes caducos ocurre de vez en cuando debido a la emisión impotente del diente duradero que lo sustituye, quedando presentes simultáneamente el diente temporal y el diente permanente que tiene su lugar (17).

Los dientes supernumerarios pueden ocurrir en la zona de los terceros molares y después no suelen crear numerosos problemas. En el momento en que están disponibles, como ocurre de vez en cuando, entre los incisivos focales superiores, normalmente son el motivo de retrasos en la emisión de estos dientes.

iv. Cuarto grupo de anomalías dentofaciales

- **Anomalías de las articulaciones temporomaxilares**

La importancia de la articulación temporomandibular es crucial en Ortodoncia. La boca y sus partes pueden ser consideradas como una articulación compuesta por tres superficies oclusales: dos de ellas comparables en numerosos puntos de vista a las siguientes articulaciones sinoviales, pero menos restringidas en su actividad y articuladas con el esqueleto duro, las articulaciones temporomandibulares; la tercera compuesta por superficies lacerantes explicadas, el impedimento de los dientes superiores e inferiores (18).

En las peculiaridades de la cuarta reunión, las articulaciones temporomandibulares, sólo nos interesan las del espacio. Sólo las del espacio; las del tiempo, o del número, se refieren a la totalidad de la mandíbula.

Las del espacio, que pueden ser de posición, de volumen y de forma, aluden a la relación del cóndilo con la cavidad glenoidea del maxilar y a la situación del conjunto de la articulación en función del cráneo.

El cóndilo con respecto a la fosa glenoidea puede estar en las posiciones adjuntas, utilizando los extremos referidos anteriormente: hacia adelante, procondilar; en reversa, retrocondilar; superiormente, supracondilar; pobremente, infrancondilar. Las desviaciones paralelas, dextro y levoncodilares, son extraordinarias; no obstante, pueden verse en algunos casos clínicos. La articulación puede estar más alta o más baja comparable al cráneo y a la cara y la llamaremos suparticulación, e infrarticulación cuando el cóndilo está por encima o por debajo del plano de Frankfort; regularmente el cóndilo no debe pasar por encima del plano de Frankfort, como indica la investigación de muchas radiografías de perfil.

La supraenunciación, regularmente unida a la retroinclinación del maxilar inferior, es una de las incoherencias que se producen cada vez más habitualmente debido a la disminución del trabajo masticatorio en el avance del aparato masticatorio humano. La infrarticulación es excepcionalmente infrecuente, por las razones que hemos aclarado recientemente; se presenta como una irregularidad genética en personas que tienen una baja estatura del espacio bucal de la cara en la parte anterior e hipogonía.

Las peculiaridades de volumen y forma aluden al volumen y estado del cóndilo, el tubérculo y la foseta articular. Las peculiaridades de volumen y estado del cóndilo, el tubérculo y la foseta articular son tan diferentes que es todo menos concebible dar un estándar para su orden, sin embargo, deben ser anotadas.

Las irregularidades de posición, los procondilismos y los retrocondilismos, al igual que los supracondilismos y los infracondilismos, acompañan en su mayoría a las desviaciones anteroposteriores de los maxilares. El procondilismo puede ocurrir en casos de prognatismo inferior, especialmente antes del inicio de la dentición perpetua, en la dentición esencial y mixta. Posteriormente, esto no ocurre nunca, sin embargo, hay incluso supracondilismo, cóndilo más alto que el ordinario, en casos de prognatismo mediocre cuando se une al macrognatismo o volumen ampliado del maxilar.

- **Anomalías de la oclusión dentaria o maloclusiones**

Las maloclusiones, o irregularidades de impedimento, son justamente peculiaridades de cuarto, ya que hemos dicho efectivamente que el impedimento dental es la situación proporcional donde los dientes de una curva quedan respecto a los de la otra cuando se cierran fomentando la mejor potencia, aplicando tensión sobre los molares y

dejando los cóndilos de la mandíbula en una posición típica. Esta posición es la que permite el mejor número de focos de contacto entre los dientes de una curva y la otra. Un impedimento decente u ordinario es una condición fundamental para que los dientes realicen su trabajo masticatorio en las mejores condiciones.

La relación de los dientes superiores con los inferiores en la posición oclusal debe concentrarse en tres vías: dos planas, vestibulolingual y mesodistal, y una vertical. Si analizamos la posición mesodistal de los dientes que se bloquean regularmente, veremos que cada diente superior, aparte del último restante, se impide con dos dientes inferiores, su compañero y el que sigue de la línea media de la curva.

La cúspide del canino superior se conecta o bloquea con la punta formada por el canino y el premolar inferior. Las cúspides del primer molar superior se unen con el surco que aísla las cúspides anteriores y posteriores del primer molar inferior (18).

En el momento en que el impedimento no es ordinario, en el porte mesodistal, el diente o los dientes de la curva extraña estarán más cerca o más lejos de la línea de la curva que se relaciona con los dientes contradictorios. Estas irregularidades se comunican con el impedimento extremo al que se le añaden los prefijos meso y disto, dependiendo de la situación de los dientes inusuales en el impedimento.

La inspección de las conexiones de los dientes en oclusión habitual en la línea vestibulolingual muestra que las caras externas o vestibulares de las coronas de los dientes superiores están fuera de las de los dientes inferiores; en este sentido, los incisivos y caninos superiores cubren el tercio superior de la estatura de las coronas de sus compañeros inferiores. Las cúspides interiores de los premolares y molares superiores encajan en el surco anteroposterior que aísla las cúspides exteriores de las

cúspides interiores de los dientes inferiores o se interconectan con él.

En el caso de que haya maloclusión de los dientes anómalos, éstos se situarán dentro y fuera del punto que los compara según sus extremos alternativos ordinarios y diremos que hay linguoclusión o vestibuloclusión por separado.

En lo que respecta a las relaciones interdentes, en la línea vertical, en la posición habitual, observamos que la línea de impedimento que, según Angle, es la que acumula el mejor número de recursos entre los dientes de una curva y la otra es recta en la dentición primaria, es decir que la curva que retrata esta línea se dispone en plano de nivel similar en todo su aumento; en la dentición perpetua la línea de impedimento, vista horizontalmente, no es recta, está todo menos dispuesta en plano similar en toda su expansión; es recta hasta los bicúspides, sin embargo a partir de estos dientes en reversa es todo menos una ligera curva cuya concavidad se coordina hacia arriba y avanza. A continuación, caracterizaremos el sistema de ángulos:

- Este marco depende de las conexiones anteroposteriores de los maxilares entre sí. En un principio, Angle introdujo su orden en la hipótesis de que el primer molar duradero superior estaba constantemente en la posición correcta. Las investigaciones cefalométricas resultantes no han sostenido esta teoría.
- La acentuación en la relación de los principales molares perpetuos ha hecho que los clínicos pasen por alto el esqueleto facial y piensen sólo en la posición de los dientes. En consecuencia, se suelen ignorar los fallos musculares y los problemas de degeneración de la dureza. De hecho, incluso hoy en día, hay una inclinación, en los no practicantes, a centrarse en exceso en esta relación de un diente.
- La relación del molar principal cambia durante las diferentes fases de avance de la dentición. Se adquiere una conexión superior entre las ideas de Angle y el tratamiento si se utilizan

las reuniones de Angle para organizar las conexiones esqueléticas. Una relación molar de Clase II puede dar lugar a varias estructuras distintas, cada una de las cuales requiere una técnica de tratamiento alternativa, sin embargo, un ejemplo esquelético de Clase II no se juzga mal por el hecho de que sobrepase el impedimento y su tratamiento.

- Los clínicos utilizan actualmente el marco de Angle de una manera inesperada en comparación con lo que era inicialmente. El esquema de Point es utilizado actualmente por los clínicos de manera inesperada en comparación con el que fue introducido inicialmente, a la vista del hecho de que la premisa de agrupación se ha desplazado de los molares a las conexiones esqueléticas.

El esquema de Angle no tiene en cuenta las incoherencias en un plano vertical u horizontal. Aunque la relación anteroposterior de los dientes podría ser el principal pensamiento desprendido, este marco de caracterización hace que los no ilustrados excluyan aquí y allá cuestiones como la sobremordida y el estrechamiento de las curvas. A pesar de esta y otras reacciones, la técnica de Angle para agrupar los casos es la más habitual, la más funcional y, por tanto, la más conocida que se utiliza hoy en día:

i. Clase I (Neutroclusión)

Las maloclusiones en las que existe una conexión anteroposterior ordinaria entre el maxilar superior y el inferior se colocan en esta clase. El borde triangular de la cúspide mesiobucal del principal molar duradero superior verbaliza en el surco del principal molar perpetuo inferior. La base dura que sustenta la dentición inferior está directamente por debajo de la del maxilar superior, ni está excesivamente adelantada ni al revés, comparable al cráneo (19).

La maloclusión, por lo tanto, está ligada a malposiciones de los dientes actuales, que pueden estar sesgados, perdidos en sus bases duras (proyección dentoalveolar), etc.

ii. Clase II (Distoclusión)

Esta clase recuerda las maloclusiones para las cuales existe una conexión "distal" del maxilar inferior como para el maxilar superior. La terminología de la caracterización de Angle subraya la zona "distal" de la mandíbula en cuanto al maxilar superior en la maloclusión de Clase II, obviamente hay numerosos casos en los que el maxilar superior es prognático - una morfología craneofacial totalmente diferente pero que crea una relación molar comparable y, de esta manera, una agrupación similar. El surco mesial del primer molar perpetuo inferior verbaliza hacia la cúspide mesiobucal del primer molar duradero superior. Aunque la palabra distal se utiliza generalmente de esta manera para describir la Clase II, está obviamente fuera de lugar. Distal alude sólo a las superficies o apoyos de los dientes y la maloclusión de Clase II influye básicamente en el esqueleto duro (19).

Las divisiones son las siguientes:

- **DIVISIÓN 1:** Distoclusión en la que los incisivos superiores están comúnmente en labioversión external.
- **DIVISIÓN 2:** oclusión en la que los incisivos superiores focales están en situación prácticamente típica en el curso anteroposterior, o algo en linguoversión mientras que los incisivos superiores laterales han sido desplazados labial y mesialmente.
- **SUBDIVISIONES:** Cuando la distoclusión ocurre en un lado de la curva en particular, la unilateralidad es considerada como una región de esta división.

iii. Clase III (Mesioclusión)

Las maloclusiones donde hay una conexión mesial, es decir, ventral del maxilar inferior como para el maxilar superior, hacen la Clase III. El surco mesial del molar duradero inferior principal se explica antes de la cúspide mesiobucal del molar perpetuo superior primario, las maloclusiones en porte vertical comprenden en que al menos un diente sobrepasa, pasa la línea

oclusal o, a pesar de lo que se espera generalmente, no llega a ella. En el primer caso los dientes están en hiperoclusión, y en el segundo hay hipoclusión. Para conocer un caso de maloclusión no basta con la formulación anterior, las variedades por las que han pasado las relaciones interdentales; es importante decir qué dientes están malocluyendo y por qué. El impedimento habitual es consecuencia de unos cuantos factores que podemos reunir en cuatro agrupaciones (19):

- 1°. Normalidad de los tejidos delicados del conjunto mecánico oral.
- 2°. Normalidad de los maxilares.
- 3°. Normalidad de la situación de los dientes comparables a la mandíbula.
- 4°. Normalidad de las articulaciones temporomandibulares y de los desarrollos mandibulares.

1.3. Marco conceptual

A. Anomalías dentofaciales

Son modificaciones de los dientes en los maxilares y se identifican con su tamaño y posición en cuanto a la base del cráneo y acuerdo facial.

B. Llave de angle

Caracteriza el primer impedimento dependiente de la conexión anteroposterior entre los primeros molares temporales superiores e inferiores. En el impedimento de clase I, la cúspide mesiobucal del primer molar superior se bloquea con el surco bucal del primer molar inferior.

C. Maloclusión

Disposición incorrecta de los dientes. El paciente presenta una distinción de tamaño entre mandíbulas o entre mandíbula y diente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. Situación problemática

Durante nuestra práctica odontológica, al tratar a los niños, rastreamos que una considerable cantidad de ellos introducía diferentes irregularidades dentales, particularmente los individuos que han sido tratados en el Hospital "Santa María del Socorro" de Ica. En el momento en que tuvimos la opción de ver sólo unos pocos casos, necesitábamos decidir si el efecto era tan alto o si sólo los casos que vimos introducían esta alta frecuencia, a la luz de esta preocupación y el tema en un principio visto, se propuso la investigación actual.

Las irregularidades dentofaciales denominadas por ciertos autores como maloclusiones, son un cambio no neurótico de desarrollo y mejora, introduciendo un desarreglo de la dentición, de la ATM, de las estructuras craneofaciales, de los tejidos neuromusculares o de otros tejidos delicados, lo que hace una cuestión práctica; Implican un punto importante dentro de los ajustes orales en la población infantil, pueden producir modificaciones osteomusculares en varias piezas de la cavidad oral, unidas a variados signos irritantes y efectos secundarios para el paciente; igualmente producen cambios en la sensación y los elementos del marco estomatognático: la mordida, la deglución, la respiración y la fonación. El tercer punto como problema de salud oral; por su predominio y ocurrencia son vistos como problemas médicos.

2.2. Formulación de problemas

Problema general

PG: ¿Cuál es la prevalencia de anomalías dentofaciales en un grupo de niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017?

Problemas específicos

- **PE1:** ¿Cuáles son las malposiciones dentarias más prevalentes en la muestra en estudio?
- **PE2:** ¿Cuál es el impacto de las anomalías dentofaciales en relación a la distribución sexual del paciente y a la edad analizada?

2.3. Delimitación del problema

A. Delimitación espacial o geográfica

Este trabajo de examen tiene la asombrosa cualidad de afectar a un enorme pedazo de la región de Ica y a diferentes ramas del Perú, ya que en ellas se está aplicando la Estomatología de manera cada vez más consistente; en este sentido, viene experimentando un notable cambio al avanzar de una etapa mecánica a una lógica, por lo que nuestros resultados son positivos.

B. Delimitación temporal

Los resultados adquiridos en este trabajo de examen son igualmente adecuados para el avance del público en general que se relaciona durante el año 2017, teniendo la opción de ver el valor en sólo unos pocos casos, se convirtió en mostrar el anhelo de decidir, si el efecto fue tan alto o sólo los casos valorados por nosotros que introdujeron este alto predominio.

C. Delimitación social

El trabajo de examinación que se realice debe estar centrado en trabajar sobre la salud bucal de la sociedad y de esta manera incrementar la seguridad de sentirse bien consigo mismo: es por ello que dependimos de la utilización de un sistema que permita trabajar sobre la exposición y naturaleza de los mismos, es por ello que se propuso realizar el trabajo en la ciudad de Ica.

D. Delimitación conceptual

Los dientes tienen diferentes capacidades que los hacen fundamentales para las personas, si bien la importancia de estas capacidades ha sido distintiva en el hombre según la época y la cultura, nunca han dejado de ser significativas. La expansión de estas infecciones en la población provoca necesidades de tratamiento que van desde las más moderadas hasta las más contundentes, como por ejemplo la extracción.

2.4. Justificación e importancia de la investigación

Justificación

La realización de esta investigación es importante porque permitirá determinar las principales anomalías dentofaciales

que influyen en la población infantil, para introducir un motivo de medidas correctoras en el futuro; asimismo, determinará el efecto en la distribución sexual de los examinados.

En la Universidad Nacional de Ica, Facultad de Odontología, existen escasos datos sobre este caso, razón por la cual nos interesa explorar más sobre la estomatología y la conducta que genera en el público del Departamento de Ica.

Importancia

La Facultad de Odontología tiene la obligación ineludible de realizar el intercambio de exploraciones para que los estudiantes y expertos de nuestra localidad lo conozcan y así se piense en el uso de la estomatología; para saber lo que pueden significar decididamente para el área local.

2.5. Objetivos de investigación

Objetivo General

OG: Determinar la prevalencia de Anomalías dentofaciales en un grupo de niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017.

Objetivos Específicos

- **OE1:** Determinar estadísticamente cuáles son las malposiciones dentarias más prevalentes en la muestra en estudio.
- **OE2:** Establecer el impacto de las anomalías dentofaciales en relación a la distribución sexual del paciente y a la edad analizada.
-

2.6. Hipótesis de investigación

2.6.1 Hipótesis general

H₀: La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta el 30% de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017.

H₁: La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017.

2.6.2 Hipótesis específicas

- **H₀:** La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según sexo.
- **H₁:** La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según sexo.
- **H₀:** La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta el 70% de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según edad.
- **H₁:** La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según edad.

2.7. Variables de investigación

2.7.1 Identificación de variables

A. Variable independiente

Anomalías dentofaciales.

B. Variable dependiente

Niños de 5 a 12 años.

2.7.2 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de la variable independiente

Variable Independiente: Anomalías dentofaciales

Definición conceptual: (Martinez, 2008), Conjunto de alteraciones que pueden afectar el tamaño, posición o forma de las estructuras óseas faciales representando una desarmonía de los tejidos blandos, siendo adquiridas o congénitas (20).

Definición operacional: Las anomalías dentofaciales serán analizadas basado en el grado representado del I al IV.

Indicadores	Escala	Dimensión
Anomalías dentofaciales grado I	Cualitativa	Grado I
Anomalías dentofaciales grado II	Ordinal	Grado II
Anomalías dentofaciales grado III		Grado III
Anomalías dentofaciales grado IV		Grado IV

Tabla 2. Operacionalización de la variable dependiente

Variable Dependiente: Niños de 5 a 12 años

Definición conceptual: (Montañez, 2020), El género se puede definir como las características fenotípicas y sexuales de un individuo. Por su parte, la edad, es el tiempo vivido desde que se nace (12).

Definición operacional: La variable dependiente será analizada basada en el sexo y edad de los niños.

Indicadores	Escala	Dimensión
5 – 12 años	Cuantitativa	Características de crecimiento
	Ordinal	
Hombre	Cualitativa	Características fenotípicas
Mujer	Ordinal	

III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo, nivel y diseño de investigación

A. Tipo de investigación

Este fue un trabajo de investigación del tipo aplicada, debido al aporte intelectual que generó propiamente a la carrera y futuros profesionales.

B. Nivel de investigación

Se empleó un nivel descriptivo, debido a que se planteó describir los principales hechos del estudio.

C. Diseño de investigación

Se utilizó un diseño no experimental, debido a que los datos que se han obtenido no presentaron ningún tipo de alteración o modificación durante su procesamiento.

3.2. Población y muestra

A. Población de estudio

La población la integraron 400 niños entre los 5 a 12 años, independientemente de su sexo y que fueron atendidos dentro del Hospital “Santa María del Socorro” de Ica.

B. Muestra de estudio

Se procedió a utilizar un muestreo del tipo no probabilístico, siendo específicamente un muestreo por conveniencia, donde la decisión del investigador se empleó una muestra integrada por 98 niños.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Técnicas de recolección de datos

A. Observación

Se monitoreó a los niños seleccionados para el estudio, precisando en los indicadores previamente seleccionados para posteriormente efectuar el llenado de la ficha de recolección de datos.

B. Análisis de documentación

Se indagaron en documentos relacionados al tema en estudio para reforzar las bases y conocimientos acerca de las variables independiente y dependiente.

4.2. Instrumentos de recolección de datos

A. Ficha de recolección de datos

Dicho formato estuvo conformado por una serie de ítems que serán marcados según las apreciaciones resultado del proceso de observación. De esta manera, mantendremos un registro ordenado de todos los niños que integran la muestra.

4.3. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos

Los datos recolectados fueron procesados dentro del programa ofimático Excel, siendo tabulados para su representación tanto numérica como porcentual. Posteriormente, estas tablas sirvieron como base para la generación de gráficos, los cuales estuvieron destinados a la facilitación de la comprensión de los resultados, permitiéndonos de igual manera a la comprobación de las hipótesis.

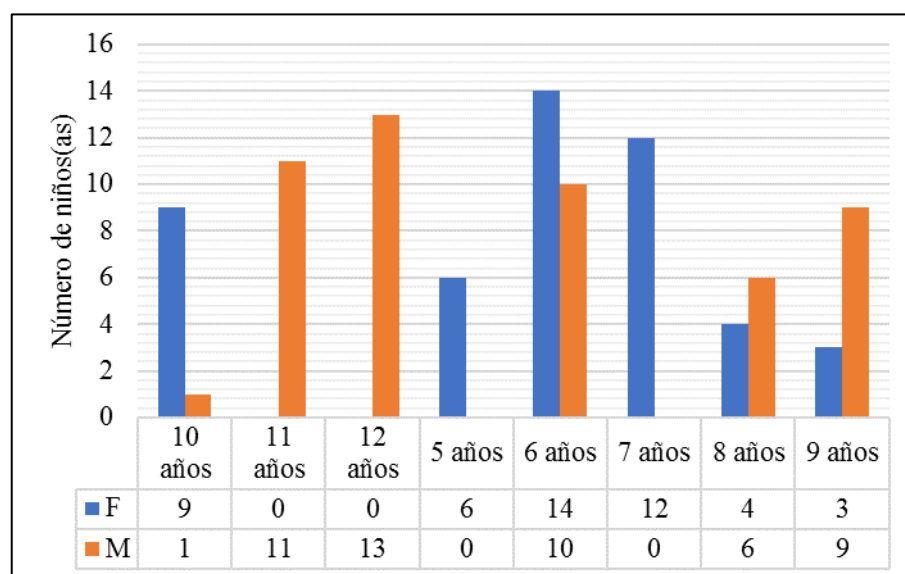
V. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Presentación e interpretación de resultados

Tabla 3. *Relación entre la edad y sexo*

Edad	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
5 años	6	6.12%	0	0.00%
6 años	14	14.29%	10	10.20%
7 años	12	12.24%	0	0.00%
8 años	4	4.08%	6	6.12%
9 años	3	3.06%	9	9.18%
10 años	9	9.18%	1	1.02%
11 años	0	0.00%	11	11.22%
12 años	0	0.00%	13	13.27%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 1. *Relación entre la edad y sexo*

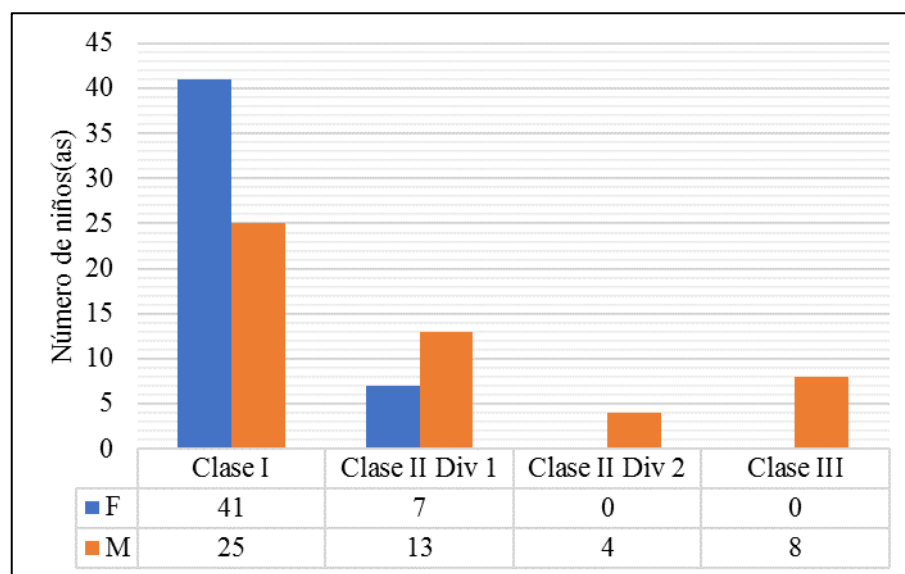


Interpretación: Con respecto al sexo de los niños(as) observados se puede mencionar que el 49% son niñas, mientras que el 51% restante son niños. Además, podemos afirmar que el grupo según edades más numeroso han sido los de 6 años, integrados por 14 niñas y 10 niños.

Tabla 4. Clasificación de Angle según sexo

Clasificación de Angle	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
Clase I	41	41.84%	25	25.51%
Clase II Div 1	7	7.14%	13	13.27%
Clase II Div 2	0	0.00%	4	4.08%
Clase III	0	0.00%	8	8.16%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 2. Clasificación de Angle según sexo



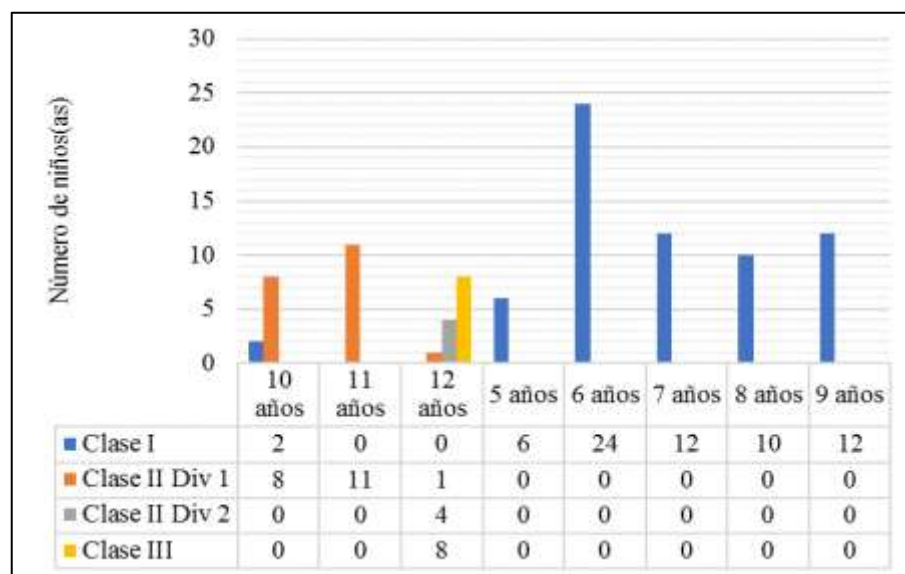
Interpretación: Según la clasificación de Angle podemos observar que la clase más predominante es la Clase I, con un total de 66 niños(as) equivalente al 67.35% del total de la muestra, la cual a su vez está integrada por 41 niñas (41.84%) y 25 niños (25.51%). Por otro lado,

tenemos a la Clase II Div 1, con un total de 20 miembros de la muestra divididos en 7 niñas (7.14%) y 13 niños (13.27%). Para la Clase II Div 2, tenemos un total de 4 niños (4.08%) y finalmente la Clase III la integran 8 niñas (8.16%).

Tabla 5. *Clasificación de Angle según edad*

Edad	Clasificación de Angle			
	Clase I	Clase II	Clase II	Clase III
		Div 1	Div 2	
5 años	6	0	0	0
6 años	24	0	0	0
7 años	12	0	0	0
8 años	10	0	0	0
9 años	12	0	0	0
10 años	2	8	0	0
11 años	0	11	0	0
12 años	0	1	4	8
TOTAL	66	20	4	8

Gráfico 3. Clasificación de Angle según edad

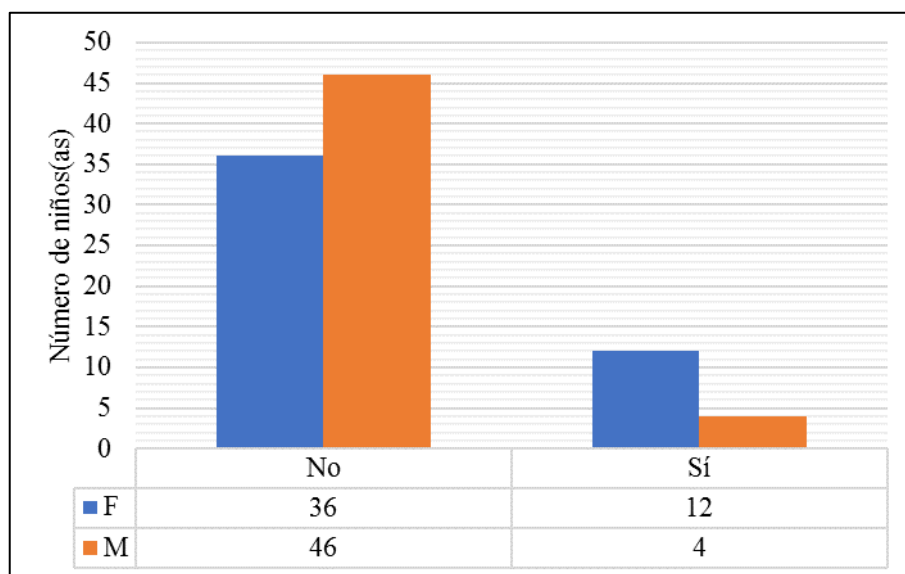


Interpretación: Se observa que respecto a la clasificación de Angle, el grupo más predominante fue la Clase I integrado por 66 niños(as), donde el grupo de edades más común fue el de 6 años con un total de 24 niños(as), seguido por los de 7 y 9 años con 12 niños(as) en ambos casos. Por otra parte, la Clase II Div 1 la integraron un total de 20 niños(as), mayormente de 11 años con 11 niños(as) registrados y el de 10 años con 8 niños(as).

Tabla 6. Apiñamiento dentario superior según sexo

Apiñamiento dentario superior	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	36	36.73%	46	46.94%
Si	12	12.24%	4	4.08%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 4. *Apiñamiento dentario superior según sexo*

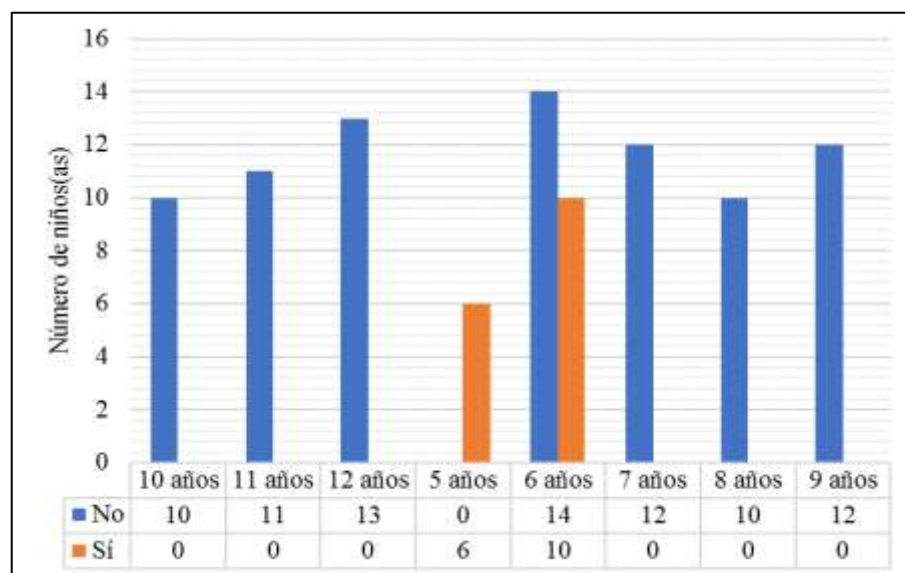


Interpretación: Se ha logrado identificar que 82 de los niños(as) encuestados equivalentes al 83.67% del total de la muestra, no presentan apiñamiento dentario superior, integrada por 36 niñas (36.73%) y 46 niños (46.94%), siendo este último el más predominante. Por otra parte, tenemos que dentro del grupo de niños(as) que si presentan dicho apiñamiento son mayormente niñas, siendo 12 (12.24%), mientras que los niños fueron únicamente 4 (4.08%), dándonos un total de 16 niños(as) equivalente al 16.33% del total de la muestra seleccionada para el estudio.

Tabla 7. *Apiñamiento dentario superior según edad*

Edad	Apiñamiento dentario superior	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	14	10
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	82	16

Gráfico 5. *Apiñamiento dentario superior según edad*



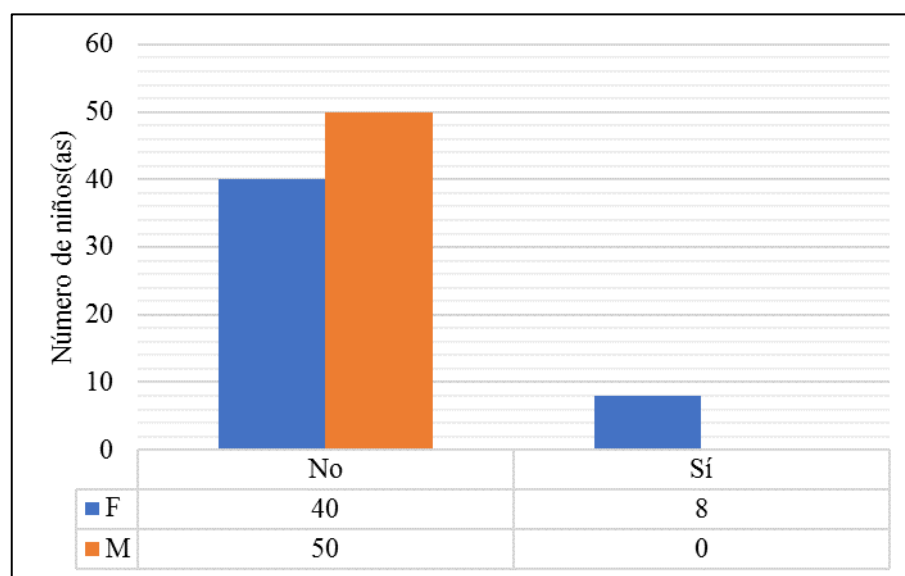
Interpretación: Podemos observar que el grupo de niños(as) de 6 años son los que presentan apiñamiento dentario superior, siendo un total de 10 niños(as). Asimismo, tenemos que 6 niños(as) de 5 años presentan

dicha anomalía. Por el contrario, el resto de grupos de edades no han registrado dicha anomalía.

Tabla 8. *Apiñamiento dentario inferior según sexo*

Apiñamiento dentario inferior	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	40	40.82%	50	51.02%
Si	8	8.16%	0	0.00%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 6. *Apiñamiento dentario inferior según sexo*

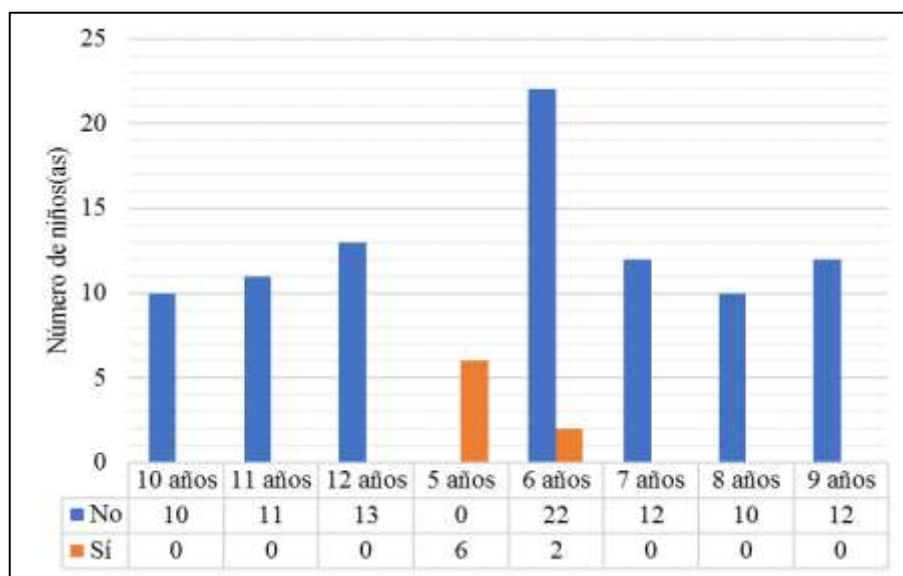


Interpretación: Se puede observar que 90 de los niños(as) observados o el 91.84% del total de la muestra no presentan apiñamiento dentario inferior. A partir de ello, podemos mencionar que, dicho grupo lo integran 40 niñas (40.82%) y 50 niños (51.02%), donde este último grupo representa la totalidad de niños observados. Por otro lado, tenemos que 8 niñas (8.16%) presentan dicho apiñamiento.

Tabla 9. *Apiñamiento dentario inferior según edad*

Edad	Apiñamiento dentario inferior	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	22	2
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	90	8

Gráfico 7. *Apiñamiento dentario inferior según edad*



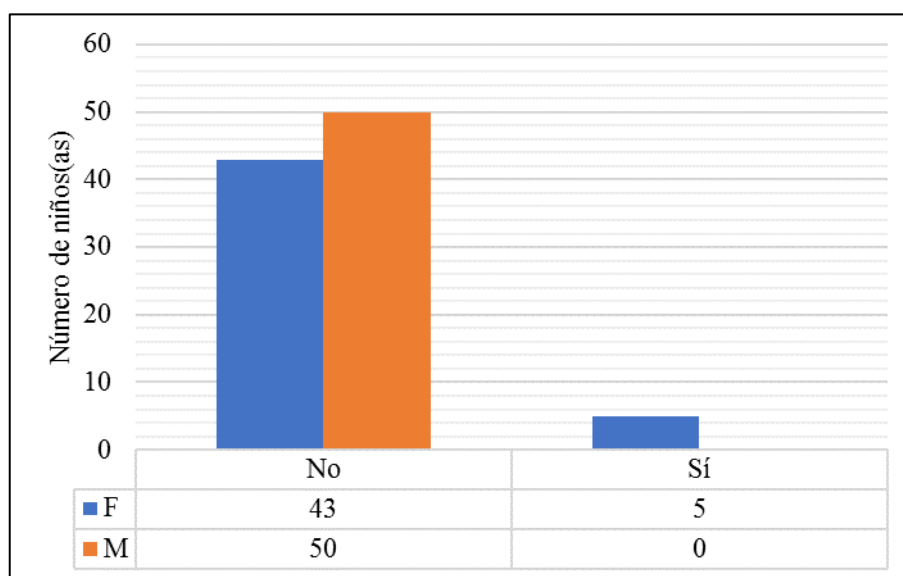
Interpretación: Respecto al apiñamiento dentario inferior se tiene que la totalidad del grupo de niños(as) de 5 años presentan dicha anomalía, siendo integrada por 6 niños(as). Mientras que dentro del grupo de 6

años únicamente 2 niños(as) la presentan, dejando a 22 niños(as) dentro de dicho grupo sin presentar la anomalía antes mencionada.

Tabla 10. *Apiñamiento dentario en ambos arcos según sexo*

Apiñamiento dentario en ambos arcos	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	43	43.88%	50	51.02%
Si	5	5.10%	0	0.00%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 8. *Apiñamiento dentario en ambos arcos según sexo*

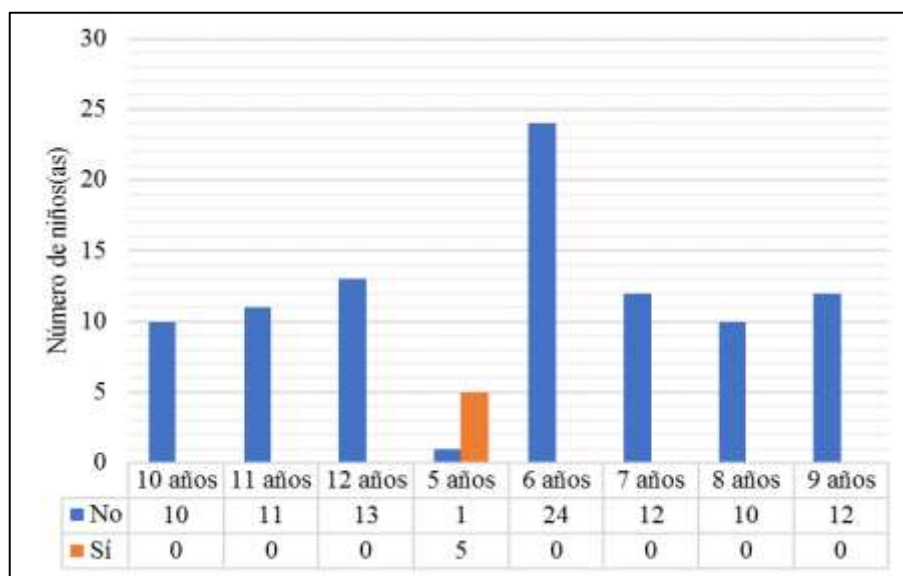


Interpretación: Con respecto al apiñamiento dentario en ambos arcos tenemos que únicamente el grupo de niñas han presentado la anomalía en mención representando el 5.10% o equivalente a 5 niñas. Mientras que en el caso de los niños la totalidad de ellos no presentaban apiñamiento dentario en ambos arcos.

Tabla 11. *Apiñamiento dentario en ambos arcos según edad*

Edad	Apiñamiento dentario en ambos arcos	
	No	Sí
5 años	1	5
6 años	24	0
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	93	5

Gráfico 9. *Apiñamiento dentario en ambos arcos según edad*

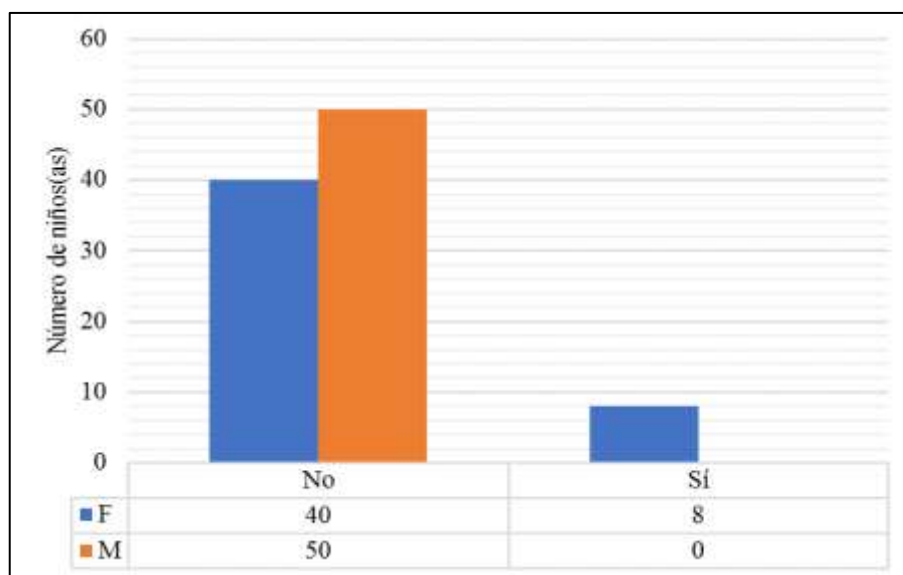


Interpretación: La presencia de apiñamiento dentario en ambos arcos se da únicamente dentro del grupo de 5 años donde encontramos a 5 niños(as) que la presentan.

Tabla 12. *Mordida cruzada anterior según sexo*

Mordida cruzada anterior	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	40	40.82%	50	51.02%
Si	8	8.16%	0	0.00%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 10. *Mordida cruzada anterior según sexo*

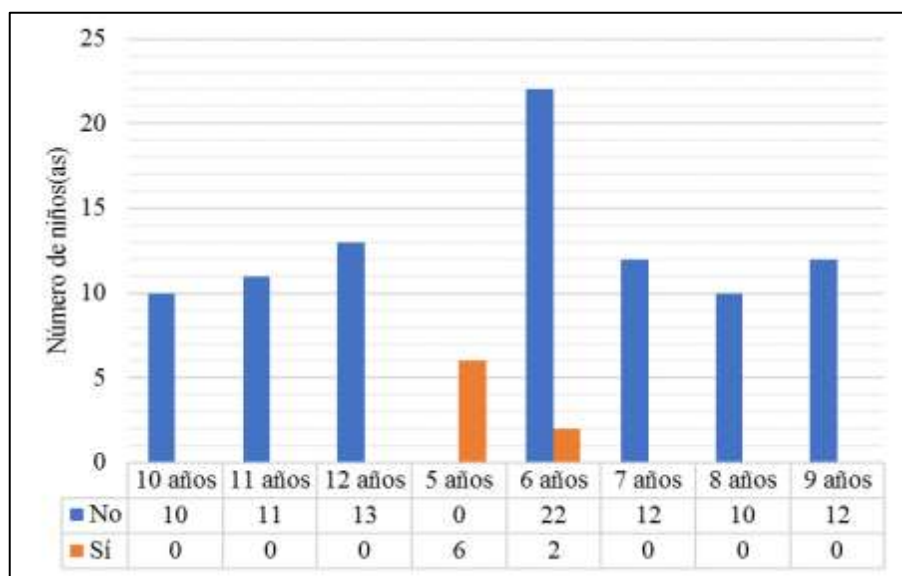


Interpretación: Con respecto a la mordida cruzada anterior podemos observar que en el caso de los niños no hay presencia de dicha anomalía. Un caso contrario se observa con las niñas donde 8 de ellas o equivalente al 8.16% del total de la muestra si la presentan, dejando un restante de dicho grupo de 40 niñas (40.82%).

Tabla 13. *Mordida cruzada anterior según edad*

Edad	Mordida cruzada anterior	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	22	2
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	90	8

Gráfico 11. *Mordida cruzada anterior según edad*

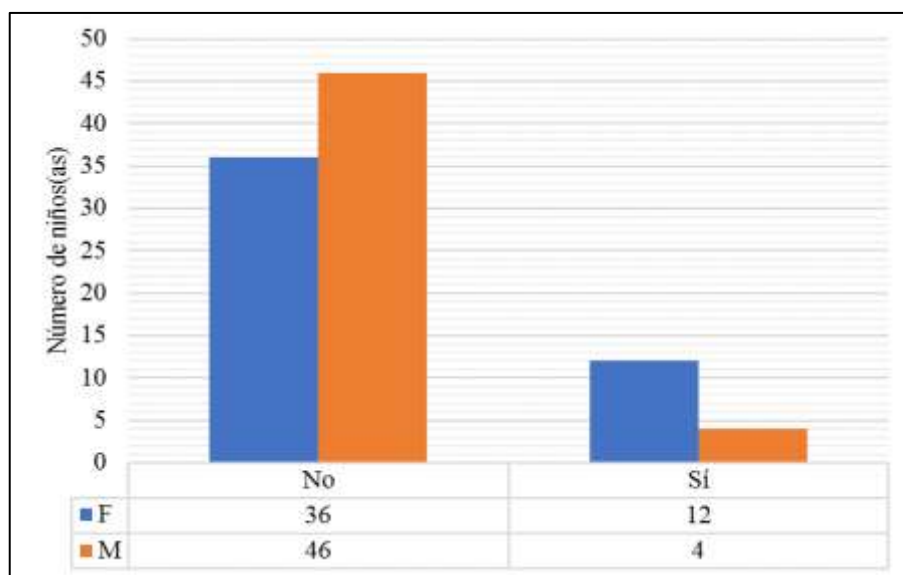


Interpretación: Podemos observar que la totalidad del grupo de 5 años presenta mordida cruzada anterior siendo un total de 6 niños(as). Asimismo, tenemos que dentro del grupo de 6 años solo 2 niños(as) presentan dicha anomalía.

Tabla 14. *Mordida cruzada posterior unil. según sexo*

Mordida cruzada posterior unil.	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	36	36.73%	46	46.94%
Si	12	12.24%	4	4.08%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 12. *Mordida cruzada posterior unil. según sexo*

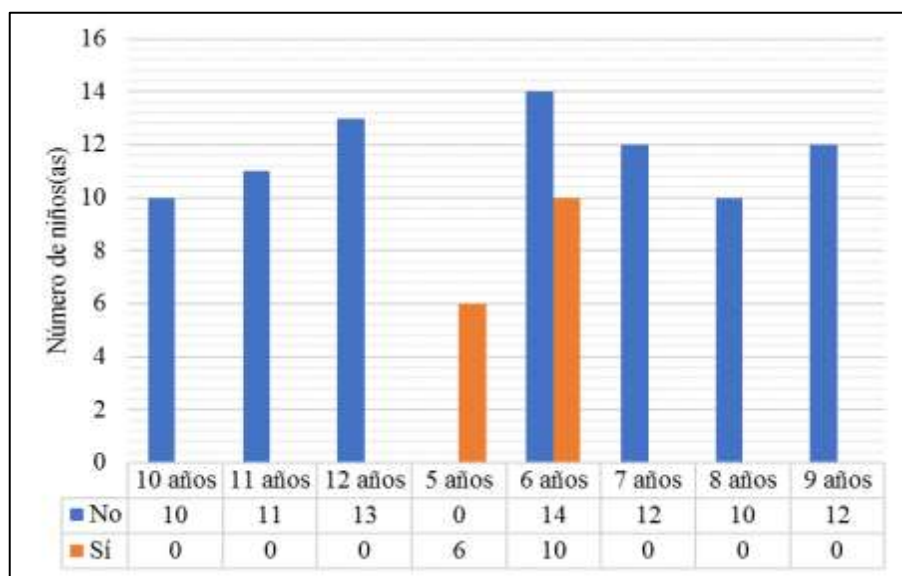


Interpretación: La presencia de mordida cruzada posterior unilateral se ha detectado mayormente en el grupo de niñas, donde tenemos a 12 de ellas (12.24%) que la presentan, mientras que en el caso de los niños únicamente lo han registrado 4 de ellos (4.08%). Dejándonos de esta manera con un total de 16 niños(as) o un equivalente del 16.32% del total de la muestra estudiada.

Tabla 15. *Mordida cruzada posterior unil. según edad*

Edad	Mordida cruzada posterior unil.	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	14	10
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	82	16

Gráfico 13. *Mordida cruzada posterior unil. según edad*



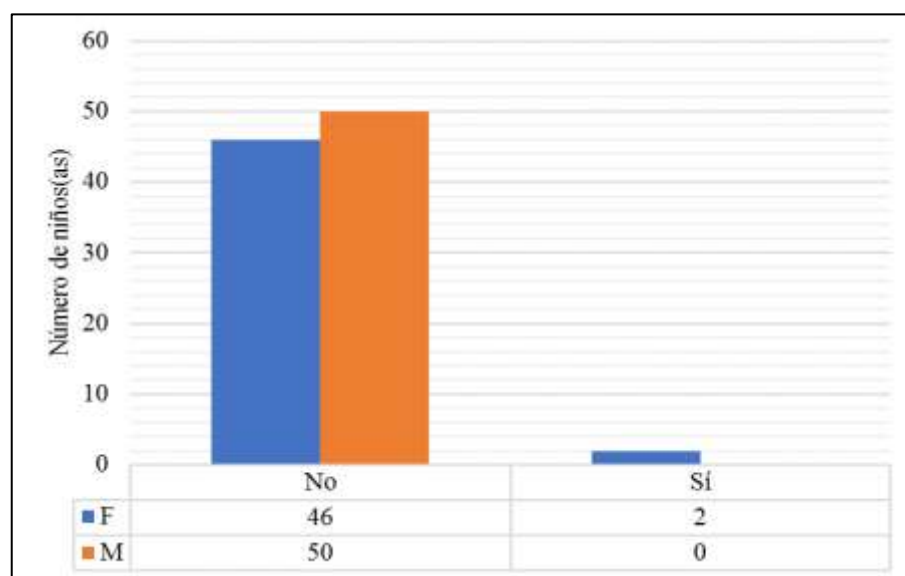
Interpretación: Respecto a la presencia de mordida cruzada posterior unilaterial tenemos que la totalidad del grupo de 5 años la presentan siendo conformada por 6 niños(as). Mientras que dentro del grupo de 6

años encontramos a 10 niños(as) que, si la presentan, dejando a los 14 niños(as) restantes que no.

Tabla 16. *Mordida cruzada posterior bilat. según sexo*

Mordida cruzada posterior bilat.	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	46	46.94%	50	51.02%
Si	2	2.04%	0	0.00%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 14. *Mordida cruzada posterior bilat. según sexo*

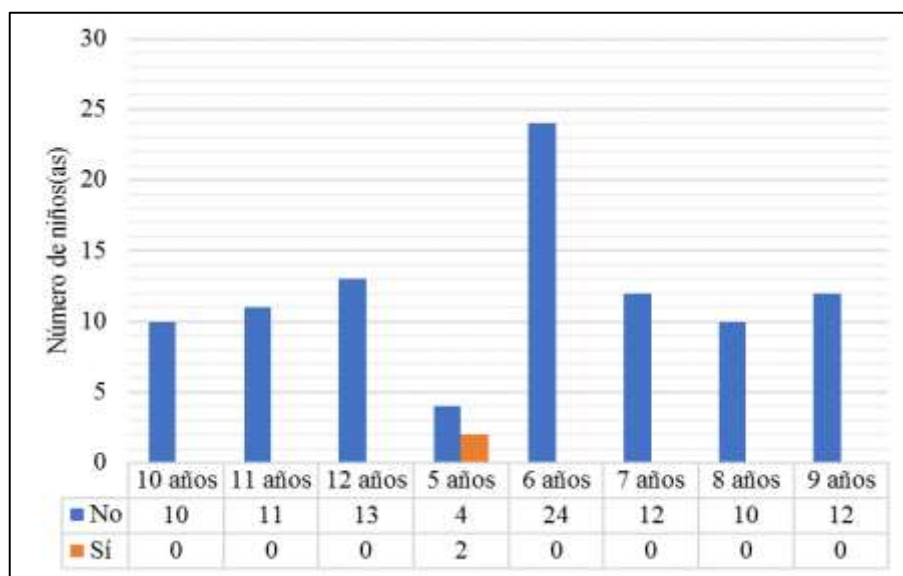


Interpretación: Se puede observar que únicamente 2 niñas o equivalente al 2.04% del total de la muestra presentan mordida cruzada posterior bilateral. Con respecto al grupo de los niños, no hay evidencia de dicha anomalía.

Tabla 17. *Mordida cruzada posterior bilat. según edad*

Edad	Mordida cruzada posterior bilat.	
	No	Sí
5 años	4	2
6 años	24	0
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	96	2

Gráfico 15. *Mordida cruzada posterior bilat. según edad*

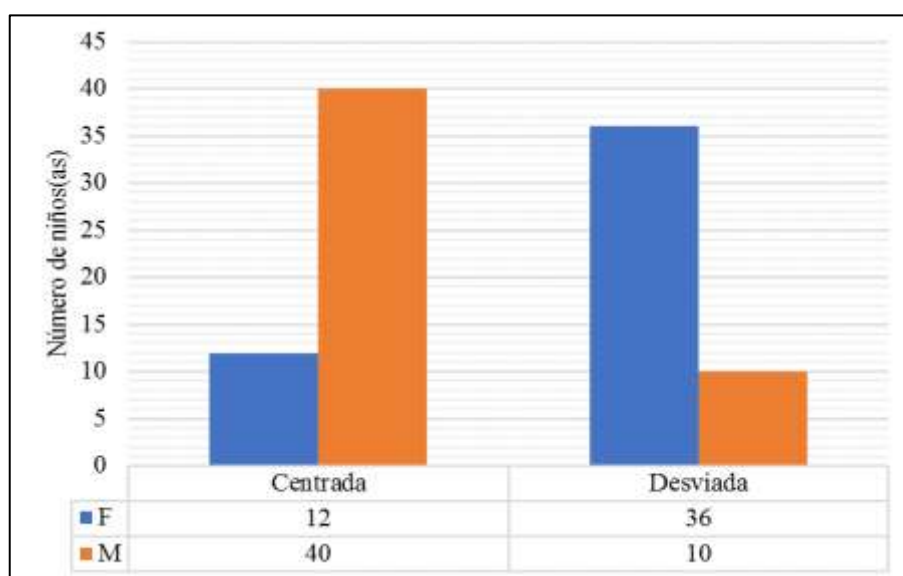


Interpretación: Tenemos que el grupo de 5 años es el único en presentar mordida cruzada posterior bilateral, siendo integrada por 2 niños(as) del total de la muestra estudiada.

Tabla 18. Línea media dentaria según sexo

Línea media dentaria	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
Centrada	12	12.24%	40	40.82%
Desviada	36	36.73%	10	10.20%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 16. Línea media dentaria según sexo

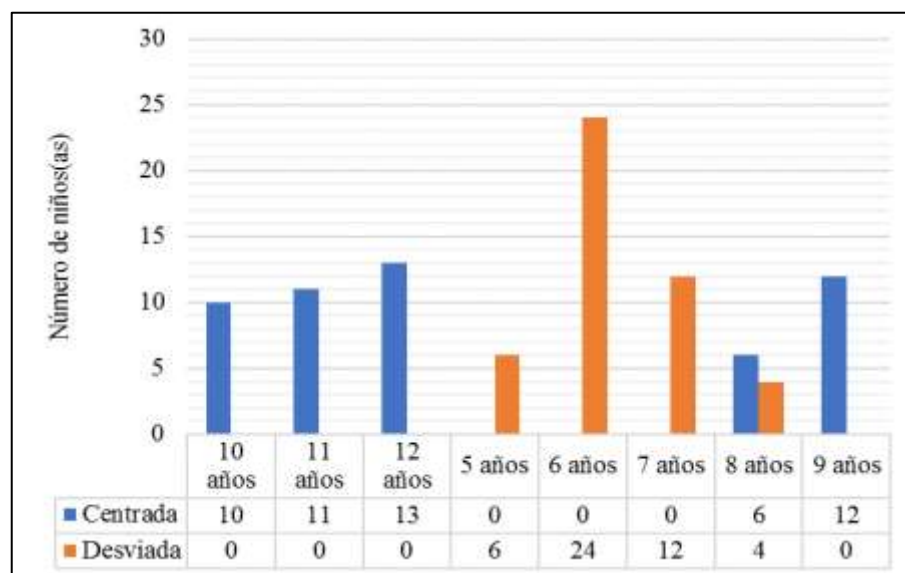


Interpretación: Respecto a la línea media dentaria podemos observar que alrededor de 52 niños(as) o el 53.06% del total de la muestra no presentan desviaciones, siendo integrada por 12 niñas (12.24%) y 40 niños (40.82%). Por otro lado, 46 niños(as) o el 46.94% del total de la muestra si presentan desviaciones, siendo conformada por 36 niñas (36.73%) y 10 niños (10.20%).

Tabla 19. Línea media dentaria según edad

Edad	Línea media dentaria	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	0	24
7 años	0	12
8 años	6	4
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	52	46

Gráfico 17. Línea media dentaria según edad



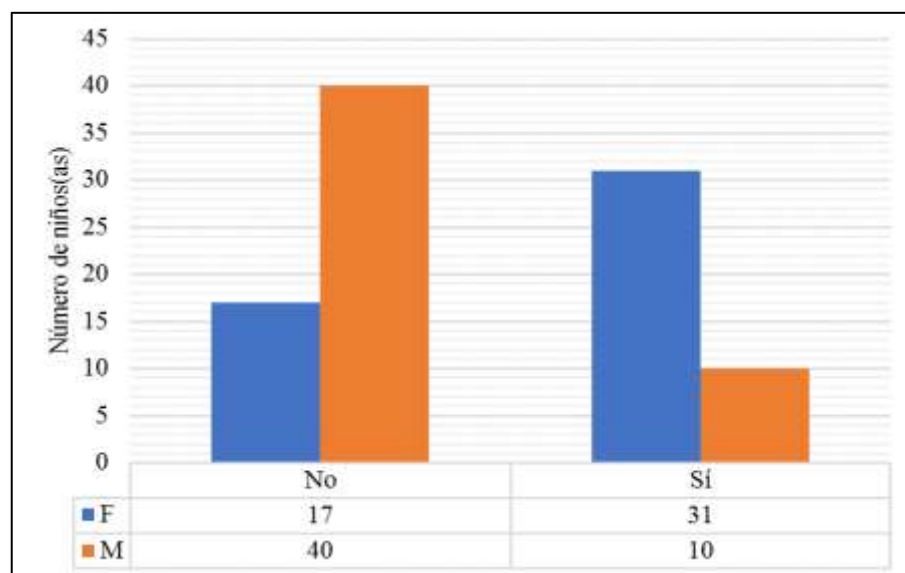
Interpretación: Respecto a la línea media dentaria centrada, tenemos que los grupos de 9 a 12 años lo cumplen en su totalidad, mientras que en el grupo de 8 solo cumplen 6 niños(as) respectivamente. Por otro lado, sobre la línea media dentaria desviada, los grupos de 5 a 7 años lo

cumplen en su totalidad, mientras que dentro del grupo de 8 años tenemos a 4 niños(as) que presentan dicha anomalía.

Tabla 20. *Presencia de diastemas según sexo*

Presencia de diastemas	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	17	17.35%	40	40.82%
Sí	31	31.63%	10	10.20%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 18. *Presencia de diastemas según sexo*

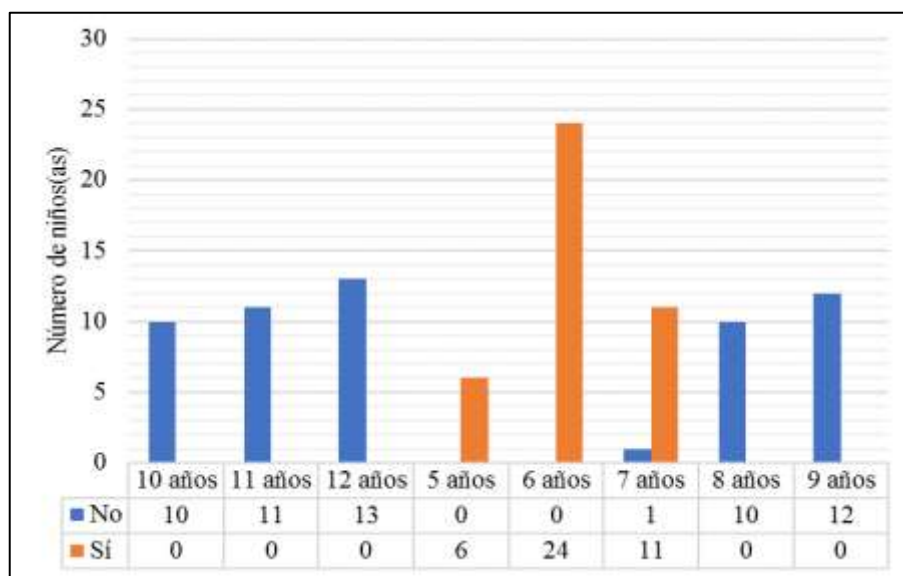


Interpretación: Tenemos que la presencia de diastemas se da principalmente dentro del grupo de niñas donde 31 de ellas o el 31.63% del total de la muestra lo presentan y solo 17 de ellas (17.35%) no lo hacen. Por otro lado, en el caso de los niños, solo 10 de ellos (10.20%) la presentan, mientras que 40 de ellos (40.82%) no presentan dicha anomalía.

Tabla 21. *Presencia de diastemas según edad*

Edad	Presencia de diastemas	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	0	24
7 años	1	11
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	57	41

Gráfico 19. *Presencia de diastemas según edad*



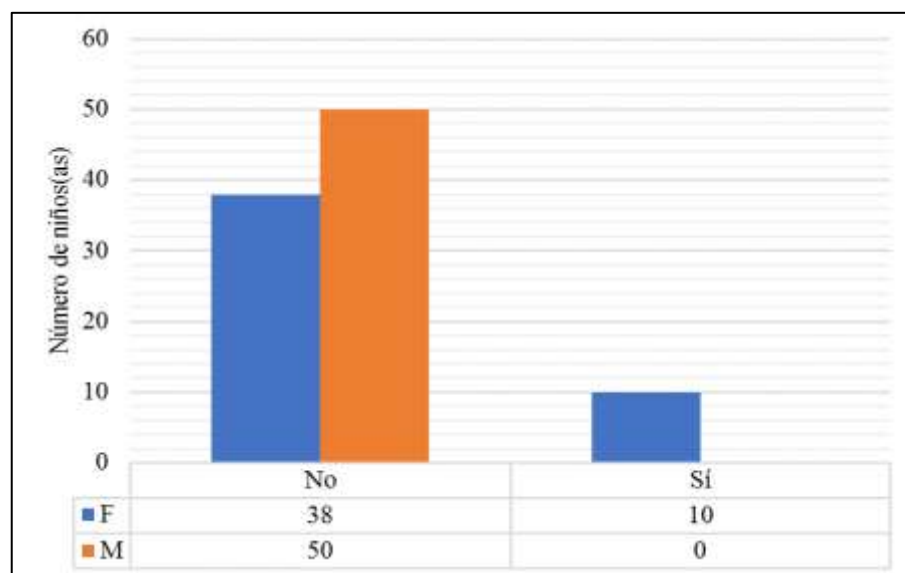
Interpretación: Tenemos que la totalidad del grupo de 5 años presentan diastemas siendo integrada por 6 niños(as), de igual manera, respecto al grupo de 6 años el total de 24 niños(as) también lo presentan.

Finalmente, en el grupo de 7 años, 11 niños(as) también registraron la presencia de dicha anomalía.

Tabla 22. *Mordida abierta anterior según sexo*

Mordida	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
abierta anterior				
No	38	38.78%	50	51.02%
Sí	10	10.20%	0	0.00%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 20. *Mordida abierta anterior según sexo*

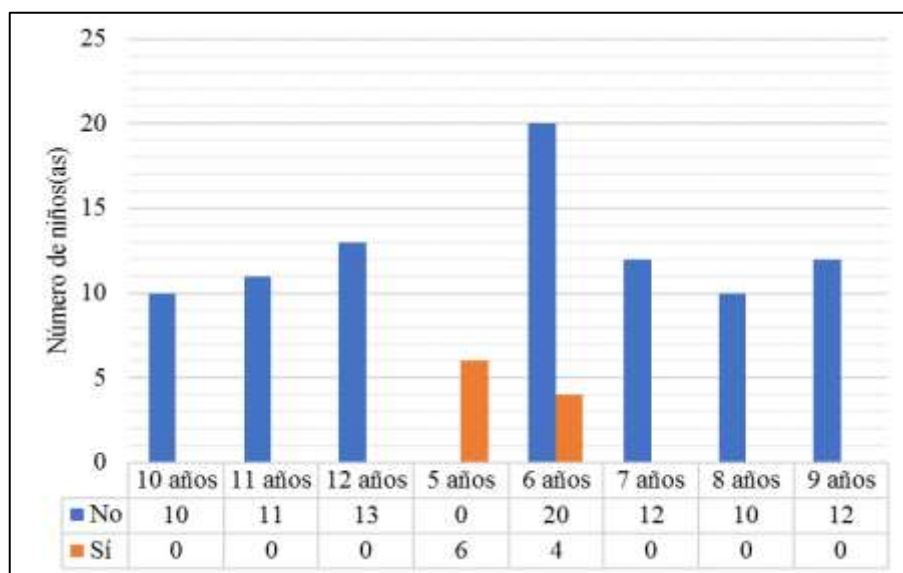


Interpretación: Respecto a la mordida abierta anterior tenemos que únicamente el grupo de niñas la presentan, siendo registradas 10 de ellas (10.20%). Donde un caso contrario se observa en el grupo de niños donde la totalidad del grupo no la presenta.

Tabla 23. *Mordida abierta anterior según edad*

Edad	Mordida abierta anterior	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	20	4
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	88	10

Gráfico 21. *Mordida abierta anterior según edad*

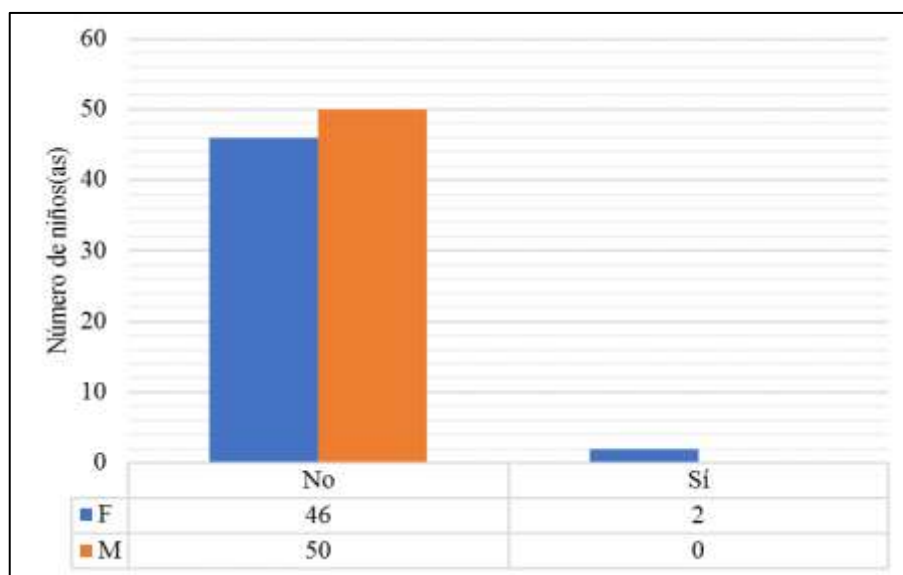


Interpretación: Con respecto a la presencia de mordida abierta anterior, tenemos que los grupos de edades de 5 y 6 años la presentan, siendo conformados por 6 y 4 niños(as) respectivamente. Mientras que en el resto de grupos de edades no hay evidencia de dicha anomalía.

Tabla 24. *Mordida abierta posterior según sexo*

Mordida abierta posterior	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	46	46.94%	50	51.02%
Sí	2	2.04%	0	0.00%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 22. *Mordida abierta posterior según sexo*

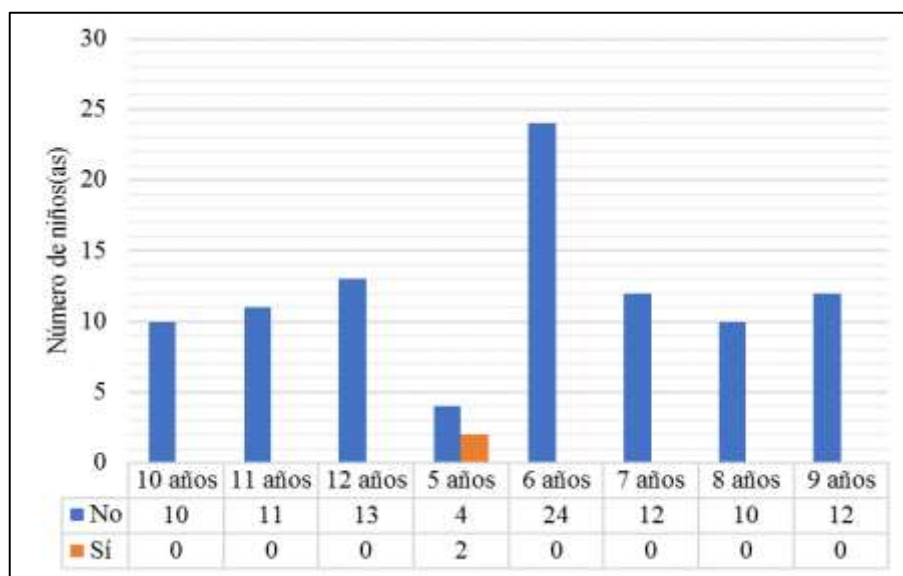


Interpretación: En el caso de la mordida abierta posterior, únicamente 2 niñas o el 2.04% del total de la muestra presentan dicha anomalía. Dejando de esta manera a un aproximado del 97.96% de la muestra que no la presentan.

Tabla 25. *Mordida abierta posterior según edad*

Edad	Mordida abierta posterior	
	No	Sí
5 años	4	2
6 años	24	0
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	96	2

Gráfico 23. *Mordida abierta posterior según edad*

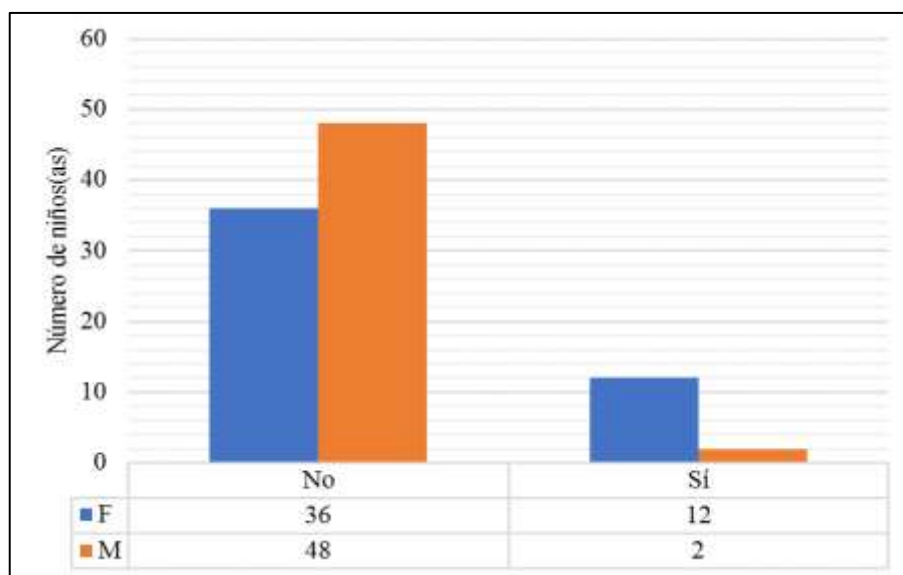


Interpretación: Tenemos que el único grupo que presenta mordida abierta posterior es el de 5 años, siendo identificados únicamente 2 niños(as) del total de la muestra.

Tabla 26. Sobremordida horizontal aumentada según sexo

Sobremordida horizontal aumentada	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	36	36.73%	48	48.98%
Sí	12	12.24%	2	2.04%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 24. Sobremordida horizontal aumentada según sexo

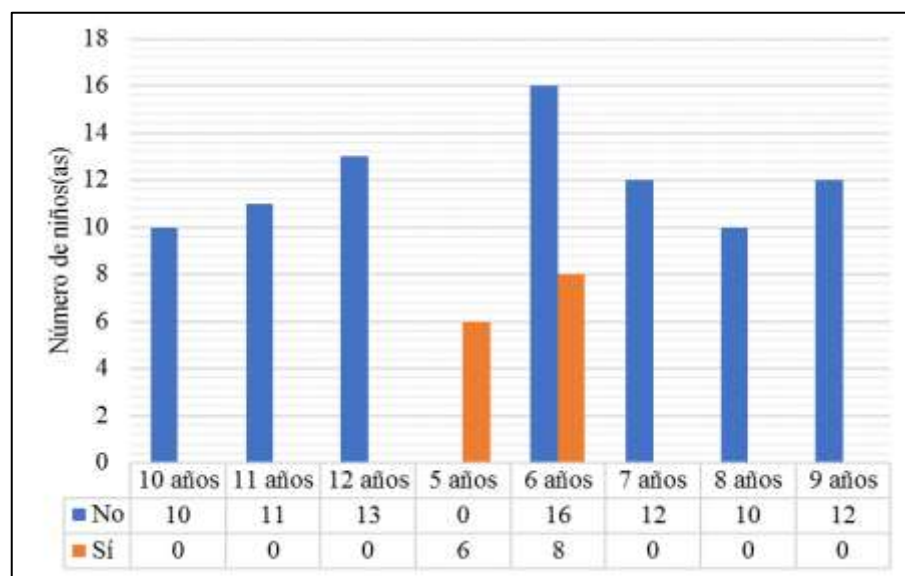


Interpretación: Se puede observar que un total de 14 niños(as) o el 14.29% del total de la muestra presentan sobremordida horizontal aumentada, integrada por 12 niñas (12.24%) y 2 niños (2.04%). Dejando evidencia de su presencia mayormente en el género femenino.

Tabla 27. Sobremordida horizontal aumentada según edad

Edad	Sobremordida horizontal aumentada	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	16	8
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	84	14

Gráfico 25. Sobremordida horizontal aumentada según edad

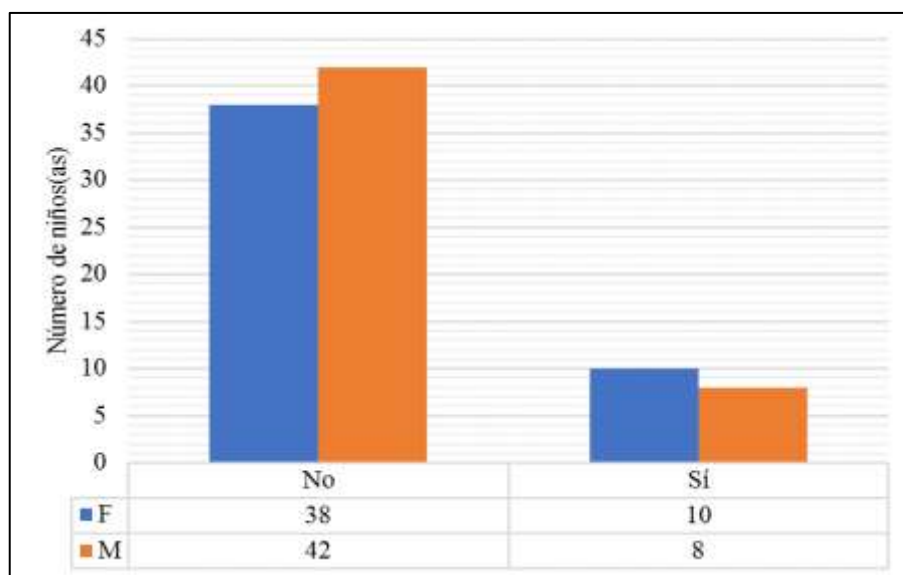


Interpretación: Observamos que la totalidad del grupo de 5 años presenta sobremordida horizontal aumentada, siendo un total de 6 niños(as). Por otro lado, en el grupo de 6 años, tenemos que 8 niños(as) han registrado dicha anomalía.

Tabla 28. Sobremordida vertical aumentada según sexo

Sobremordida vertical aumentada	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	38	38.78%	42	42.86%
Sí	10	10.20%	8	8.16%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 26. Sobremordida vertical aumentada según sexo

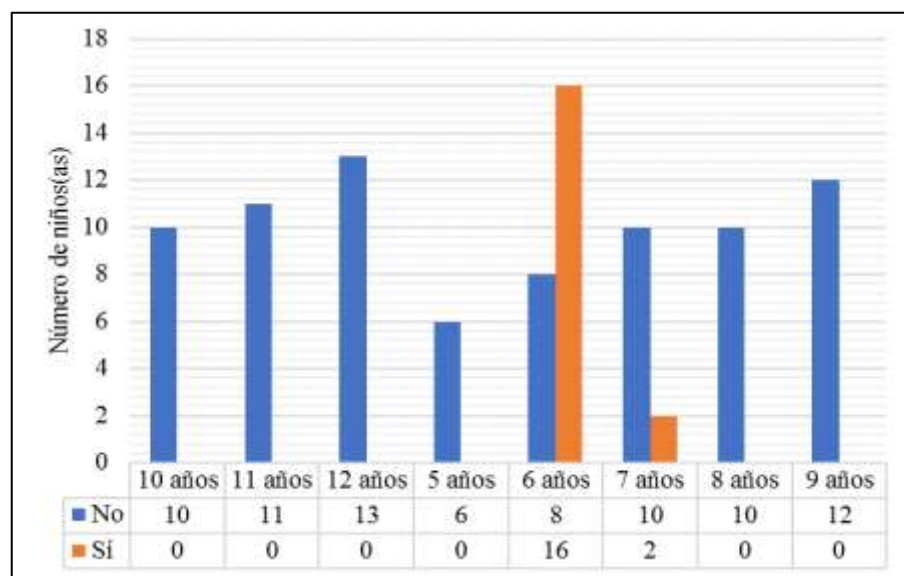


Interpretación: Se puede observar que un total de 18 niños(as) o el 18.37% del total de la muestra presentan sobremordida horizontal aumentada, integrada por 10 niñas (10.20%) y 8 niños (8.16%). Donde podemos mencionar que ambos grupos han presentado cifras muy cercanas entre sí.

Tabla 29. Sobremordida vertical aumentada según edad

Edad	Sobremordida vertical aumentada	
	No	Sí
5 años	6	0
6 años	8	16
7 años	10	2
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	80	18

Gráfico 27. Sobremordida vertical aumentada según edad

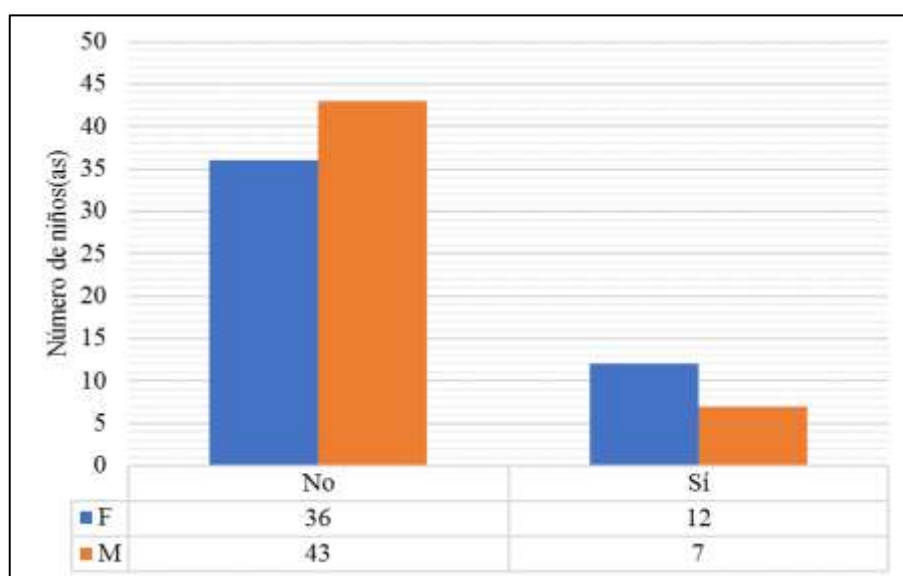


Interpretación: Se puede observar que dentro del grupo de 6 años encontramos a 16 niños(as) que presentan sobremordida vertical aumentada. Por su parte, dentro del grupo de 7 años tenemos únicamente a 2 niños(as) que presentan dicha anomalía.

Tabla 30. Mordida bis a bis según sexo

Mordida bis a bis	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	36	36.73%	43	43.88%
Sí	12	12.24%	7	7.14%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 28. Mordida bis a bis según sexo

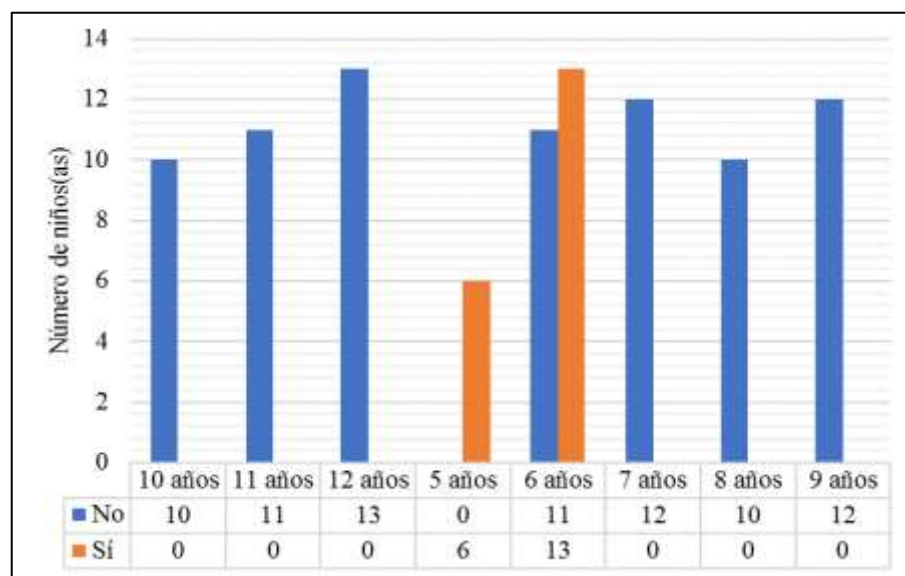


Interpretación: Tenemos que con respecto a la presencia de mordida bis a bis existen 19 niños(as) o el 19.39% de la muestra que lo poseen, siendo conformados por 12 niñas (12.24%) y 7 niños (7.14%), siendo más evidente su presencia dentro del primer grupo antes mencionado.

Tabla 31. *Mordida bis a bis según edad*

Edad	Mordida bis a bis	
	No	Sí
5 años	0	6
6 años	11	13
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	79	19

Gráfico 29. *Mordida bis a bis según edad*



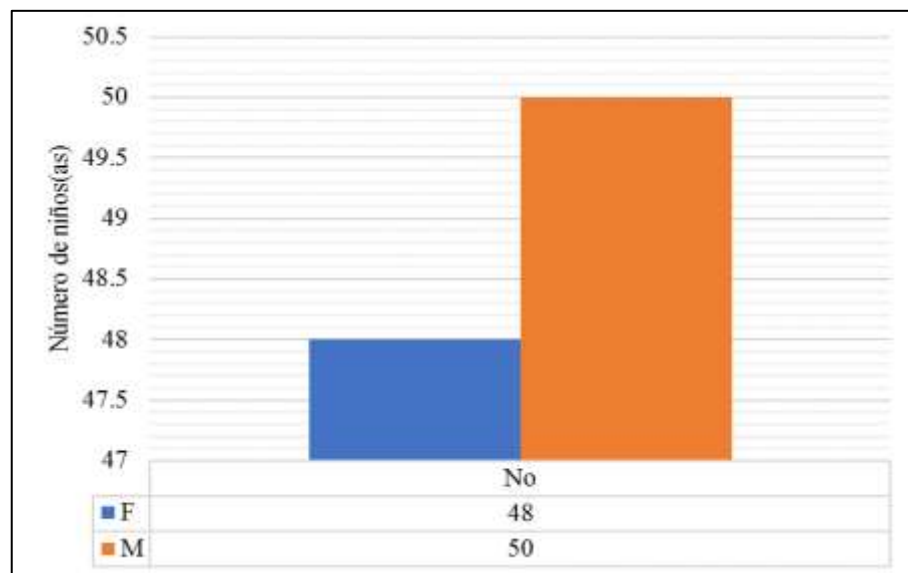
Interpretación: Se puede observar que la presencia de mordida bis a bis está presente en los grupos de 5 y 6 años, donde en el primero de ellos, encontramos a 6 niños(as), siendo la totalidad de ese grupo. Por

otro lado, en el grupo de 6 años, tenemos que 13 niños(as) presentan dicha anomalía.

Tabla 32. *Dientes supernumerarios según sexo*

Dientes supernumerarios	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	48	48.98%	50	51.02%
Sí	0	0.00%	0	0.00%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 30. *Dientes supernumerarios según sexo*

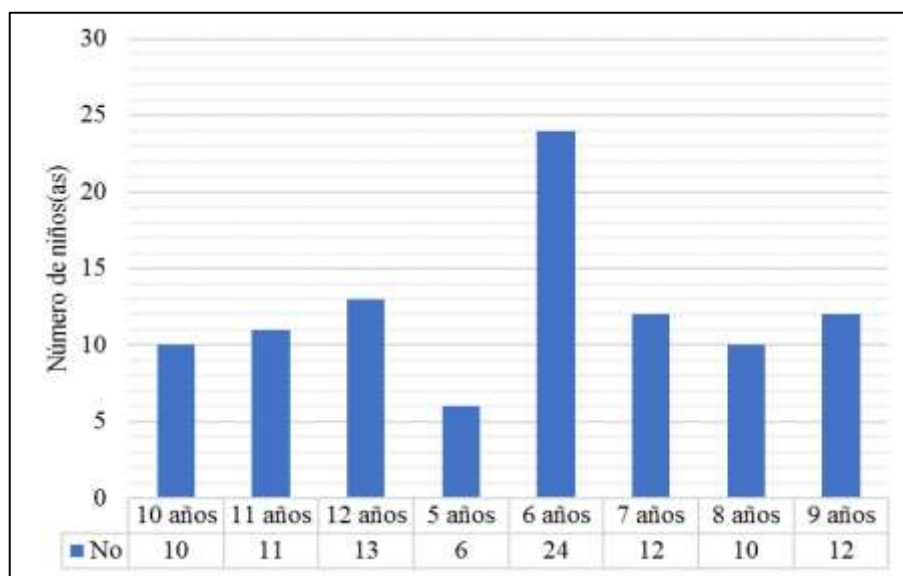


Interpretación: Respecto a los dientes supernumerarios no hay evidencia de su existencia en ninguno de los dos grupos estudiados (niños y niñas).

Tabla 33. *Dientes supernumerarios según edad*

Edad	Dientes supernumerarios	
	No	Sí
5 años	6	0
6 años	24	0
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	98	0

Gráfico 31. *Dientes supernumerarios según edad*

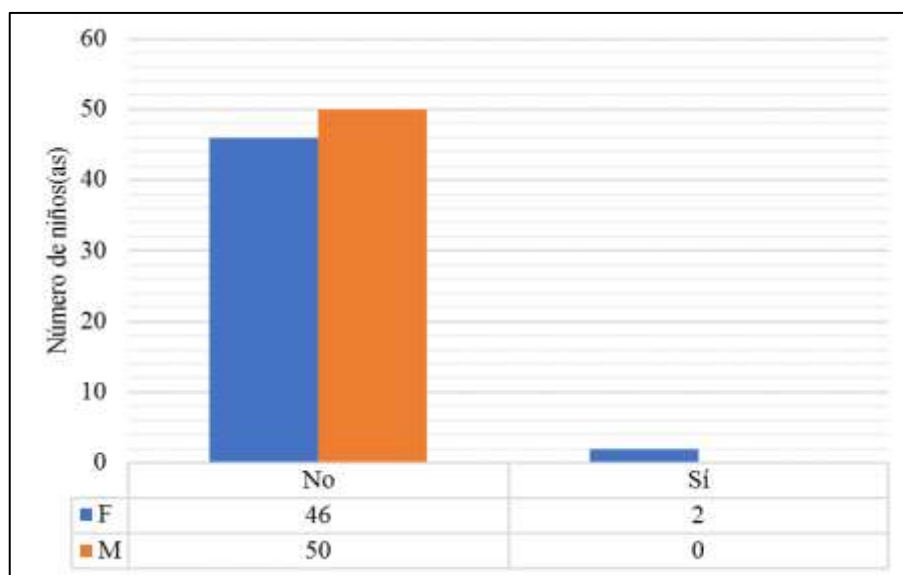


Interpretación: Se puede observar que dentro de los grupos de edades no hay evidencias de dientes supernumerarios.

Tabla 34. *Presencia de otras anomalías según sexo*

Presencia de otras anomalías	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
No	46	46.94%	50	51.02%
Sí	2	2.04%	0	0.00%
TOTAL	48	48.98%	50	51.02%

Gráfico 32. *Presencia de otras anomalías según sexo*

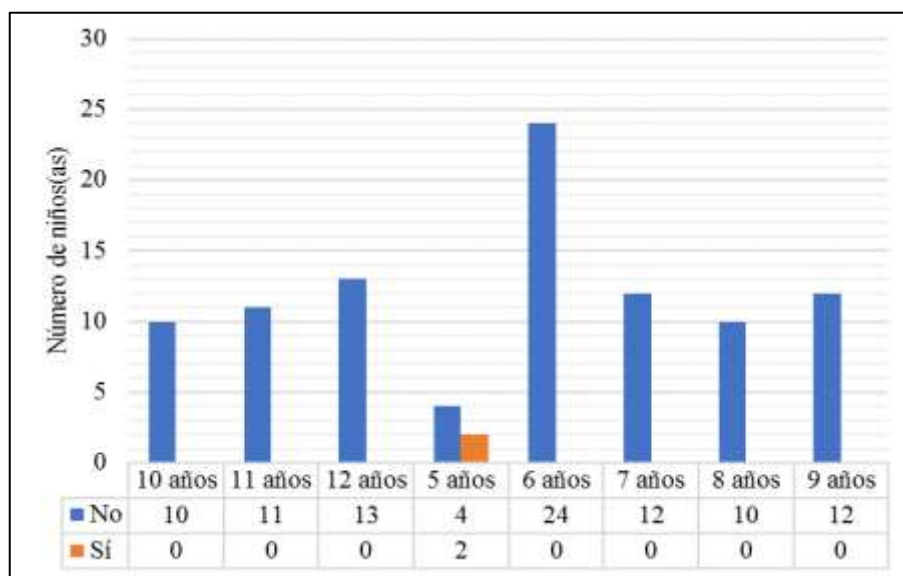


Interpretación: Respecto a la presencia de otras anomalías podemos mencionar que únicamente dos niñas o equivalente al 2.04% del total de la muestra las han registrado.

Tabla 35. *Presencia de otras anomalías según edad*

Edad	Presencia de otras anomalías	
	No	Sí
5 años	4	2
6 años	24	0
7 años	12	0
8 años	10	0
9 años	12	0
10 años	10	0
11 años	11	0
12 años	13	0
TOTAL	96	2

Gráfico 33. *Presencia de otras anomalías según edad*



Interpretación: Respecto a la presencia de otras anomalías el grupo de edades que las ha registrado ha sido el de 5 años con 2 niños(as).

Tabla 36. Prevalencia de anomalías dentofaciales según sexo

Anomalías dentofaciales	Femenino				Masculino			
	No	%	Sí	%	No	%	Sí	%
Apiñamiento dentario superior	36	36.73%	12	12.24%	46	46.94%	4	4.08%
Apiñamiento dentario inferior	40	40.82%	8	8.16%	50	51.02%	0	0.00%
Apiñamiento dentario en ambos arcos	43	43.88%	5	5.10%	50	51.02%	0	0.00%
Mordida cruzada anterior	40	40.82%	8	8.16%	50	51.02%	0	0.00%
Mordida cruzada posterior unilateral	36	36.73%	12	12.24%	46	46.94%	4	4.08%
Mordida cruzada posterior bilateral	46	46.94%	2	2.04%	50	51.02%	0	0.00%
Línea media dentaria desviada	12	12.24%	36	36.73%	40	40.82%	10	10.20%
Presencia de diastemas	17	17.35%	31	31.63%	40	40.82%	10	10.20%
Mordida abierta anterior	38	38.78%	10	10.20%	50	51.02%	0	0.00%
Mordida abierta posterior	46	46.94%	2	2.04%	50	51.02%	0	0.00%

Sobremordida horizontal aumentada	36	36.73%	12	12.24%	48	48.98%	2	2.04%
Sobremordida vertical aumentada	38	38.78%	10	10.20%	42	42.86%	8	8.16%
Mordida bis a bis	36	36.73%	12	12.24%	43	43.88%	7	7.14%
Dientes supernumerarios	48	48.98%	0	0.00%	50	51.02%	0	0.00%
Presencia de otras anomalías	46	46.94%	2	2.04%	50	51.02%	0	0.00%

Tabla 37. Prevalencia de anomalías dentofaciales según edad

Anomalías dentofaciales	5 años		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años		11 años		12 años	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Apiñamiento dentario superior	0	6	14	10	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Apiñamiento dentario inferior	0	6	22	2	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Apiñamiento dentario en ambos arcos	1	5	24	0	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Mordida cruzada anterior	0	6	22	2	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Mordida cruzada posterior unilateral	0	6	14	10	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0

Mordida cruzada posterior bilateral	4	2	24	0	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Línea media dentaria desviada	0	6	0	24	0	12	6	4	12	0	10	0	11	0	13	0
Presencia de diastemas	0	6	0	24	1	11	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Mordida abierta anterior	0	6	20	4	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Mordida abierta posterior	4	2	24	0	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Sobremordida horizontal aumentada	0	6	16	8	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Sobremordida vertical aumentada	6	0	8	16	10	2	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Mordida bis a bis	0	6	11	13	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Dientes supernumerarios	6	0	24	0	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0
Presencia de otras anomalías	4	2	24	0	12	0	10	0	12	0	10	0	11	0	13	0

Tabla 38. *Prevalencia de anomalías dentofaciales*

Anomalías dentofaciales	Prevalencia			
	No		Sí	%
Apiñamiento dentario superior	82	83.67%	16	16.33%
Apiñamiento dentario inferior	90	91.84%	8	8.16%
Apiñamiento dentario en ambos arcos	93	94.90%	5	5.10%
Mordida cruzada anterior	90	91.84%	8	8.16%
Mordida cruzada posterior unilateral	82	83.67%	16	16.33%
Mordida cruzada posterior bilateral	96	97.96%	2	2.04%
Línea media dentaria desviada	52	53.06%	46	46.94%
Presencia de diastemas	57	58.16%	41	41.84%
Mordida abierta anterior	88	89.80%	10	10.20%
Mordida abierta posterior	96	97.96%	2	2.04%
Sobremordida horizontal aumentada	84	85.71%	14	14.29%
Sobremordida vertical aumentada	80	81.63%	18	18.37%

Mordida bis a bis	79	80.61%	19	19.39%
Dientes supernumerarios	98	100.00%	0	0.00%
Presencia de otras anomalías	96	97.96%	2	2.04%

Interpretación: Con respecto a las anomalías dentofaciales identificadas, observamos que en todos los casos expuestos el porcentaje de niños(as) que las presentan no superan el 50% del total de la muestra. Podemos destacar dos de ellas que fueron las más próximas a dicho porcentaje, siendo la primera la “Línea media dentaria desviada” alcanzando un 46.94% equivalente a 46 niños(as) y la “Presencia de diastemas” con un 41.84% o vale decir 41 niños(as).

5.2. Discusión de resultados

Los resultados de esta investigación indican una baja prevalencia de anomalías dentofaciales en niños y niñas pertenecientes a los rangos de edades de 5 a 12 años. La mayoría de los estudios epidemiológicos de salud bucal reportados a nivel mundial, predominan en edades tempranas, adolescencia, y en algunos casos adultos jóvenes, por lo que se hace difícil, la búsqueda de analogías referenciales.

Las anomalías dentofaciales también llamadas maloclusiones, son una alteración no patológica del crecimiento y desarrollo, presentando un desarreglo de la dentición, la ATM, las estructuras craneofaciales, las neuromusculares u otros tejidos blandos, lo cual crea un problema funcional; ocupan un lugar importante dentro de las alteraciones bucales en la población infantil (3).

(Navarrete & Toapanta, 2020) (4), nos indica en su estudio que la mayoría de casos registrados guardan relación con la presencia de mordida abierta en los niños estudiados, siendo del rango de 6 a 12 años. Sin embargo, en nuestro estudio se ha determinado que dicho factor no es determinante, debido a que la presencia de mordida abierta posterior y anterior no supero una incidencia del 50%, siendo su prevalencia del 2.04% y 10.20% respectivamente. Otra de las afirmaciones del autor se

basa en que la presencia de mordidas abiertas se da mayormente en el género femenino. A partir de dicho enunciado, podemos reforzarlo debido a que los únicos casos detectados en nuestro estudio se presentaron en niñas.

(Parra, 2020) (10), basándonos en su investigación el autor logró identificar que de una muestra de 797 niños pertenecientes al rango de edad de 8 a 15 años, las maloclusiones de Angle que presento mayor presencia en los niños estudiados fue de la Clase I, representando un 66.75% de la muestra total. Respecto a dicho estudio, podemos respaldar los hallazgos del autor debido a que en nuestros resultados se logró determinar que 66 niños observados fueron registrados dentro de la Clase I de la clasificación de Angle, lo que equivale a un 67.35% del total de la muestra estudiada, la cual se compone de la siguiente manera: 41 niñas que representan el 41.84% del total de la muestra y 25 niños representando el 25.51%. Además, se presentó principalmente dentro del rango de 6 años con 24 niños(as), seguido de los grupos de 7 y 9 años con 12 niños(as) cada uno, 10 niños(as) para el rango de 6 años, 6 niños(as) para el rango de 5 años y finalmente 2 niños(as) para el rango de 10 años. Se debe de añadir que, el autor identificó que el género femenino es mayormente predominante dentro de la Clase I, mientras que el masculino predomina en las Clases II y III. Respecto a ello, nuestro estudio respalda lo mencionado por el autor, dado que, la Clase I la conforman mayormente niñas siendo el 41.84%, mientras que los niños solo representan un 25.51%. Por el contrario, en las Clases II y III, son los niños los más predominantes. Asimismo, otro de los estudios que refuerzo lo antes mencionado, es el postulado por (Montañez, 2020) (12), donde en una muestra conformada por 285 niños entre los 7 a 12 años, se logró determinar que el 43.41% del total se encontró dentro de la clasificación de Angle Clase I, siendo la más alta a comparación del resto de clasificaciones.

VI. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

6.1. Contrastación de hipótesis general

H₀: La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta el 30% de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017.

H₁: La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017.

Conclusiones: Basándonos en los datos presentados dentro de la “**Tabla 38. Prevalencia de anomalías dentofaciales**”, se puede afirmar que las anomalías han afectado a un determinado porcentaje de la muestra estudiada, siendo los de mayor alcance la línea media dentaria desviada y la presencia de diastemas con un 46.94% y 41.84% respectivamente, por lo que podemos afirmar que las anomalías dentofaciales afectan a más del 30% de los niños de 5 a 12 años, pero es menor al 70% de la muestra. De esta manera, damos por válida la hipótesis nula al no sobrepasar el porcentaje establecido en la hipótesis alterna de $\geq 70\%$.

6.2. Contrastación de hipótesis específicas

A. Primera hipótesis específica:

H₀: La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según sexo.

H₁: La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según sexo.

Conclusiones: Basándonos en los datos presentados dentro de la “**Tabla 36. Prevalencia de anomalías dentofaciales según sexo**”, se puede afirmar que las anomalías han afectado a un determinado porcentaje de la muestra estudiada, donde tenemos que para la anomalía “Línea media dentaria desviada”, en el caso de las niñas se registraron 36 casos (36.73%) y para los niños 10 casos (10.20%). Asimismo, para la anomalía “Presencia de diastemas”, tenemos que hay 31 niñas registradas (31.63%) y 10 niños

(10.20%). De esta manera, podemos concluir que las anomalías no llegan a afectar al 70% de la muestra estudiada, lo que nos permite dar por válida la hipótesis nula.

B. Segunda hipótesis específica:

H₀: La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta el 70% de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según edad.

H₁: La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según edad.

Conclusiones: Basándonos en los datos presentados dentro de la “**Tabla 37. Prevalencia de anomalías dentofaciales según edad**”, se puede afirmar que las anomalías han afectado a un determinado porcentaje de la muestra estudiada, donde tenemos que para las anomalías “Línea media dentaria desviada” y “Presencia de diastemas”, el grupo más afectado es el de 6 años, cuya equivalencia no supera el 70% de la muestra estudiada, lo que nos permite dar por válida la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

Primera conclusión: Según la clasificación de Angle, podemos mencionar que un 67.35% de la muestra estudiada ha sido registrada dentro de la CLASE I, la cual está integrada por 41 niñas (41.84%) y 25 niños (25.51%), por lo que podemos afirmar que el género femenino mayormente predomina en dicha clasificación. Por otro lado, tenemos que en la CLASE II DIVISIÓN 1, la integran 7 niñas (7.14%) y 13 niños (13.27%). Para la CLASE II DIVISIÓN 2, encontramos a 4 niños (4.08%) y en la CLASE III tenemos 8 niños (8.16%). Donde concluimos que tanto para la CLASE II como la CLASE III, el género masculino es más predominante.

Segunda conclusión: Respecto a las anomalías dentofaciales, tenemos que en todos los casos registrados el grupo predominante ha sido el femenino, siendo la línea media dentaria desviada y la presencia de diastemas los que ocupan un mayor porcentaje, con un 36.73% y 31.63% respectivamente para el caso de las niñas. Por otro lado, en el caso de los niños ambas anomalías ocupan un 10.20%.

Tercera conclusión: Respecto a los grupos de edades, se logró determinar que los grupos más afectados por las anomalías dentofaciales son principalmente los de 5 y 6 años. Por otro lado, para los grupos de 7 y 8 años, los casos presentados han sido mínimos, mientras que, para el rango de 9 a 12 años, no se han detectado anomalías durante la realización del presente estudio.

RECOMENDACIONES

Primera recomendación: Se recomienda la realización de estudios de la misma índole con la finalidad de obtener un mayor volumen de datos referente a la prevalencia de anomalías en niños y niñas, lo cual permitirá la creación de una base de datos más amplia y detallada que servirá de base para futuros investigadores.

Segunda recomendación: Es recomendable que los padres de familia sean informados acerca de las anomalías dentofaciales, buscando de esta manera reforzar sus conocimientos e identificar la necesidad de tratamiento para sus hijos.

Tercera recomendación: Con respecto a las variables que nos permitieron generar un conocimiento más detallado como son el sexo y la edad, se recomienda realizar estudios que involucren otras variables tales como la zona (urbana o rural), hábitos de alimentación, entre otros. De esta manera, se plantea ampliar los conocimientos ya existentes e incluso reforzar los postulados hechos por otros autores.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- (1) Zelada, E. (2020). Relación de anemia y caries dental en niños pre-escolares del distrito de vice-sechura-Piura, 2018. Obtenido de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/5034>
- (2) Díaz, M. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud bucal de niños preescolares con caries de infancia temprana pre y postratamiento. Obtenido de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3825>
- (3) Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional, Comité Nacional de Nutrición. (2017). Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28737884/>
- (4) Navarrete, N., & Toapanta, L. (2020). Perfil epidemiológico de los trastornos en la oclusión de escolares de 5 a 11 años de la Unidad Educativa Mario Oña Perdomo provincia del Carchi. (Universidad Central del Ecuador, Quito - Ecuador) Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21847/1/T-UCE-0015-ODO-375.pdf>
- (5) Aguirre, B. (2018). Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la parroquia Machángara en la ciudad de Cuenca, 2016. (Universidad Católica de Cuenca, Cuenca - Ecuador) Obtenido de <https://doi.org/10.31984/oactiva.v3i1.124>
- (6) Burgos, D. (2014). Prevalencia de Maloclusiones en Niños y Adolescentes de 6 a 15 Años en Frutillar, Chile. (International Journal of Odontostomatology) Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v8n1/art02.pdf>
- (7) Podadera, Z., Rezk, A., Flores, L., & Ramírez, M. (2013). Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 12 años. (Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río) Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500010&lng=en&tlng=
- (8) Gonzáles, R., Ochoa, D., Silva, C., & Cruz, I. (2012). Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. (Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba) Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000400006

- (9) Marquina, M. (2020). Prevalencia de maloclusiones y su relación entre la clasificación de Angle y el índice de estética dental en escolares de 12 a 16 años de edad. (Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo - Perú) Obtenido de https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6148/1/RE_ESTO_%20MARICARMEN.%20MARQUINA_%20PREVALENCIA.MALOCLUSIONES%20.%20%20INDICE%20DE%20ESTETICA%20DENTAL%20_0_DATOS.pdf
- (10) Parra, F. (2020). Prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 15 años en el colegio "Señor de Huamantanga" de la ciudad de Jaén. (Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo - Perú) Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/2686/TL_ParraCamposFredy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (11) Llanos, C. (2020). Prevalencia de anomalías dentales evaluadas en radiografías panorámicas según su forma y número en pacientes atendidos en el Centro de Formación Odontológica Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2016-2017. (Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo - Perú) Obtenido de https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2668/1/TL_LlanosVeraCarlos.pdf
- (12) Montañez, W. (2020). Prevalencia de maloclusiones en estudiantes de 7 a 12 años de edad de la institución educativa 88336 "Gastón Vidal Porturas", en el distrito de nuevo Chimbote, provincia del santa, departamento de Ancash, año 2017. (Universidad Católica Los Ángeles, Chimbote - Perú) Obtenido de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/16369/MALOCCLUSION_OCLUSION_MONTANEZ_DEL_CASTILLO_WINNIE_ALYSON.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (13) Podadera, Z., Rezk, A., Flores, L., & Ramírez, M. (2013). Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 12 años. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500010
- (14) Quintana, L. (2016). Anomalías en Tejidos Blandos Orales. Obtenido de <https://es.slideshare.net/lualberts20/anomalas-en-tejidos-blandos-orales>

- (15) Sanitas (2020). Alteraciones de los huesos maxilares. Obtenido de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/alteraciones-huesos-maxilares.html>
- (16) González, R., Ochoa, D., Silva, C., & Cruz, I. (2012). Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000400006
- (17) Martín, J., Sánchez, B., Tarilonte, M., Castellanos, L., Llamas, J., López, F., & Segura, J. (2012). Anomalías y displasias dentarias de origen genético-hereditario. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000600004
- (18) Aragón, M., Aragón, F., & Torres, L. (2005). Trastornos de la articulación témporo-mandibular. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000700006
- (19) Di Santi, J., & Vázquez, V. (2003). Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Obtenido <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>
- (20) Martínez, F. (2008). Estudio retrospectivo del tratamiento de anomalías dentofaciales realizado en el Hospital Militar de Quito desde el año 1997 al 2007 mediante Cirugía Ortognática Unimaxilar o Bimaxilar. (Universidad San Francisco de Quito) Obtenido de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/524/1/90231.pdf>

ANEXOS

Anexo N°1. Matriz de consistencia interna

Problema	Objetivos	Hipótesis
Problema General:	Objetivo General:	Hipótesis General:
<p>PG: ¿Cuál es la prevalencia de anomalías dentofaciales en un grupo de niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017?</p>	<p>OG: Determinar la prevalencia de Anomalías dentofaciales en un grupo de niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017.</p>	<p>H0: La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta el 30% de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017.</p> <p>H1: La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017</p>
Problemas Específicos:	Objetivos Específicos:	Hipótesis Específicas:
<p>PE1: ¿Cuáles son las malposiciones dentarias más prevalentes en la muestra en estudio?</p> <p>PE2: ¿Cuál es el impacto de las anomalías dentofaciales en relación a la distribución sexual del paciente y a la edad analizada?</p>	<p>OE1: Determinar estadísticamente cuáles son las malposiciones dentarias más prevalentes en la muestra en estudio.</p> <p>OE2: Establecer el impacto de las anomalías dentofaciales en relación a la distribución sexual del paciente y a la edad analizada.</p>	<p>H0: La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según sexo.</p> <p>H1: La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según sexo.</p> <p>H0: La prevalencia de anomalías dentofaciales no afecta el 70% de los niños de 5</p>

a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según edad.

H1: La prevalencia de anomalías dentofaciales afecta $\geq 70\%$ de los niños de 5 a 12 años atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el año 2017 según edad.

VARIABLES E INDICADORES		METODOLOGÍA
Variable Independiente:	Variable Dependiente:	Tipo de investigación:
Anomalías dentofaciales	Niños de 5 a 12 años	Aplicada
Indicadores de la VI:	Indicadores de la VD:	Nivel de investigación:
<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías dentofaciales grado I • Anomalías dentofaciales grado II • Anomalías dentofaciales grado III • Anomalías dentofaciales grado IV 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Sexo. 	Descriptiva Diseño de investigación: No experimental Muestra: 98 niños(as) entre los 5 a 12 años que fueron atendidos dentro del Hospital “Santa María del Socorro” de Ica

Anexo N°2. Instrumento de recolección de información



**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS
GONZAGA"**



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha Nro:

Fecha:

I. DATOS GENERALES DE ÍNDOLE PERSONAL

Edad:

Sexo:

II. EXAMEN CLÍNICO

A. Clasificación de Angle

CLASE I:

CLASE II (DIVISIÓN 1):

CLASE II (DIVISIÓN 2):

CLASE III:

B. ANOMALÍAS DENTOFACIALES ENCONTRADAS

1. Apiñamiento dentario superior:

2. Apiñamiento dentario inferior:

3. Apiñamiento dentario en ambos arcos:

4. Mordida cruzada anterior:

5. Mordida cruzada posterior unilateral:

6. Mordida cruzada posterior bilateral:

7. Línea media dentaria:

- 8. **Presencia de diastemas:**
- 9. **Mordida abierta anterior:**
- 10. **Mordida abierta posterior:**
- 11. **Sobremordida horizontal aumentada:**
- 12. **Sobremordida vertical aumentada:**
- 13. **Mordida bis a bis:**
- 14. **Dientes supernumerarios:**
- 15. **Otras anomalías:**

III. OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo N°3. Base de datos

N°	Edad	Sexo	P1	P2	P3	P4	P5	P6
1	5 años	F	Clase I	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2	5 años	F	Clase I	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3	5 años	F	Clase I	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4	5 años	F	Clase I	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5	5 años	F	Clase I	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6	5 años	F	Clase I	Sí	Sí	No	Sí	Sí
7	6 años	F	Clase I	Sí	Sí	No	Sí	Sí
8	6 años	F	Clase I	Sí	Sí	No	Sí	Sí
9	6 años	F	Clase I	Sí	No	No	No	Sí
10	6 años	F	Clase I	Sí	No	No	No	Sí
11	6 años	F	Clase I	Sí	No	No	No	Sí
12	6 años	F	Clase I	Sí	No	No	No	Sí
13	6 años	M	Clase I	Sí	No	No	No	Sí
14	6 años	M	Clase I	Sí	No	No	No	Sí
15	6 años	M	Clase I	Sí	No	No	No	Sí
16	6 años	M	Clase I	Sí	No	No	No	Sí
17	6 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
18	6 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
19	6 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
20	6 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
21	6 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
22	6 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
23	6 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
24	6 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
25	6 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
26	6 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
27	6 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
28	6 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
29	6 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
30	6 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
31	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
32	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
33	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
34	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
35	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
36	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
37	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
38	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
39	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
40	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
41	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
42	7 años	F	Clase I	No	No	No	No	No

43	8 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
44	8 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
45	8 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
46	8 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
47	8 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
48	8 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
49	8 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
50	8 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
51	8 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
52	8 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
53	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
54	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
55	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
56	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
57	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
58	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
59	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
60	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
61	9 años	M	Clase I	No	No	No	No	No
62	9 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
63	9 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
64	9 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
65	10 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
66	10 años	F	Clase I	No	No	No	No	No
67	10 años	F	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
68	10 años	F	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
69	10 años	F	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
70	10 años	F	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
71	10 años	F	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
72	10 años	F	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
73	10 años	F	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
74	10 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
75	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
76	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
77	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
78	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
79	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
80	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
81	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
82	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
83	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
84	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
85	11 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
86	12 años	M	Clase II Div 1	No	No	No	No	No
87	12 años	M	Clase II Div 2	No	No	No	No	No

88	12 años	M	Clase II Div 2	No	No	No	No	No
89	12 años	M	Clase II Div 2	No	No	No	No	No
90	12 años	M	Clase II Div 2	No	No	No	No	No
91	12 años	M	Clase III	No	No	No	No	No
92	12 años	M	Clase III	No	No	No	No	No
93	12 años	M	Clase III	No	No	No	No	No
94	12 años	M	Clase III	No	No	No	No	No
95	12 años	M	Clase III	No	No	No	No	No
96	12 años	M	Clase III	No	No	No	No	No
97	12 años	M	Clase III	No	No	No	No	No
98	12 años	M	Clase III	No	No	No	No	No

Leyenda

P1: Clasificación de Angle

P2: Apiñamiento dentario superior

P3: Apiñamiento dentario inferior

P4: Apiñamiento dentario en ambos arcos

P5: Mordida cruzada anterior

P6: Mordida cruzada posterior unilateral

No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No
No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No
No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No
No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No
No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No
No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No
No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No
No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No
No	Centrada	No	No	No	No	No	No	No	No

Leyenda

P7: Mordida cruzada posterior bilateral

P8: Línea media dentaria

P9: Presencia de diastemas

P10: Mordida abierta anterior

P11: Mordida abierta posterior

P12: Sobremordida horizontal aumentada

P13: Sobremordida vertical aumentada

P14: Mordida bis a bis

P15: Dientes supernumerarios

P16: Otras anomalías