



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Relación entre maloclusiones dentales y postura corporal en niños y adolescentes en una clínica dental de Piura 2022

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

AUTORAS:

Carmen Bellodas, Linda Leydi (ORCID: 0000-0003-3122-3592)

Piñin Huertas, Karla Katerine (ORCID: 0000-0002-5156-432x)

ASESORA:

Dra. Valenzuela Ramos, Roxana Marisel (ORCID:0000-0002-1857-3937)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de la salud y desarrollo sostenible

PIURA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a Dios, porque a pesar de todas las adversidades nos permite realizar este proyecto, a nuestros padres, porque gracias a su sacrificio y dedicación nos permiten concluir nuestras metas universitarias.

Agradecimiento

Queremos agradecer a nuestro creador por darnos la fortaleza para culminar esta etapa, a nuestros padres por su incondicional apoyo a nuestra asesora Marisel Valenzuela Ramos por la paciencia y a la universidad Cesar Vallejo, por alojarnos para culminar esta etapa muy importante.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. MÉTODOLÓGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3. Población, muestra y muestreo	13
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	13
3.5. Procedimientos.....	15
3.6. Método de análisis de datos.....	16
3.7 Aspectos éticos	16
IV. RESULTADOS	18
V. CONCLUSIONES.....	29
VI. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	31
ANEXOS.....	36

Índice de tablas

Tabla 1. Relación entre la maloclusión y los problemas de actitud postural en adolescentes y niños de una clínica dental a nivel de Piura en el año 2022.....18

Tabla 2. Tipo de maloclusión de acuerdo con la clasificación de Angle para el género tanto en niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022.....19

Tabla 3. Tipo de maloclusión de acuerdo con la clasificación de angle según su edad tanto en adolescentes y niños de una clínica dental de Piura-2022.....20

Tabla 4. Problemas de postura en niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022 según su edad.....21

Tabla 5. Problemas de postura a en niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022 según su género.....22

Resumen

Objetivo: En la presente investigación, fue determinar la relación entre maloclusión dental y la postura corporal en niños y adolescentes en una clínica dental de Piura, 2022. **Metodología:** La investigación fue de tipo básica, con un diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal, el instrumento fue una ficha de recolección de datos sobre el examen estomatológico, la evaluación clínica se efectuó con los niños recostados en un sillón dental para evitar los movimientos de la cabeza y las alteraciones y otra sobre las posturas de los niños y adolescentes este examen de postura corporal, se realizó con ropa de deporte y los pies descalzos, la Población de este estudio estuvo conformada por 110 niños de 8 a 16 años en una clínica dental de Piura-2022. **Resultados:** estos muestran que la clasificación de Angle en dónde se establece que el 54.5% presenta una clasificación de tipo II y en cuanto al tipo I se presenta en el 45.5% por otro lado hacer el cálculo de las actitudes posturales que presenta tanto para las diferencias en centímetros de la cintura escapular y pélvica se observa que los pacientes niños y adolescentes fueron simétricos en el 49.1% y estuvieron en el rango de la asimetría en una de las posturas en el 50.9% la relación estadística para la prueba no paramétrica se establece a través de la pruebas y cuadrada de Pearson estableciéndose un valor de 0.22 por lo cual no existe relación entre ambas variables. **Conclusión:** no existe una relación estadística entre maloclusión y postura corporal en la clínica dental de Piura-2022.

Palabras claves: Maloclusión; Postura; clase II (DeCs)

Abstract

Objective: The objective of this research was to determine the relationship between dental malocclusion and body posture in children and adolescents in a dental clinic in Piura, 2022. **Methodology:** The research was of a basic type, with a non-experimental, descriptive and cross-sectional design, the instrument was a data collection form on the stomatological examination and another on the posture of children and adolescents, the population of this study consisted of 110 children between 8 and 16 years of age in a dental clinic in Piura, 2022. **Results:** The Angle classification shows that 54.5% present a type II classification and 45.5% present type I. On the other hand, when calculating the postural attitudes presented for the differences in centimeters of the shoulder girdle and pelvic girdle, it is observed that the children and adolescent patients were symmetrical in 49.1% and they were in the range of the type I and II. 1% and were in the range of asymmetry in one of the postures in 50.9%. The statistical relationship for the non-parametric test is established through the Pearson square test, establishing a value of 0.22 **Therefore** there is no relationship between the two variables.

Keywords: Malocclusion; Posture; Class II (DeCs)

I. INTRODUCCIÓN

La maloclusión representa un problema para la salud pública que incluye diferentes dificultades para el odontólogo según lo reporta la Organización Mundial de la Salud¹. Teniendo en cuenta que puede llegar a una tasa del 80% teniendo mayor impacto en países que están en vías de desarrollo estableciéndose que esta enfermedad representa la segunda posición más frecuente dentro de los infantes a nivel mundial seguido de la enfermedad cariosa de las piezas dentales².

Esta enfermedad conocida como maloclusión fue dada por Angle desde los años 1899³. Este autor realiza la conglomeración en diferentes estratos también conocidos como clases o tipos, para lo cual se tuvo como preferencia la posición de una pieza molar superior e inferior en donde se especifica que la primera clase o tipo presenta a la cúspide mesiovestibular de esta primera molar superior debe ocluir exactamente a nivel del surco vestibular de la primera molar adultas inferiores⁴. por otro lado en cuanto a las especificaciones de la segunda clase o tipo presenta una correlación medial con el primer molar adulto superior a nivel del surco vestibular de la primera molar inferior la cual está de forma distal a la cúspide mesiovestibular del primer molar que se ubica en el maxilar superior permanente y en el caso del tercer tipo o clase, se caracteriza por la posición más adelantada de la mandíbula respecto al maxilar de forma permanente⁵.

En el Perú existe una tasa aproximadamente de 70% en base al diagnóstico de maloclusiones teniendo en cuenta que los estudios abarcan desde los años 90⁶. Y fueron realizados principalmente a nivel de la capital del Perú existiendo algunos resultados que abarcan que el 82% predominan a nivel de la región costeras, el 79% a nivel de la región andina y 78.5% a nivel de la región selvática sin embargo cabe destacar que es aquí en la última región donde se han reportado una menor densidad de datos por otro lado casi todas las investigaciones exhiben que la zona urbana especialmente aquella que tiene un fácil acceso a los servicios de salud son las que presentan mayor tasa de incidencia por lo tanto el estudio menciona que existen una baja densidad de datos con respecto a los pacientes con estas patologías tanto en comunidades amazónicas como en la población rural⁷.

A nivel de la región de Piura en la clínica San Juan de Dios se evidencia de que existe una alta tasa de enfermedades a nivel infantil y a nivel juvenil estableciéndose así varias especialidades dentro de ellas la ortopedia para poder reducir y combatir este tipo de complicaciones brindando un servicio tanto al sector privado como público⁸.

Las enfermedades conocidas como maloclusiones pueden alterar la posición de la parte cefálica y a su vez puede producir variaciones en la postura⁹. Por lo tanto existen algunos trastornos de la postura que representan el inicio de estas patologías a nivel de la población infantil esto se da debido a que el infante se posiciona de una forma no correcta¹⁰. Y estas no son rectificadas con la premura respectiva, esto generara diferentes problemas que no solamente tendrá implicancia desde el punto de vista estético sino además puede generar desarreglos a nivel de la fisiología de algunos órganos especialmente con impacto negativo a nivel del sistema estomatognático afectando la respiración de los infantes así como su deglución y también la capacidad de fonación.¹¹ por lo tanto se debe tener en cuenta que existe una alta correlación entre las posturas que puedan tener los infantes y el nivel de maloclusión lo que genera a su vez afectaciones a nivel de crecimiento de los arcos dentarios¹².

Por lo antes dicho hacemos la siguiente pregunta ¿Cuál fue la relación entre la maloclusión dental y la postura corporal en niños y adolescentes a nivel de la clínica de Piura en el año 2022? Por tanto debemos realizar la justificación de la investigación para poder determinar si existe una relación entre la patología de la maloclusión y la postura del infante lo que muchas veces se pasa por alto en la consulta dental a nivel de los pacientes pediátricos, en ese sentido de palabras se debe proporcionar una percepción crítica a los estomatólogos respecto a las implicancias de estas alteraciones por la relación que se plantea en esta investigación donde se trata de correlacionar las variables de maloclusión y de la postura corporal que presenten los infantes para poder determinar un fundamento en hallazgos que se puedan evaluar a nivel de los consultorios odontológicos y a su vez poder prevenir efectos adversos futuros sin ocasionar dolor y a su vez que se pueda brindar un tratamiento oportuno en vista de que en el marco teórico no existe antecedentes de ese tipo de investigación a nivel local.

Por lo expuesto en los párrafos previos se planteó como objetivo principal de la investigación determinar la relación entre la maloclusión dental y la postura corporal en niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022, por otro lado subsecuentemente los objetivos específicos fueron determinar el tipo de maloclusión de acuerdo con la clasificación de Angle para el género de una clínica dental de Piura-2022 y para determinar el tipo de maloclusión de acuerdo con la clasificación de angle según su edad tanto en niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022 y determinar los problemas de postura en niños y adolescentes en una clínica dental de Piura según su edad 2022 y determinar los problemas de postura en una clínica dental de Piura-2022 según su género.

II. MARCO TEÓRICO

Fernández E. et al¹³, en el año 2020 a nivel de la isla de Cuba tuvo como finalidad analizar la correlación entre la postura corporal y la maloclusión en estudiantes menores de 12 años a nivel de la escuela Echevarría para ello se realizó un estudio con un solo tipo de levantamiento exploratorio no experimental con una muestra de 193 estudiantes menores de 12 años estableciéndose como resultado que el 75% de la muestra evaluada presenta maloclusión y el 25% no lo presenta a su vez 42 de los infantes presentaron un trastorno de la columna denominado escoliosis asimismo 40 niños presentaron maloclusión dentaria para un 21% el 6% presentó deformidades de la columna como lordosis el 2.7% presentaron deformación como cifosis y el 30% pertenece a un nivel de estudios entre el tercer y cuarto nivel presentando como diagnósticos de la clasificación de Angle tipo II en el 50% de los estudiantes que presentaron escoliosis llegando a la conclusión que las enfermedades de maloclusión son y se configura una enfermedad prevalente en estudiantes menores de 12 años y a su vez se presenta en más de la mitad de la población la clasificación tipo II de Angle con asociación a escoliosis.

En la isla de Cuba en el año 2019 ,Pacheco et al¹⁴ ,tuvo como finalidad establecer la correlación entre maloclusión y la postura corporal para ello realizará una investigación de tipo no experimental con una muestra en 127 infantes dentro de sus resultados establecieron que el promedio de la edad fue de 11 años y estos alumnos representan el 43% de los casos así mismo los varones estuvieron presentes en el 53% y además dentro de la clasificación de Angle presentó el tipo II en el 44% por otro lado las posturas que presentaron fueron la escoliosis en un 29% no existiendo significancia entre el tipo de maloclusión y la postura de acuerdo a la estadística inferencial por ellos se concluyó que la enfermedad como maloclusión no siempre está relacionada con los problemas de la postura en los niños.

En el mismo año, Sambataro et al¹⁵, tuvo como finalidad correlacionar la maloclusión y las anomalías de la postura corporal en infantes cuya muestra estuvo comprendida en 127 personas mayoritariamente mujeres en el 82 casos y varones en los 45 casos, de ellos se observó dentro resultados que 80 pacientes tenían alteración de la columna como tipo de escoliosis falsa 22 los

infantes presentaba un nivel de escoliosis verdadera y en 7 casos respectivamente presentaron cifosis de tus resultados se encuentra que existe relación entre la mordida cruzada izquierda y el lado contralateral de la curvatura de la columna especialmente asociado con escoliosis siendo altamente significativa asimismo existe una relación entre la línea media inferior y el lado contralateral de la desviación de la columna vertebral siendo esto altamente significativa llegando a la conclusión del estudio que estas anomalías de la postura están relacionadas con la mordida cruzada y la posición anómala del maxilar inferior.

Mientras tanto en Polonia en el mismo año, Laskowska et al.¹⁶ realizó una investigación donde tuvo como finalidad analizar la correlación entre los porcentajes y tipo de maloclusiones y asimismo la presencia de escoliosis idiopática para ello se desarrolló un estudio prospectivo longitudinal con un grupo de 80 pacientes En dónde fueron diagnosticados con escoliosis idiopática y tuvieron como control a 61 pacientes aparentemente sanos dentro del examen físico para ellos se realizaron el análisis de la radiografía de los pacientes para poder realizar el diagnóstico a nivel de la columna ambos grupos se sometieron una evaluación dental dentro de los resultados se indica que la escoliosis torácica fue principalmente derecha y la escoliosis toracolumbar o lumbar izquierda presentaron ángulo de desviación que variaba de los 11 grados radianes hasta los 125 ángulos radianes por otro lado el grupo de escoliosis idiopática la prevalencia de esta enfermedad maloclusión fue mayor que en el grupo control en el 95% y 82% respectivamente por otro lado en la escoliosis idiopática se observó más de un tipo de maloclusión con mayor incidencia que el grupo control en el 63.8% y 37.7% respectivamente existiendo significancia estadística para esta diferencia, por otro lado existe una correlación entre la curva torácica proximal izquierda con la mordida abierta anterior aunque sea históricamente no existe relación por otro lado en la escoliosis derecha torácica principal se estableció una relación no significativa con la mordida cruzada lateral y a su vez la correlación entre la escoliosis y la maloclusión tampoco mantuvieron una relación estadística por lo que se concluye que las tasas de porcentaje de maloclusiones es mayor en infantes con escoliosis idiopática que a nivel de sus compañeros de control.

El año anterior ,en Cuba ,Bernal et al ¹⁶ tuvo como objetivo poder establecer la relación entre las maloclusiones con sus clasificaciones de Angle y la escoliosis y un grupo de infantes de la localidad de Cienfuegos para ello se realizó un estudio no experimental con una muestra equivalente a 129 infantes menores de 11 años seleccionados de acuerdo a Los criterios de los cuales 55 presentaban una maloclusión tipo I45 de ellos presentaban una maloclusión de tipo II y 29 de los infantes presentaban una maloclusión de tipo 3 para ello este diagnóstico se hizo con una observación odontológica clínica se dejó evidencia a través de las tomas fotográficas presentando que la clase 2 y la clase 3 está presente y tiene relación con la escoliosis en el 35% llegando a la conclusión que la clase tipo I es la más frecuente y a su vez que la clase de Angle tipo II está mayor correlacionada con el nivel de escoliosis de los infantes.

Paralelamente en la isla del mismo país, Morgado et al.¹⁷ tuvo como la finalidad de establecer una relación entre la postura y los signos clínicos de maloclusión para ello se realizó un estudio analítico en infantes y adolescentes menores de 14 años que llegaron a la consulta al policlínico la muestra estuvo conformada por 126 personas con clasificación de tipo II y tipo 3 de acuerdo a los vertidos por Angle la cuerda representan 63 pacientes para cada tipo y por otro lado estos presentaron alteraciones o no de la postura En dónde 71 personas son de sexo femenino y representa el 56% de grupo muestra y para paciente de sexo masculino que son 55 personas representó el 43.75% de ellos se arroja que la totalidad de los pacientes con una clasificación de tipo II no presentan una correlación con la postura o los signos clínicos de maloclusión pero en 63 niños con clase III, tenían alteraciones de la postura lo que representa un impacto del 38% concluyendo que no se encontró evidencia estadística para establecer la relación de las maloclusiones con alteraciones de la postura.

En el mismo año a nivel nacional Inquilla et al¹⁸ realiza una investigación en nuestro Perú, donde el objetivo está abocado determinaron la correlación entre el tipo de maloclusión y la postura para ello se realizó un estudio no experimental relacional con una muestra de 58 personas menores de 17 años para evaluar la maloclusión se utilizó la evaluación clínica y la huella plantar de acuerdo a Los criterios de Hernández dentro de los resultados se establece que 58 personas

presentan maloclusión de tipo II-III el 81 por ciento presentó alteraciones de la postura el 19% presentó una postura totalmente normal el 71% presenta una huella plantar no normal y el 29% presenta una huella plantar dentro de los parámetros de la normalidad llegando a la conclusión que existe una alta tasa de postura normal incluyendo los problemas de cifosis escoliosis y a su vez la combinación con escoliosis y huella plantar no normal especialmente en adolescentes menores de 17 años aunque estadísticamente la inferencia no es contundente.

Para Gonzales et al¹⁹ en el mismo año tuvieron como objetivo relacionar de la postura corporal con las maloclusiones en adolescentes de un área de salud Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 120 adolescentes de 16 a 18 años de edad, asistidos en la Clínica Estomatológica del Policlínico de Santiago de Cuba, en la serie sobresalieron las maloclusiones clase I, II y III con 53,3 % de sus integrantes, de los cuales un igual porcentaje presentó postura frontal simétrica y el resto, asimétrica (21,4 % hacia la derecha y 28,6 % hacia la izquierda). Se concluyó que en los adolescentes examinados predominaban las anomalías de las oclusiones transversales y las alteraciones en los planos frontales; además existieron evidencias suficientes para afirmar que la asociación entre las maloclusiones y la postura corporal era estadísticamente significativa.

Seguidamente Ana Marchena-Rodríguez et al²⁰, tuvo como objetivo determinar la asociación, si la hubiera, entre la postura del pie y las maloclusiones dentales en el plano anteroposterior, en niños. La población de estudio estuvo constituida por 189 niños (95 niños y 94 niñas) de 6 a 9 años. Este análisis observacional, descriptivo y transversal se basa en una población de estudio (STROBE). Personal calificado realizó un examen podológico y dental de cada niño, registrando el ángulo de Clarke y el índice de postura del pie (FPI) como medida de resultados en los pies, así como las maloclusiones dentales, según la clasificación de Angle. Se observó una correlación significativa para las puntuaciones FPI (para pie derecho) y el ángulo de Clarke (para pie derecho), en relación con las maloclusiones dentales determinadas por la clasificación de Angle ($p < 0,001$). Del total de pies en supinación analizados, el 38,46% eran

Clase II según la clasificación de Angle y ninguno Clase III. De los pies en pronación, el 48,57% eran Clase III, el 42,85% Clase I y el 8,57% Clase II. El ángulo de Clarke disminuye con la progresión de la Clase I a la III, mientras que el FPI aumenta con la progresión de la Clase I a la III. Estos hallazgos sugieren que existe una relación entre el ángulo de Clarke y el FPI, por un lado, y la maloclusión dental por el otro.

Para Angle, la clasificación de maloclusión en los años aproximadamente de 1899 es retomada por la organización mundial de la salud como un problema de la sanidad bucal extremadamente frecuente altamente correlacionado con las caries dentales y las enfermedades periodontales²¹.

Para el caso de la maloclusión de tipo I está se prioriza en una correlación que se da a nivel de la zona anterior y posterior del primer molar de adulto en dónde se caracteriza porque la cúspide mesiovestibular del primer molar ocluye en el surco vestibular del primer molar del maxilar inferior²².

Para el caso del tipo II, se da cuando la arcada dentaria inferior es posterior (se encuentra más hacia la parte de atrás de la boca) que la superior. En esta maloclusión, los dientes frontales superiores y el maxilar se proyectan más hacia adelante que los dientes inferiores y la mandíbula²³.

En el caso del tipo III, el surco vestibular del primer molar inferior permanente, está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente²⁴.

En otro sentido la buena postura que presente un paciente repercute en mantener una alineación de las diferentes partes corporales con la utilización de una energía limitada que conlleva a una menor contracción del tejido muscular para que pueda realizar la biomecánica tanto del punto de vista esquelético como del punto de vista neuromuscular²⁵. En ese sentido las personas toman una posición y una actitud incorrecta de acuerdo a los agentes mencionados del sistema muscular las cuales no van a laborar de manera normal y sinérgica sino en su contraparte va a producir alteraciones a nivel del tejido o sea que van a con llevar a alteraciones de forma de la postura tanto a nivel cefálico como a nivel de la cara y del cráneo respectivamente²⁶.

El posicionamiento del cráneo en función a la parte del cuello y la mandíbula están bajo la influencia de un eje neurológico y muscular que existe en forma de equilibrio donde diversos agentes pueden relacionar las posturas de ambas estructuras como los conforman los diferentes hábitos orales que pueden tener los pacientes debido a la correlación tanto funcional como anatómica de las estructuras de las piezas dentales y de las estructuras faciales y a su vez de la columna cervical está puede modificar la posición postural que presentan los pacientes y en ese sentido existe indicios que afirman una relación entre la postura cráneo-cervical y la patología de las maloclusiones como resultados de diferentes investigaciones que tienen como objetivo tratar de probar está hipótesis que indica que no existe relación entre las alteraciones posturales y la maloclusión que se da a nivel de la zona cervical de cada paciente²⁷ .

La postura inadecuada es acompañada por un posicionamiento anormal de la cabeza. Los arcos dentales también pueden sufrir deformaciones causadas de las presiones anormales por las presiones anormales de postura al dormir o sentarse, siendo más frecuente el hábito de dormir con el rostro apoyado sobre la mano, sobre el antebrazo y el uso de almohadas²⁸.

Las diferentes alteraciones estructurales generadas por afectación de los contactos oclusales tienen la posibilidad de generar cambios con respecto al tono de los músculos que realizan una función masticatoria y como consecuencia de ello la alteración de los movimientos tanto de protrusión de la mandíbula cómo de retrusión de este mismo tejido óseo en correlación con el maxilar superior En otras palabras esto puede generar maloclusiones de tipo ii o de tipo iii de acuerdo a la clasificación de angle²⁹.

La escoliosis es una deformidad de la columna que se presenta como una curva estructural que determina un grado variable de deformidad del tronco³⁰.

La cifosis es el incremento de la convexidad posterior del raquis dorsal, o aparición de una curvatura de convexidad posterior en la región lumbar o cervical³¹.

La lordosis lumbar es un componente postural clave que ha interesado tanto a los médicos como a los investigadores durante muchos años. A pesar de su

amplio uso en la evaluación de anomalías posturales, sigue habiendo muchas preguntas sin respuesta con respecto a las mediciones de la lordosis lumbar³².

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Fue una investigación básica³³. Ya que busco mejorar y ampliar el conocimiento que existe a nivel local respecto a la relación entre la patología conocida como maloclusión y las posturas que pueden presentar los pacientes, esta investigación de esta manera busca mejorar y contribuir con la calidad de vida que presentan estos pacientes infantiles y adolescentes a nivel de Piura³⁴.

Diseño de investigación: El diseño fue no experimental, porque permitió identificar y cuantificar las medidas de la postura y relacionarlas con la maloclusión de cada paciente, sin manipular deliberadamente estas variables; descriptivo porque se observa y se describen las variables; transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento y correlacional porque se midieron dos variables³⁵.

3.2. Variables y operacionalización

Maloclusión dental (cualitativa - dependiente)

- **Definición conceptual:** La maloclusión dental es el mal alineamiento de las piezas dentales y en la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí, basado en la clasificación de Angle³⁶.
- **Definición operacional:** Para la presente investigación se aplicó una ficha de recolección de datos de maloclusiones dentales.
- **Indicadores:** Dentro de estos tenemos, la maloclusión Clase I: Hace referencia a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior, hace relación en el surco vestibular del primer molar inferior. Clase II: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye anterior al surco bucal del primer molar inferior. Clase III: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye más posterior que el surco bucal del primer molar inferior³⁷.
- **Escala de medición:** ordinal.

Postura corporal (cuantitativa - independiente)

- **Definición conceptual:** La postura corporal, es la actividad que es adoptada por el cuerpo, mediante el apoyo durante la inactividad muscular o por medio de la acción de manera coordinada con la zona muscular para mantener la estabilidad o para asumir en base esencial la capacidad adaptativa del movimiento que tiende a realizar³⁸.
- **Definición operacional:** Para esta investigación se realizó con una ficha de recolección de datos donde se midió la altura de los hombros, cresta iliaca y de las manos con el uso de una plomada y tallímetro en un plano frontal si existía simetría fue con un rango de más-menos 2 centímetros, luego en un plano posterior, palpamos la columna cervical y la zona lumbar, los talones debieron estar manera paralela, se consideró simétrica si las vértebras al palpar estaban de manera recta y asimétrica si a la palpación existía una desviación de las vértebras, por otro lado en una posición sagital se consideró que, si al pasar la línea de la plomada por meato auditivo externo por articulación del hombro es recta los valores son simétricos, de lo contrario asimétricos si no coinciden, en el plano sagital la distancia es la correcta similitud de más o menos 2 cm, incorrecta es que supera los 2 centímetro ³⁹.
- **Indicadores:**
Plano frontal, la línea de caída de plomada que pasa por el vértex, hombros y cadera, plano posterior la palpación pasa por columna cervical, dorsal, lumbar, cintura escapular y pélvica paralelas y simétricas. Plano sagital es la línea de caída de plomada que pasa por el vertex, sincondrosis esfeno-occipital, conducto auditivo externo, articulación del hombro, articulación coxofemoral, centro de la rodilla y a través de la articulación calcáneo cuboide.
- **Escala de medición:** nominal.

3.3. Población, muestra y muestreo

Población:

Estuvo constituida por 110 niños y adolescentes de 8 a 16 años que acudieron al centro odontológico privado de Piura entre las fechas del 4 al 25 de febrero del año 2022.

- **Criterios de inclusión:** se consideró a niños con presencia de primeros molares superiores e inferiores, niños cuyos padres autorizaron y aceptaron que sus hijos participen del trabajo de investigación, niños sin patologías mental ni físicas.
- **Criterios de Exclusión:** Para una eficiente evaluación se consideró no tener en cuenta a niños que consumen alcohol, niños que consumen bebidas energizantes y niños con tratamiento de ortodoncia.

Muestra:

La muestra fue 110 la misma que la población para este estudio.

Muestreo:

El muestreo de esta investigación fue por conveniencia.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la investigación la técnica fue la observación⁴⁰. Y en el caso del instrumento fue una ficha de recolección de datos sobre el examen estomatológico⁴¹. y las posturas⁴¹⁻¹ de los niños y adolescentes.

El examen estomatológico consta de una ficha donde se coloca la fecha en la cual se realizó el estudio plasmado en día, mes y año, se le colocó el número de ficha, tenía las variables de sexo, edad y la clasificación de Angle a la que pertenecía

Maloclusión clase I de angle relación molar normal, pero la línea de la oclusión incorrecta por malposición dentaria, rotaciones u otras causas.

Maloclusión clase II de Angle, molar inferior posicionada distalmente en relación a la molar superior, con línea de la oclusión incorrecta.

Maloclusión clase III de Angle, molar inferior posicionada mesialmente en relación a la molar superior con línea de la oclusión incorrecta.

Y una segunda ficha fue para evaluar las posturas donde se ubicaron los tres planos frontal, posterior y sagital. En el plano frontal medimos la Simetría en la altura de hombros. - Simetría en la altura de caderas (cresta ilíaca anterosuperior) - Simetría en la altura de dedos medios. Consideramos normal un rango de ± 2 cm. En el plano posterior a la palpación de la columna cervical, dorsal, lumbar si es recto simétrico y si hay desviación asimétrica y en el plano sagital consideramos correcto cuando, la línea de plomada pasa por el vertex, meato auditivo externo, articulación del hombro, con la plomada y la cinta métrica, se evaluó la distancia de la parte más profunda del cuello y de la parte más cóncava de la espalda. Normal si hay una similitud de medidas con un rango de ± 2 cm, se consideró una postura corporal correcta sólo cuando los planos cumplen como correcta

Se realizó una prueba piloto por dos razones, primero para ensayar la eficacia y pertinencia de los instrumentos y segundo para probar la confiabilidad en cuanto a los objetivos en esta prueba piloto ambas examinadoras se calibraron de la siguiente manera. Primero se tuvo una reunión con el especialista en ortodoncia el cual nos dio una charla de adiestramiento sobre maloclusiones de Angle I, II y III, posteriormente se evaluó a 30 pacientes niños y adolescentes, para establecer la prueba de concordancia de Kappa de Cohen, obteniendo valores superiores a 80% entre el especialista y la investigadora, para poder evaluar la clasificación de Angle y para la calibración de postura corporal, se realizó un adiestramiento por parte del médico traumatólogo, quien nos enseñó cómo se tomaban las medidas tanto en plano frontal, posterior como de perfil en nuestra ficha de recolección, para las medidas vértex, talón, cintura escapular talón, cintura pélvica talón, y de acuerdo a los resultados se clasificaba en asimétrico o simétrico, para las mediciones corporales tanto derechas como izquierdas, luego de la capacitación, se evaluó a 30 pacientes, para establecer la prueba de Correlación interclase teniendo en cuenta su nivel de significancia a sintónica para establecer la relación entre las medidas del especialista y la investigadora, obteniendo valores mayores a 80% de la correlación y con nivel asintónico menores a 5% para establecer la calibración.

3.5. Procedimientos

Se solicitó permiso a la gerente de la clínica odontopediátrica de Piura, enviándole una carta simple con los datos de los Investigadores dirigidos a la gerente, la Sra. Verónica Agüero. Quien firmó el consentimiento informado general para la ejecución del levantamiento de datos. Luego programamos una reunión de aproximadamente 30 minutos para poder exponerle la parte teórica y práctica, y poder acceder a los niños, para lo cual, se le dio la explicación del trabajo a los apoderados y se firmó el consentimiento y asentimiento informado.

Para la recolección de los datos se realizó previamente una calibración de 20 minutos por parte de la investigadora para evitar los errores entre los observadores y poder mantener una mejor precisión de la técnica para ello se realizaron las medidas con la plomada, palpación y la clasificación de Angle, espejo, retractor bucal posteriormente estos índices se valoraron con el estadístico de kappa estos fueron valores superiores al 80% por otro lado se procedió a la toma de los datos teniendo en consideración que las investigaciones realizaron una calibración con los especialistas en traumatología y la evaluación postural asimismo tendrán las investigadoras un conjunto de capacitaciones y calibraciones por parte de un ortodoncista y traumatólogo

Para la técnica e instrumento de recolección se empleó una ficha basada en maloclusión y otro instrumento basado en la postura en el caso de la maloclusión la evaluación clínica se efectuó con los niños recostados en un sillón dental para evitar los movimientos de la cabeza y las alteraciones esto nos tomó 5 minutos, a nivel diagnóstico de las maloclusiones se realizó de acuerdo a la clasificación de Angle como criterio para determinar la presencia de maloclusiones se consideró según la clasificación de angle en tipo I tipo II y tipo III. Por otro lado, el examen de postura corporal, se realizó con ropa de deporte y los pies descalzos utilizando un tallmetro con la ayuda de una plomada lo cual nos tomó 7 minutos, las observaciones se realizaron teniendo en cuenta el eje vertical del cuerpo en los planos frontales y perfiles caso de los planos frontal ubicamos los a los alumnos enfrente y medimos las asimetrías de los hombros y de las caderas a nivel de la cresta ilíaca.

3.6. Método de análisis de datos

Para establecer los datos de la maloclusión, se estableció un análisis de estadística descriptiva, que contiene datos sobre los valores reales y sus respectivos porcentajes, Para el caso de postura corporal se realizó también un análisis descriptivo teniendo en cuenta sus valores reales y sus porcentajes para establecer la Relación entre maloclusiones dentales y postura corporal en niños y adolescentes en una clínica dental de Piura -2022, se realizó una prueba no para métrica de Chi cuadrada de Pearson, teniendo en cuenta que para que existe relación se tomó en cuenta la significancia asintónica, menor a 0.05, en caso sea superior de desestima la relación.

Para el caso del sexo se estableció un análisis de estadística descriptiva, que contiene datos sobre los valores reales y sus respectivos porcentajes. Y en el caso de la inferencia se utilizó la estadística no para métrica, para la prueba de Chi cuadrada de Pearson con un valor a sintónico menor a 0.05.

En el caso de la edad, se realizó un análisis de normalidad, teniendo en cuenta que el grupo muestral ($n= 110$) es grande, se realizó la prueba de Kolmorov Smirnov modificado por lilliford, teniendo en cuenta que el valor asintónico fue de 0.00, motivo por el cual se concluye que la variable es no normal. Posteriormente para su análisis de correlación se estableció la prueba no para métrica de Rho Spearman, teniendo en cuenta su valor de correlación con las variables cualitativas (0-100%) y teniendo en cuenta su valor a sintónico para establecer la significancia de la correlación con valores máximos de 0.05.

3.7 Aspectos éticos

Esto se fundamenta en la utilización de los principios éticos como en el caso de la autonomía el cual se fundamenta en la utilización por escrito del consentimiento y de su representante posteriormente se respetó el principio de justicia el cual es avalado por la universidad y no se realizó ninguna discriminación de los pacientes posteriormente también se utilizó el criterio de no maleficencia es decir que estas personas no representaron ningún tipo de efecto secundario ni tampoco ningún tipo de discriminación y el principio de

beneficencia teniendo en cuenta los estándares de odontopediatría en donde todo paciente recibió una atención con calidad y calidez respectivamente⁴¹⁻².

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Relación entre la maloclusión dental y la postura en niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022

			Maloclusión		Total	p
			Tipo I	Tipo II		
Postura	Simétrica	N	22	32	54	0.217
		%	20,0	29,1	49,1	
	_____	N	28	28	56	
	Asimétrica a	%	25,5	25,5	50,9	
		N	50	60	110	
Total		%	45,5	54,5	100,0	

Nota: prueba de chi cuadrada de Pearson estableciéndose un valor de 0.22 por lo cual no existe relación entre ambas variables

En la tabla número 1 podemos observar la clasificación de Angle En dónde se establece que el 54.5% presenta una clasificación de tipo 2 y en cuanto al tipo 1 se presenta en el 45.5% por otro lado hacer el cálculo de las actitudes posturales que presenta tanto para las diferencias en centímetros de la cintura escapular y pélvica se observa que los pacientes niños y adolescentes fueron simétricos en el 49.1% y estuvieron en el rango de la asimetría en una de las posturas en el 50.9% la relación estadística para la prueba no paramétrica se establece a través de la prueba cuadrada de Pearson estableciéndose un valor de 0.22 por lo cual no existe relación entre ambas variables.

Tabla 2. Tipo de maloclusión de acuerdo con la clasificación de Angle para el género de una clínica dental de Piura-2022.

			Tipo de maloclusión		Total	P
			Tipo I	Tipo II		
género (agrupado)	Femenino	N	24	27	51	0.451
		%	21,8	24,5	46,4	
	Masculino	N	26	33	59	
		%	23,6	30,0	53,6	
Total	N	50	60	110		
	%	45,5	54,5	100,0		

Nota: prueba de chi cuadrado de Pearson por un valor de 0.45.

Para el caso de la tabla número 2 sobre el sexo y la clasificación de Angle observamos que los pacientes adolescentes y niños de sexo femenino representan el 46.4 en el caso del sexo masculino el 53.6 por otro lado la clasificación de Angle tipo 1 predomina en el sexo masculino con 23.6 y la clasificación de Angle para el sexo masculino representa el 30 para el tipo 2 ambas variables son independientes entre sí para la prueba de chi cuadrado de Pearson por un valor de 0.45.

TABLA 3. Tipo de maloclusión dental de acuerdo con la clasificación de angle según su edad de una clínica dental de Piura-2022.

Edad	Tipo de maloclusión				Total n	p valor	p global	Rho	p Correlación
	Tipo I n	%	Tipo II n	%					
10	24	22%	0	0%	24	22%	0.00		
11	0	0%	30	27%	30	27%	0.00		
12	0	0%	18	16%	18	16%	0.00	0.00	8.60%
13	26	24%	12	11%	38	35%	0.00		0.369
Total	50	45%	60	55%	110	100%			

Nota: Prueba de Chi cuadrada de Pearson (p=0.00)

Para la edad, encontramos los pacientes de 10 años, está presente el 22%, para las edades de 11 años las edades oscilan en el 27% para la clasificación de angle II, y 0% para la clasificación angle I y para los pacientes de 12 años, esta presenta para el tipo I en el 0% y para el tipo II 16%, para la edad de 13 años oscilan el 24% para el tipo I y 11% para el tipo II. Para el análisis inferencial, existe relación entre la clasificación de angle y la edad ($p < 0.00$) y también para los casos individuales de las edades con la clasificación de angle. Para la correlación, solo existe un correlato que explica el 8.6% ($p > 0.05$) siendo no significativo, en vista que son variables tratadas cualitativamente y no normales.

Tabla 4. Problemas de postura corporal en niños y adolescentes en una clínica dental de Piura según su edad.

Edad	Problema de postura corporal				p individual	p	Rho	p correlación
	Simétrica		Asimétrica					
	N	%	n	%				
10	14	13%	10	9%	0.31			
11	16	15%	14	13%	0.59			
12	10	9%	8	7%	0.55	0.108	17.70%	0.064
13	14	13%	24	22%	0.06			
Total	54	49%	56	51%				

Nota: Prueba de chi cuadrada de Pearson ($p > 0.05$)

Con respecto a la edad los pacientes de 10 años presentan 13% de actitud simétrica y 9% de actitud asimétrica para la edad los pacientes de 11 años presentan 15% de actitud simétrica y 13% de actitud asimétrica, en el caso de las edades de 12 años presentan 9% de actitud simétrica y 7% de actitud asimétrica, la edad los pacientes de 13 años presentan 13% de actitud simétrica y 22% de actitud asimétrica. En el caso de la correlación no para métrica, el valor es de 17.7% entre la edad y las posturas, por lo cual presenten una correlación escasa entre ambas variables. Ambas variables son independientes entre sí para la Correlación y Chi cuadrada de Pearson.

Tabla 5. Problemas de postura a en niños y adolescentes en una clínica dental de Piura-2022 según su género.

			Postura corporal		Total	p
			Simétrica	Asimétrica		
Género (agrupado)	Femenino	N	26	25	51	0.430
		%	23,6	22,7	46,4	
	Masculino	N	28	31	59	
		%	25,5	28,2	53,6	
Total		N	54	56	110	
			49,1	50,9	100,0	

Nota: prueba de chi cuadrado de Pearson por un valor de 0.40´

En la tabla número 5 se observa el sexo con la actitud postular observándose que el sexo femenino presenta principalmente una actitud postural asimétrica en el 22.7% y el sexo masculino presentando una actitud asimétrica en el 28.2% para ambos valores no existe relación estadística en vista que el valor de la significancia a sintónica está presente en un valor de 0.43. por lo cual ambas variables son independientes entre sí.

V.DISCUSIÓN

Al determinar la relación entre la maloclusión dental y la postura corporal en niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022 nos damos cuenta que nuestros resultados presentan maloclusiones de tipo I en el 45.5% y maloclusiones de tipo II en el 54.5% respectivamente sin embargo, a realizar comparaciones con respecto a los antecedentes, obtenemos que en el trabajo de Elaine Fernández Pérez¹; Diana Rosa Mena Madrazo²; Nurys Mercedes Batista González³; Leslie de Armas Gallego⁴, las maloclusiones están presentes en el 75% de la muestra sin embargo, el 50% presenta tipo II con lo cual ambos trabajos presenta una concordancia con respecto a sus porcentajes. Pero, por otro lado, la perspectiva cubana de Perla Pacheco Morfi¹, Alejandro Pérez capote¹, Ana Laura Taillacq¹, Clotilde de la Claridad Mora Perez¹, menciona que el tipo II es de 44% en este sentido, es un porcentaje e indicador menor de maloclusiones tipo II con respecto al trabajo presentado, por lo cual, ambas perspectivas son discrepantes con respecto al diagnóstico de maloclusión. En el caso del trabajo de Laskowska¹, D Olczak-Kowalczyk², M Zadurska¹, J Czubak³, M CzubakWrzosek⁴, Walerzak¹, Tyrakowski⁴, encontramos que las maloclusiones presentan una mayor incidencia en el 63.8% para tipo I y 37.7 por ciento para tipo II generando discrepancias con respecto a nuestros resultados, debido a que la maloclusión tipo I es inferior a los datos encontrados por el estudio y para el caso del tipo II nuestro está en el 50% de los resultados, por lo que este estudio entraría en divergencia con respecto a los diagnósticos de maloclusión establecidos, sin embargo, para la realidad de Perla Margarita Pacheco Morffi¹ Cynthia Bernal Alba², Melissa Villavicencio Nerey³ en el año 2018 establece que el 43% presenta una distribución de tipo I y 35 por ciento de ellos presenta una distribución ilusión de tipo II y 22.4% presenta una distribución de tipo III para los pacientes infantes, todos estos resultados acontecen de manera divergente a nuestra investigación en donde el 100% oscila entre el tipo I y tipo II, por lo tanto el tipo III no tiene ningún resultado dentro de nuestra investigación dejando en claro la divergencia de los resultados con respecto al trabajo de Perla Margarita Pacheco Morffi¹ Cynthia Bernal Alba², Melissa Villavicencio Nerey³; asimismo, la realidad de Danay Morgado Serafin¹ en su investigación establece que el 51% de los pacientes presenta el tipo I, lo cual es bastante similar a nuestro trabajo

encontrándose esta clasificación en el en el 45%, de igual forma, el diagnóstico de la clase tipo III si es divergente para ambos trabajos estableciéndose que el 50% de sus infantes, presentaban este tipo de diagnóstico en consecuencia, al revisar los resultados en nuestra investigación estos difieren, ya que no se encontraron datos para los niños evaluados en el estudio. En otro trabajo de investigación, en el caso de Inquilla Apaza¹; Tania Carola Padilla Cáceres² , Sonia Caroll Macedo Valdivia² ; Nedy Hilari Olaguivel³ el 100% se distribuye dentro del tipo II y III, repartiéndose proporcionalmente ambos tipos de diagnóstico de maloclusiones, con lo cual estarían divergentes los resultados debido a que el tipo II solamente representan el 54.5% y en el caso del tipo III no se presentan coincidencias con algún caso, por lo que este tipo de trabajo es no convergente. De la misma forma, con respecto a la realidad en el caso de Marchena Rodríguez¹, Ana Jose² establece que el 38% de la clase II y 0% era clase III, en ese sentido, los datos son divergentes a los resultados encontrados por el estudio, estableciéndose que el 45.5% presenta clase I y el 54.5% presenta clase II y el 0% presenta clase III, por lo que existe divergencia al desarrollarse los diagnósticos respectivamente.

En otro contexto de las variables estudiadas, encontramos que las posturas simétricas de acuerdo a la evaluación de la columna vertebral se encuentra de manera simétrica en el 49.1% y de manera asimétrica en el 50.9%, estos resultados son importantes, y se observan divergencias serias con respecto a la perspectiva del estudio de Elaine Fernández Pérez¹; Diana Rosa Mena Madrazo²; Nurys Mercedes Batista González³, quién establece que el 22% de los infantes presentarán algún tipo de trastorno especialmente dentro de los diagnósticos de asimetría, como se representa a las escoliosis y deformaciones sin embargo, estos resultados son inferiores a lo encontrado en nuestra investigación, estableciéndose mayor cantidad de asimetrías en cuanto a los niños evaluados en el estudio. Así mismo, la perspectiva de Perla Pacheco Morfi ¹, Alejandro Pérez capote ¹, Ana Laura Taillacq ¹, Clotilde de la Claridad Mora Perez ¹, al evaluar que las alteraciones de la columna estuvieron presentes en una asimetría del 29%, de los cuáles presentan un valor inferior a los resultados de la presente investigación, por la cual ambas investigaciones difieren entre sí, empero el autor

Sambataro ¹, Salvatore Bocchieri ¹, Gabriele Cervino ¹, Rosario La Bruna ², Alessandra Cicciù ¹, Marcella Innorta ³, Benedetto Torrisi ⁴, Marco Cicciù ¹ en el año 2019 establece que el 63% de su población infantil presentó alteraciones de la columna, lo cual difiere en un valor muy superior, a lo encontrado por nuestros estudios donde la asimetría a nivel de la columna deberá estar presente en el 50.9% de los infantes, encontrando datos inferiores a lo establecido por Sambataro pero por otro lado, se establece en otro estudio de Laskowska ¹, D Olczak-Kowalczyk ², M Zadurska ¹, J Czubak ³, M CzubakWrzosek ⁴, Walerzak ¹, que las asimetrías encontradas a nivel de la columna estuvieron presentes en el 76% con lo cual también es un valor superior a lo encontrado por nuestra investigación, donde se establece que la postura asimétrica está presente en el 50.9% encontrando divergencia para ambos trabajos con un diferencial superior para el trabajo de este autor Laskowska ¹, D Olczak-Kowalczyk ², M Zadurska ¹, J Czubak ³, M Czubak-Wrzosek ⁴, Walerzak ¹, pero, en el caso de Perla Margarita Pacheco Morffi ¹ Cynthia Bernal Alba ², Melissa Villavicencio Nerey ³ las asimetrías están presentes solo en el 35%, lo cual representa un porcentaje bajo para lo encontrado con nuestra investigación, hallando discrepancias con respecto a ambos resultados, esto puede ser bastante variable, de acuerdo a la perspectiva del desarrollo de la columna de cada infante evaluado, por otro lado, el 50% de los niños identificados para el estudio dentro del contexto del trabajo de Danay Morgado Serafin ¹, establece que encuentran asimetrías con lo cual es similar a los estudios realizados encontrando que las posturas asimétricas y que están presentes en el 50.9% y para el caso del estudio de Inquilla Apaza ¹; Tania Carola Padilla Cáceres ², Sonia Carroll Macedo Valdivia ², en el año 2018, se evalúan estas alteraciones de las posturas de los infantes, las cuales se presentan en el 81% del total de la población, encontrándose un valor superior a nuestros resultados, encontrando que los diagnósticos de asimetrías que se ubican en el 50.9%, esto puede deberse a que la población que se en que se realizó el estudio, en marca mayores problemas con la cifosis y escoliosis entre otros alteraciones de los niños y adolescentes evaluados a nivel de nuestra región.

En cuanto al género, establecemos que el estudio presenta niños y adolescentes de sexo masculino en el 53.6% y niñas y adolescentes del sexo femenino en el

46.4% de estos estudios, observamos que el sexo presenta variaciones con respecto a los diagnósticos de maloclusión y de asimetría estableciéndose por ejemplo en el trabajo de Danay Morgado Serafin¹, que el sexo femenino representa el 56% y el masculino representa el 44% respectivamente, encontrándose una brecha a favor de las mujeres sin embargo, comparado con ese trabajo este es divergente, con respecto a los resultados encontrándose mayor cantidad de niños, en el caso del trabajo de Marchena Rodríguez¹ y Ana Morales² con estudio de maloclusión y postura, se encuentra un porcentaje levemente alto de los niños de 95 versus 94 niños estudiados, por lo cual establece un 51% a favor del sexo masculino y 49% a favor del sexo femenino, encontrándose concordancia con respecto a los resultados de nuestra investigación, sin embargo en el resto de autores, no evaluaron el sexo para establecer las posturas y la maloclusión.

Con respecto a la edad, observamos que el estudio principalmente evalúa a niños de 13 años en el 35%, 11 años en el 27%, 10 años en el 22% y 12 años en el 16%, siendo estos independientes a la maloclusión en las posturas de la columna vertebral de los infantes y adolescentes de nuestra región, en ese sentido, tenemos que mencionar los trabajos de Elaine Fernández Pérez¹; Diana Rosa Mena Madrazo²; Nurys Mercedes Batista González³ en donde la edad principal en el 100% de los datos se establece en menos de 12 años representando el 100% para lo cual difiere en nuestra investigación ya que también se incluyó a niño de 13 años. Por otro lado, en la perspectiva de Perla Pacheco Morfi¹, Alejandro Pérez capote¹, Ana Laura Taillacq¹, Clotilde de la Claridad Mora Perez¹, se observa que el promedio de la edad es de 11 años en el 43%, siendo contradictoria estos resultados, debido a que el estudio enmarca que el niño de 11 años representa el 27% principalmente y nuestros resultados establecen que la mayor densidad de datos es para niños de 13 años, por lo cual ambos estudios divergen con respecto a la edad. Para el caso de Sambataro¹, Salvatore Bocchieri¹, Gabriele Cervino¹, Rosario La Bruna², Alessandra Cicciù¹, este autor no hace referencia a la edad de los menores, así como el caso de Laskowska¹, D Olczak-Kowalczyk², M Zadurska¹, J Czubak³, M Czubak-Wrzosek⁴, Walerzak¹, Perla Margarita Pacheco Morffi¹ Cynthia Bernal Alba², Melissa Villavicencio Nerey³ e , sin embargo, Marchena Rodríguez¹ y de Inquilla Apaza¹; Tania

Carola Padilla Cáceres² , Sonia Caroll Macedo Valdivia² ; Nedy Hilari Olaguivel³ establecen su estudio que los niños principalmente oscilaron de los 6 a 9 años en el 100% de los casos para lo cual es diferente a los resultados encontrados en nuestra investigación donde los niños oscilan de 10 a los 13 años respectivamente, por lo cual se encuentran divergencia en cuanto la clasificación de los niños de acuerdo a la edad, teniendo en cuenta que los desarrollos posturales se correlacionan con las posturas asimétricas y también con el desarrollo de maloclusiones por lo cual es una variable muy importante que se debe tener en cuenta.

Respecto relaciones estadísticas de la maloclusión y las posturas simétricas observamos que estas son independientes entre sí así mismo la relación con el género con maloclusión y postura son simétricas, éstas también mostraron independencia al igual que la edad; y en ese sentido hay que destacar, que los trabajos de Elaine Fernández Pérez¹; Diana Rosa Mena Madrazo²; Nurys Mercedes Batista González³ establecen que existe una asociación entre la maloclusión y las asimetrías que se encuentran a nivel de la columna vertebral, especialmente con la tipo II, con lo cual muestra una relación que se diferencia a nuestro trabajo, en igual sentido, el trabajo de investigación de Perla Pacheco Morfi ¹, Alejandro Pérez capote ¹, Ana Laura Taillacq ¹, Clotilde de la Claridad Mora Perez ¹, representa una investigación caribeña, y menciona todo lo contrario, es decir que no existe una relación entre la maloclusión y las posturas cervicales que pueden tener los infantes y adolescentes, teniendo en cuenta que su grupo muestral es mucho más amplio con 127 infantes y por otro lado Sambataro ¹, Salvatore Bocchieri¹, Gabriele Cervino¹, Rosario La Bruna², Alessandra Cicciù¹, Marcella Innorta³, Benedetto Torrisi⁴, Marco Cicciù¹ en el año 2019 establece que no existe una relación clara con respecto a las variables estudiadas por tanto, este es coincidente con nuestro estudio; asimismo, para el caso de Laskowka encuentra que la maloclusión mantuvo una relación estadística entre las posturas simétricas, por lo cual los resultados son convergente con nuestra investigación. En caso de la investigación de Bernal, establece que existe una correlación con respecto a las asimetrías en la columna con la clasificación de la maloclusion, con lo cual entró en contradicción con los resultados establecidos sin embargo, para el caso de Morgano no se encontró

una relación clara y tampoco evidencia estadística suficiente para establecer el correlato entre las maloclusiones y la alteración de la postura, lo cual es coherente con lo establecido por Inquilla Apaza¹; Tania Carola Padilla Cáceres², Sonia Caroll Macedo Valdivia² y Elaine Fernández Pérez¹; Diana Rosa Mena Madrazo²; Nurys Mercedes Batista González³ y también en el caso de González Lubia¹, todo lo cual es contradicho por Marchena Rodríguez¹, Ana Morales² que sí establece una correlación entre ambas variables, por lo que existen estudios que apoyan la relación estadística entre la maloclusión y la postura cervical simétrica y existen otras investigaciones que mencionan lo contrario, por la cual ambas variables son bastante controversiales al momento de realizar su correlato, lo cual va a depender muchas veces de la cantidad de muestra la simetría al momento de elegir los controles tanto para la clasificación tipo I, tipo II, y tipo III y también de que existen diferentes tipos de asimetría que produce sesgo al momento de elegir a los pacientes teniendo en cuenta que existen muchas enfermedades de la columna vertebral que pueden generar problemas al momento de establecer una correlación como maloclusión.

VI. CONCLUSIONES

- 1.** No existe Relación entre maloclusión y posturas corporales en niños y adolescentes de una clínica dental en Piura-2022.
- 2.** El tipo de maloclusión más frecuente de acuerdo a la clasificación de Angle para el género se estableció la clasificación tipo II con un poco más de la mitad siendo los varones la mayor cantidad de muestra en comparación con el género femenino que fue un poco menos de la mitad
- 3.** La edad para los niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022 más prevalente fue de 13 años en el 35% de los casos y es independiente del tipo de maloclusión dental de acuerdo con la clasificación de Angle.
- 4.** Respecto a la postura en los niños y adolescentes de una clínica dental de Piura-2022 presentan una postura asimétrica en un poco más de la mitad de los niños y adolescentes atendidos según la edad.

VII. RECOMENDACIONES

Se debe fomentar mayores investigaciones con respecto a la maloclusión y a las posturas simétricas por parte de los estudiantes de la universidad César Vallejo teniendo en consideración grupos multicéntricos y diagnóstico de asimetría.

A la dueña de la clínica odontopediátrica dental de Piura hacer reuniones y comparta la investigación con sus clínicos poder poner mayor énfasis en las consultas respecto a las maloclusiones y posturas.

Se recomienda al director de la escuela de estomatología poder realizar el fomento de investigaciones en torno a maloclusión y posturas asimétricas con especial atención a los docentes de metodología investigación y tesis.

Se recomienda los padres de los niños detectados con maloclusiones que puedan ser atendidos y derivados con el especialista de ortodoncia para que pueda mejorar la calidad de vida de los mismos asimismo también se recomienda la interconsulta con traumatología y ortopedia para que pueda mejorar los aspectos de las posturas y éstas sean más simétricas con controles hasta antes de la mayoría de edad.

Compartir los resultados a la directora de escuela y profesores del curso de ortodoncia para que se puedan discutir los resultados en clase y puedan mejorar el nivel de conocimiento del alumnado de la universidad César Vallejo.

REFERENCIAS

1. Gabriela Alejandra Lazo Meneses 2411-8826 RPI. PROBLEMÁTICA ACTUAL EN SALUD BUCAL EN EL PERÚ. [Online]; 2017. Disponible en: http://scientiarvm.org/cache/archivos/PDF_863204751.pdf.
2. Sively mercado1a lmjm,rt1. issn (impreso): 1812 - 7886 issn (digital): 2410-2717. [online]; kiru. 2018 abr-jun; 15(2): 94 - 98. acceso 15] de 2018de 2018. disponible en: <https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1324-4400-1-pb.pdf>
3. Maged sultan alhammadi 1,2eh,3msf,4,5al,4yces6. dental press journal orthodontic. [online]; 2010. acceso 23] de 11de 2018. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30672991/>.
4. Mónica Zapata-Dávalos 1 aALT1SAR1. KIRU. 2014 Ene-Jun;11(1):16-24. [Online]; 2014. Disponible en: https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf.
5. María Talley Millán, Mario takagiri, heroldo perez. [Online]; 2007. Acceso 11] de 07de 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-199X2007000400175&script=sci_arttext.
6. huaripaucar emh. universidad nacional mayor de san marcos fundada en 1551. [online]; 2004. disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3137/hernandez_he.pdf?sequence=1&isallowed=y.
7. Arón aliaga-del castillo mamvradc . maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la amazonia de ucajali, Perú. [online]; 2011. acceso 11] de 2011de 2010. disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n1/a14v28n1.pdf>.
8. Clinica san juan de dios. [Online]. Disponible en: <https://sanjuandedios.pe/clinicapiura/>.

9. Beatriz Gurrola Martínez LOC. Universidad Nacional Autónoma de México. [Online]; 2017. Disponible en: <https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/cbiologicas/libros/Maloclusiones17.pdf>

10. Relación entre maloclusión y postura corporal en niños de 5-12 años. La Habana 2018-2020 Elaine Fernández Pérez¹; Diana Rosa Mena Madrazo²; Nurys Mercedes Batista González³; Leslie de Armas Gallego⁴. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-46/>.

11. Aguilar moreno naytaofdmysacpdpcpeupededm. boletín médico del hospital infantil de México. [online]. disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s1665-11462013000500005&script=sci_abstract&tIng=pt.

12. Beatriz Gurrola Martínez LOC. Universidad Nacional Autónoma de México. [Online]; 2017. Disponible en: <https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/cbiologicas/libros/Maloclusiones17.pdf>.

13. Martínez Rodríguez KP, Maxilar EeOyO, Maestría. repositorio institucional unicoc. [Online]; 2021. Disponible en: <http://168.197.71.224:8080/xmlui/handle/1/341>.

14. Perla margarita pacheco morffi 1 apc2alts3. ecimed articulo original revista de universidad de ciencias médicas de la habana. [online]; 2021. acceso 5] de marzode 2021. disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/viewfile/1237/625.

15. Sergio sambataro 1 sb1, gc1,rlb2. pubmed.gov. [online]; 2019. acceso 30] de junio de 2019. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33467360/>.

16. M laskowska 1 pubmedic. journal children orthopedic. [online]; 2020. acceso 1] de diciembre de 2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31908677/>.

17. C bernal Perla Margarita Pacheco Morffi * Melissa Villavicencio Nerey** a, pmpm, &mvn (jmrclcyhpeeo2m2. in fórum estudiantil ciencias médicas. [online]; 2018. acceso 1] de mayo de 2019. Disponible en: <http://www.forumestudiantilcienciasmedicas.sld.cu/index.php/forum/2020/paper/viewFile/24/23>.
18. Danay Morgado Serafín. alterations of posture and clinical signs of angle class ii and iii malocclusions. [online]; 2018. Acceso 29] de 5de 2018. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1001>.
19. Inquilla Apaza.GP. Relación de la Maloclusión dentaria con postura corporal y huella plantar en un grupo de adolescentes armaras rev. Investig. Altoandin. 2017; Vol 19 Nro 3: 255 – 264 [Internet]2017. [Citado 2018 Ene 26]: [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2313-29572017000300003&script=sci_arttext&tlng=en.
20. Dra. Liuba González Espangler. medisan. [Online]; 2016. Acceso 9 de marzode 2016. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016 /mds1612a.pdf>.
21. Aba Marchena Rodríguez [online] medical 2018 acceso 10 disponible en <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/17321>.
22. Morales* FJU. medigraphic artemisa. [Online]; 2007. Acceso 13] de agostode 2002. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>.
23. Maloclusión Clase I: Definición cccyt. Di Santi de Modano, Juana1, Vázquez, Victoria Blanca2. [Online]; 2019. Acceso 23] de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>
24. Mario Katagiri Katagiri §. Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según medigraphic. [Online]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v11n4/1870-199X-rom-11-04-175.pdf>.
25. marchena. mediprax. [Online]; 2021. Disponible en: <https://mediprax.mx/que-es-la-postura-corporal/>.

26. Noll m. La rosa revista ciencia y movimiento alterações posturais em escolares do ensino. [online]; 2012. acceso 20] de agosto de 2012. Disponible en: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/3279/2250> Noll m. La rosa revista ciencia y movimiento alterações posturais em escolares do ensino. [online]; 2012. acceso 20] de agosto de 2012. Disponible en: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/3279/2250>
27. Norma Angélica Aguilar Moreno 1OTA. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura. [Online]; 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v70n5/v70n5a5.pdf>.
28. Janeth pa. maloclusión clase ii esqueletica por. [online]. disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1835/TRABAJO%20DE%20SUFICIENCIA%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
29. Flores Narvárez PJ. Repostorio digital universidad central de ecuador. [Online]; 2017. Acceso 19] de junio de 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10591>.
30. Marcela Chamorro Dra. b T Sa. Revista Médica Clínica Las Condes. [Online]; Volume 26, Issue 1, January–February 2015, Pages 99-108. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000164>.
31. Castro huaccha ym. efectividad del programa educativo “vejez activa. [online]; 2015. disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/uns/2741>.
32. Ella Been PT PP. The Spine Journal. [Online]; Volume 14, Issue 1, 1 January 2014, Pages 87-97. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1529943013013855>
33. Roberto hs. metodología de la investigación. mc graw Hill, México 1997. [Online]; 1997. Disponible en: <https://josetavarez.net/Compendio-Metodologia-de-la-Investigacion.pdf>.
34. Carlessi HHS. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>. [Online]; 2018. Acceso 18 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>.

35. Orrala Ponce VJ. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40346>. [Online]; 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40346/1/ORRALAviviana.pdf>.
36. Jiménez jj. unmsm. [online]; 2017. acceso 8] de abril de 2017. disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7343/Jimenez_jj.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
37. Educación física plus. educación física plus. [Online]; 2017. Acceso 20] de MARZO de 2013. Disponible en: <https://educacionfisicaplus.wordpress.com/2013/06/10/postura-corporal/>.
38. De Canales, F., De Alvarado, E. y Pineda, E. (2006). Metodología de la Investigación: Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. OPS-Paltex. [online] Disponible en: <https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/08/canales-ceron-manuel-metodologias-de-la-investigacion-social.pdf>.
39. Dr. Roberto Hernández Sampieri DCFCDMdpBL. Metodología de la investigación sexta edición. [Online] Acceso 13 de agosto de sexta edición. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
40. Fernández h. metodología. [Online]; 2019. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/texson_a_gg/capitulo4.pdf.
41. Jiménez jj. unmsm. [online]; 2017. acceso 8] de abril de 2017. disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7343/Jimenez_jj.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

ANEXOS

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES		ESCALA DE MEDICIÓN
Postural corporal	Es la actividad, que es adoptada por el cuerpo mediante el apoyo durante la inactividad muscular, o por medio de la acción de manera coordinada con la zona muscular, para mantener la estabilidad o para asumir en base esencial la capacidad	Para la presente investigación, se realizará una ficha de recolección de datos, donde mediremos la altura de los hombros y cadera. Y de dos medios, lo normal es si hay simetría con un rango de más menos 2 cm coincide la línea de la plomada con el verde la columna	Plano Frontal	hombros, manos, crestas iliacas	Nominal
			Plano posterior	Columna, zona dorsal, lumbar y alineación de talones.	

	<p>adaptativa del movimiento que tiende a realizar (4).</p>	<p>cervical la zona lumbar y los talones de manera paralela y simétrica y coincide la línea de la plomada por el vertex meato auditivo externo articulación del hombro y maléolo externo.</p> <p>Distancia de la parte más profunda del cuello y la parte más cóncava de la espalda</p>	<p>Plano sagital</p>	<p>Conducto auditivo externo,</p> <p>Articulación del hombro</p>	
--	---	---	----------------------	--	--

		<p>La altura de los hombros los valores pueden ser simétricos o asimétricos si coincide la línea de la plomada puede ser coinciden no coinciden en el plano frontal en el plano sagital si coincide la línea de la plomada coinciden no coinciden en el plano sagital la distancia es la correcta similitud de más o menos 2 cm incorrecta es que</p>			
--	--	---	--	--	--

		supera los 2 centímetros.			
Maloclusión dental	<p>Son deformidades dentolabiales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentolabial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla o el equilibrio físico o psicológico</p> <p>(25)</p>	Para la presente investigación se aplicará una ficha de recolección de datos de maloclusiones dentales.	Clase I	<p>Hace referencia a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior hace relación en el surco vestibular del primer molar inferior,</p> <p>La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye anterior al surco bucal del primer molar inferior I.</p>	Ordinal
			Clase II		

			Clase III	La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye más posterior que el surco bucal del primer molar inferior	
--	--	--	-----------	--	--

ANEXO INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Relación entre maloclusion dental y postura corporal en niños y adolescentes en una clínica dental de Piura -2022.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

ACTITUD POSTURAL: _____

● **FRONTAL**

- Alt Hombro izq.: _____
- Alt Hombro der: _____
- Alt mano izq.: _____
- Alt mano der: _____
- Cresta iliaca der: _____
- Cresta iliaca izq.: _____

POSTERIOR (espalda)

- Simetría de vertebras
SI: _____ NO: _____

SAGITAL

- Vertex-meato aud. Externo-hombro-m. externo.
SI: _____ NO: _____

ACTITUD POSTURAL: CORRECTA
INCORRECTA

ANEXO 3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE LAS MALOCLUSIONES DENTALES Y PROBLEMAS DE ACTITUD POSTURAL A NIVEL VERTEBRAL EN NIÑOS DE 8 A 13 AÑOS EN PIURA 2022

Formulario de Recolección de Datos

Investigadoras: Karla Katerine Piñin Huertas y Linda Carmen Bellodas.

Día Mes Año

Fecha

--	--	--	--

Datos Generales:

Nº FICHA: _____

➤ Sexo: Femenino ()

Masculino ()

➤ Edad: _____

Clasificación de Angle: I (), II (), III ()

ANEXO CONFIABILIDAD DE LOS EVALUADORES

I. DATOS INFORMATIVOS


1.1. ESTUDIANTE :	Piñin Huertas Karla Katerine Carmen Bellodas Linda Leydi
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN :	Relación entre maloclusión dental y postura corporal en Niños y adolescentes de una clínica dental Piura 2022.
1.3. ESCUELA PROFESIONAL :	Estomatología
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO (adjuntar) :	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO :	INDICE DE KAPPA (x) COEFICIENTE INTERCLASE () COEFICIENTE INTRACLASE ()
1.6. FECHA DE APLICACIÓN :	25-01-2022
1.7. MUESTRA APLICADA :	30

II. CONFIABILIDAD


ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO:	80.0%
------------------------------------	-------

III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (Ítemes iniciales, ítemes mejorados, eliminados, etc.)

Se realizó por partes de los estudiantes, la calibración con las clasificaciones de diagnóstico de Angle, utilizando la prueba Kappa de Cohen posteriormente se descarga la base de datos, y se traspara a una base en SPSS versión 24, calculando un valor de Kappa de 80.0 %


 Estudiante: Piñin Huertas Karla Katerine.
 (ORCID: 0000-0002-5152-432X)


 Estudiante: Carmen Bellodas Linda Leydi
 (ORCID: 0000-0003-3122-3592)


 Ases. Estadístico: Giancarlo Jesús Rodríguez Velarde.
 Docente de la Universidad César Vallejo
 Docente de Estadística en Posgrado de la
 Universidad Nacional de Piura
 DNI: 40750491 P.N. 50274 RND 00265

Giancarlo Rodríguez Velarde
 DOCENTE EN INVESTIGACIÓN Y TESIS
 ASESOR ESTADÍSTICO EN CIENCIAS DE LA SALUD
 CRP 48186 PNE 4029774 PNE 000785

ANEXO: CONSTANCIAS DE CALIBRACION



CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, STEVENS GORDILLO CASTEÑEDA con DNI N° 44097708 Especialista en ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR. N° ANR/COP /25147, de profesión CIRUJANO DENTISTA desempeñándome actualmente como ORTODONCISTA en "CLINICA DENTAL GORDILLO"

Por medio de la presente hago constar que capacitado y calibrado a las estudiantes: CARMEN BELLODAS LINDA LEYDI Y PIÑIN HUERTAS KARLA KATERINE con la finalidad de Validar el procedimiento de recolección de datos del Proyecto de Investigación titulado: **RELACION ENTRE MALOCLUSIONES DENTALES Y POSTURA CORPORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UNA CLINICA DENTAL DE PIURA -2022.**

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Piura a los 26 días del mes de enero del Dos mil veintidós

DNI : 44097708
Especialidad: **ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR**
E-mail : Stevens_pib86@hotmail.com



Clinica Dental Gordillo
Dr. Stevens Gordillo Castañeda
COP: 25147



CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, EDINSON VALLADOLID PURIZAGA con DNI...44410627... N° Especialista en TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia. N° RNE/CMP 59127 /35892, de profesión MEDICO desempeñándome actualmente como TRAUMATOLOGO Y ORTOPEDISTA en "CLINICA SAN JUAN DE DIOS"

Por medio de la presente hago constar que capacitado y calibrado a las estudiantes: CARMEN BELLODAS LINDA LEYDI Y PIÑIN HUERTAS KARLA KATERINE con la finalidad de Validar el procedimiento de recolección de datos del Proyecto de Investigación titulado: RELACION ENTRE MALOCLUSIONES DENTALES Y POSTURA CORPORAL EN NIÑOS Y AOLESCENTES EN UNA CLINICA DENTAL DE PIURA -2022.

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Piura a los 26 días del mes de enero del Dos mil veintidós

DNI : 44410627
Especialidad : TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia



Dr. Edinson Valladolid Purizaga
Ortopedia y Traumatología
CMP 59127 - RNE 35892

CALIBRACION DE ALTURAS

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	EXPERTOS	N	Rango promedio	Suma de rangos
Altura de los Hombros	Especialista	18	18,72	337,00
	Karla Pifin	18	18,28	329,00
Total		36		

Estadísticos de contraste ^b	
Altura de los Hombros	
U de Mann-Whitney	156,000
W de Wilcoxon	329,000
Z	-,127
Sig. asintót. (bilateral)	,899
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,913 ^a


Dr. Giancarlo Rodríguez Velarde
 DOCENTE EN INVESTIGACIÓN Y TESIS
 ASesor ESTADÍSTICO EN CLÍNICAS DE LA SALUD
 C.M.P. 48184 826 380074 816 80088

Prueba de Mann-Whitney

Rangos				
	EXPERTOS	N	Rango promedio	Suma de rangos
Altura de Cresta Iliaca	Especialista	18	19,11	344,00
	Karla Pifin	18	17,89	322,00
Total		36		

Estadísticos de contraste ^b	
Altura de Cresta Iliaca	
U de Mann-Whitney	151,000
W de Wilcoxon	322,000
Z	-,350
Sig. asintót. (bilateral)	,727
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,743 ^a


Dr. Giancarlo Rodríguez Velarde
 DOCENTE EN INVESTIGACIÓN Y TESIS
 ASesor ESTADÍSTICO EN CLÍNICAS DE LA SALUD
 C.M.P. 48184 826 380074 816 80088

ANEXO

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CON FIRMA Y SELLO)

“Año del fortalecimiento de la soberanía nacional”

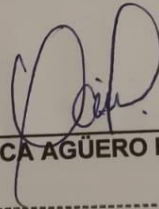
PIURA, 07 DE ENERO DEL 2022

CARTA DE AUTORIZACION:

Yo VERONICA AGÜERO HUAYLLASCO con DNI N.º 43648993 Gerente de la clínica dental odontopediátrica “DENTIKIDS autorizo las bachiller de estomatología Karla Katherine Piñin Huertas y Linda Carmen Bellodas a llevar a cabo el proyecto de investigación titulado RELACIÓN ENTRE LAS MALOCLUSIONES DENTALES PROBLEMAS DE ACTITUD POSTURAL A NIVEL VERTEBRAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UNA CLÍNICA DENTAL DE PIURA – 2022 en las instalaciones de mi clínica.

He comprendido las explicaciones dadas por Bach .Karla Katherine Piñin Huertas y Linda Carmen Bellodas, que me han manifestado en un lenguaje claro/sencillo y , me ha permitido realizar todas las observaciones, aclarando todas las dudas y riesgos para participar en el trabajo de investigación.

Atentamente:



CD VERONICA AGÜERO HAYLLASCO

Verónica Agüero Huayllasco
CIRUJANO DENTISTA
ORTODONCIA
COP 25651

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA****FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****INSTITUCION:** UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO–FILIAL PIURA.**INVESTIGADOR(A):** CARMEN BELLODAS LINDA LEYDY, PIÑIN HUERTAS KARLA KATERINE**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** RELACION ENTRE MALOCCLUSIONES DENTALES Y POSTURA CORPORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UNA CLÍNICA DENTAL DE PIURA-2022**PROCEDIMIENTOS:** acepta participar en este estudio se le solicitará que complete las preguntas del cuestionario formulado y un examen bucal. El tiempo a emplearnos será mayor a 20 minutos.**RIESGOS:** Usted no estará expuesto (a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.**BENEFICIOS:** Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted, pero le permitirán al investigador(a) y a las autoridades de Salud conocer cuáles son los factores asociados a la maloclusión y postura.**CONFIDENCIALIDAD:** Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absoluta confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.**USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA:** Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA: NO SI **DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE):** Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con los investigadores PIÑIN HUERTASKARLA
KATERINE 916579158/CARMEN BELLODAS LINDA LEYDY 950426050**CONSENTIMIENTO**

He escuchado la explicación del (la) investigador(a) y he leído el presente documento por lo que **ACEPTO** voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante_____
Testigo_____
Investigador

Nombre: DNI:

Nombre: DNI:

Nombre: DNI:

ANEXO:

ASENTAMIENTO INFORMADO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FORMATO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA.

INVESTIGADOR (A): Carmen Bellodas Linda, Piñin Huertas Karla

LUGAR DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO: clínica dental DENTIKIDS

EXPLICACIÓN: Este documento de asentimiento informado es para niños entre 6 a 16 años, que asisten a la clínica dental dentikids y que se les invita a participar en la investigación titulada: Relación entre maloclusiones dentales y postura corporal en niños y adolescentes en una clínica dental de Piura -2022.

Hola, mi nombre es Linda Carmen Bellodas Karla Katerine Piñin Huertas y estudio en la universidad cesar vallejo

Tu participación no te ayudará específicamente a ti, pero puede ser que en un futuro ayude a muchos niños y adolescentes como tú.

Es posible que tengas alguna molestia por participar como: tener un poco de molestia al tomar las fotos, ya que debes apoyarnos quedándote quieto por unos minutos

Pero prometemos cuidarte mucho durante el estudio y hacer todo lo posible para que no tengas ningún problema.

SI ACEPTAS PARTICIPAR, te pido que por favor pongas una X en el cuadrado de abajo que dice **“SÍ QUIERO PARTICIPAR”** y escribe las iniciales de tu nombre. Si no sabes escribir **PARTICIPAR**:

LAS INICIALES

coloca tu huella

—

DE

PARTICIPAR:

MI

—

NOMBRE

digital.

SI NO DESEAS

X en el cuadrado

PARTICIPAR, marca con una que dice **“NO QUIERO**

PARTICIPAR” y no escribas tus iniciales ni coloques tu huella.

SI

QUIERO NO

QUIERO

SON.....

Huella Digital



Investigador(a)

Testigo

Padre y/o
apoderado

Nombre: DNI:

Nombre: DNI:

Nombre: DNI:

Fecha: ____

ANEXO: FOTOS







