

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**



INFORME DE TESIS

**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN ANGLE
EN ESTUDIANTES DE 17 AÑOS DE LA ACADEMIA
PARTICULAR APREA CHACHAPOYAS - 2017**

Autor : Br. Alex Martin Tejada Grández.
Asesor : Mg. Franz Tito Coronel Zubiato

CHACHAPOYAS – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres por apoyarme siempre en cada momento de mi vida con su apoyo incondicional que siempre me han sabido dar y a mi hijo que me da las fuerzas para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

- A las autoridades de la academia particular APREA y a los estudiantes por su colaboración, por haberme permitido entrar en su institución y brindarme la información necesaria durante el proceso de la recolección de los datos.
- Al Mg. Franz Tito Coronel Zubiato, por su asesoría acertada y su paciencia en la ejecución del presente trabajo de investigación.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph D., Dr. Jorge Luís Maicelo Quintana
Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres
Vicerrector Académico

Dra. María Nelly Lujan Espinoza
Vicerrectora de Investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

VISTO BUENO

Yo, Franz Tito Coronel Zubiato, identificado con DNI N°40402618 con domicilio legal en el Jr. Dos de mayo N°950 de la ciudad de Chachapoyas, Docente auxiliar a tiempo completo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, doy **Visto Bueno** al **Informe Final** de tesis titulado “Prevalencia de las Maloclusiones según angle en estudiantes de 17 Años de la academia particular APREA Chachapoyas – 2017”, que estuvo conducido por el Bachiller Alex Martin Tejada Grández, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Para lo cual firmo para mayor constancia:

Chachapoyas, 07 de julio del 2017

Mg. Franz Tito Coronel Zubiato

Asesor de tesis

JURADO EVALUADOR

(Resolución Decanatural N° 0351-2016-UNTRM-VRAC/F.C.S)

.....
Dr. Policarpio Chauca Valqui

Presidente

.....
Mg. Oscar Pizarro Salazar

Secretario

.....
Mg. Nelly Del Carmen Villegas Ampuero

Vocal

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades universitarias	iii
Visto bueno de la asesor	iv
Jurado evaluador.....	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos.....	viii
Índice de anexos	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	
II. OBJETIVOS	13
III. MARCO TEÓRICO.....	14
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
4.1 Diseño de la investigación	33
4.2 Universo muestral.....	33
4.3 Métodos, técnicas e instrumentos.....	34
4.4. Procedimiento.....	34
4.5. Análisis de datos.....	35
V. RESULTADOS	36
VI. DISCUSIÓN	44
VII. CONCLUSIONES	47
VIII. RECOMENDACIONES.....	48
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 : Se presenta la relación molar según Angle I lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	36
TABLA 2 : Se presenta la relación molar según Angle I lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	37
TABLA 3 : Se presenta la relación molar según Angle II 1 lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	38
TABLA 4 : Se presenta la relación molar según Angle II 1 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	39
TABLA 5 : Se presenta la relación molar según Angle 2II lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	40
TABLA 6 : Se presenta la relación molar según Angle II 2 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	41
TABLA 7 : Se presenta la relación molar según Angle III lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	42
TABLA 8 : Se presenta la relación molar según Angle III lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
FIGURA 1 : Se presenta la relación molar según Angle I lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo	36
FIGURA 2 : Se presenta la relación molar según Angle I lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo	37
FIGURA 3 : Se presenta la relación molar según Angle II 1 lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	38
FIGURA 4 : Se presenta la relación molar según Angle II 1 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	39
FIGURA 5 : Se presenta la relación molar según Angle 2II lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo	40
FIGURA 6 : Se presenta la relación molar según Angle II 2 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo	41
FIGURA 7 : Se presenta la relación molar según Angle III lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	42
FIGURA 8 : Se presenta la relación molar según Angle III lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo.....	43

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 : Operacionalización de variables	52
ANEXO 2 : Instrumento de recolección de datos.....	53
ANEXO 3 : Fotografías de la recolección de datos	54

RESUMEN

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo. De nivel descriptivo. Tipo de investigación: Observacional; prospectivo. Transversal y Monovariado cuyo Objetivo fue “Determinar la prevalencia de Maloclusiones según angle en Estudiantes de 17 años e la academia particular APREA Chachapoyas - 2017” donde la muestra fue de 40 estudiantes de 17 años matriculados en dicha academia en el ciclo 2017 – I. Para la toma de datos se hizo uso del método observacional y la técnica de llenado de una ficha; la información final se procesó en el software SPSS versión 20, Microsoft Word 2010 y Excel 2010. cuyo resultado fue que del 100% entre mujeres y hombres que formaron parte del estudio, La relación molar según angle I es representada por 30% (12) La relación molar según angle III tiene (8) 20% del universo muestral total en donde mayor prevalencia en el sexo masculino en comparación al femenino. La relación molar según angle II está representada por el 50% de la muestra total, La relación molar según angle II 1 tiene (16) 40% del universo muestral total en donde mayor prevalencia en el sexo masculino en comparación al femenino, La relación molar según angle II 2 tiene (5) 10 % en donde mayor prevalencia en el sexo femenino en comparación al masculino, la mayor prevalencia de Maloclusiones según angle la tiene el sexo masculino con un 37.5% y las mujeres 32.5 %

Palabras claves: oclusión, maloclusión, maloclusión según angle

ABSTRAC

The present investigation was of quantitative approach. Descriptive level. Type of research: Observational; Prospective Transversal and Monovariado whose objective was to "Determine the prevalence of malocclusions according to angle in 17 year old students and the private academy APREA Chachapoyas - 2017" where the sample was of 40 students of 17 years enrolled in said academy in the cycle 2017 - I. For The data collection was made use of the observational method and the technique of filling a token; The final information was processed in the software SPSS version 20, Microsoft Word 2010 and Excel 2010. The result was that 100% between women and men who were part of the study The Normoclusion or also known as molar ratio class I is represented by son 30% (12) has a higher prevalence of malocclusions with 70% (28). The molar ratio according to angle II 1 has (16) 40% of the total sample universe where the prevalence is higher in males compared to females. The molar ratio according to angle II 2 has (5) 10% where higher prevalence in females compared to males. The molar ratio according to angle III has (8) 20% of the total sample universe in which a higher prevalence in males compared to females

Key words: occlusion, malocclusion, angle malocclusion

I. INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) dice que las Maloclusiones ocupan el tercer lugar en problema después de la caries y la enfermedad periodontal que enfrenta la odontología y la población a nivel mundial es decir estaríamos hablando de un problema de salud pública que se presenta en todos los continentes, países, capitales, departamentos y regiones sin importar los estratos sociales, la condición económica, estrato cultural, edad, sexo, etc. La maloclusión se refiere a cualquier desviación a partir de la oclusión normal es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, el conjunto del mal posiciones dentarias como una problemática real se ve reflejada en estudios como en todo el mundo como por entre ellos tenemos (Apocada, 2004, p. 28)

Wang w. (2012) China. donde buscaron determinar la prevalencia de maloclusión según angle en alumnos estudiantes universitarios de arqueología, obteniendo como resultados: normoclusion (72.4%), Clase I (13.8%), Clase II(6.9%),Clase III(6.9%) (Wang, 2012, p. 24)

En Mexico, donde se buscó Determinar la prevalencia de maloclusiones de los alumnos de 9 a 12 años de la Escuela Primaria Federal Ignacio Ramírez de Tihuatlan Veracruz. Cuyo resultado obtenido Se determinó en cuanto al género que el más afectado por alguna maloclusión fue el sexo masculino con 41 (51%) de los casos a 39 (49%) del sexo femenino, y en relación a la edad que existe mayor prevalencia de maloclusión en los 9 años 26 (32%) casos, 10 años 25 31%), 11 años 19 (24%) y con menor prevalencia a los 12 años 10 (13%) de los casos. (López, 2014, p. 38)

En Perú también se encontraron estudios por consiguiente también debe de existir en nuestra región por lo que se realizó el presente estudio debido a su real existencia en la población estudiantil según estudios antes mencionados. Donde se buscó identificar los casos existentes según la relación molar de Angle para darnos una idea de cuál es la realidad de esta problemática en nuestra localidad

II. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo general

Determinar prevalencia de las Maloclusiones según angle en los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas 2017

2.2 Objetivos específicos

Identificar las Maloclusiones tipo I, II, III

Identificar las Maloclusiones en sus subdivisiones

Caracterizar a la población como objeto de estudio

III. MARCO TEÓRICO:

3.1 Realidad problemática

La maloclusión se refiere a cualquier desviación a partir de la oclusión normal es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, el conjunto de malposiciones dentarias dicha problemática real se ve reflejada en estudios como en países como Venezuela donde tratan sobre la prevalencia de las Maloclusiones, entre ellos tenemos:(Apocada, 2004, p. 28)

A nivel internacional:

Durgesh b.(2012) Brazil Objetivo: determinar el patrón de maloclusión dental en 264 pacientes que acudieron al departamento de ortodoncia de la facultad de odontología de mauras Resultados:clase I de angle(66.3%),Clase II de angle(29.2%) Y la clase III(4.5%).este estudio revela el predominio de la maloclusión clase I de angle ,hubo mayor presencia de maloclusiones en el sexo femenino. El grupo étnico asiático fue el mas afectado.

Wang w. (2012) China.Objetivo: determinar la prevalencia de maloclusión según angle en alumnos estudiantes universitarios de arqueología,resultados: normoclusion (72.4%),Clase I (13.8%),Clase II(6.9%),Clase III(6.9%)

Sandhu S.(2012) La India, objetivo: determinar la prevalencia de maloclusión según angle en pobladores del sur ydel norte de la india,cuyo estudio arrojó estos resultados:la maloclusión tipo II de angle fue la mas prevalente (52.3%) en estudiantes de 14-20 años ;maoclusion III de angle (15.2)en pobladores mayores a 40 años y clase I de angle (32.5%) menores entre 9 - 14 años

López L. (2014) Tihuatlan Veracruz , objetivo:Determinar la prevalencia de maloclusiones de los alumnos de 9 a 12 años de la Escuela Primaria Federal Ignacio Ramírez de Tihuatlan Veracruz. Los resultados obtenidos fueron los siguientes, la muestra analizada fue de 80 niños (100%), 39 (49%) fueron

mujeres y 41 (51%) fueron hombres y con un rango de edad de 9 a 12 años, en a la mayor prevalencia es la clase I se encontró 45 (56%) casos, la clase II.1 25 (31%) casos y la clase III 10 (13%). Se determinó en cuanto al género que el más afectado por alguna maloclusión fue el sexo masculino con 41 (51%) de los casos a 39 (49%) del sexo femenino, y en relación a la edad que existe mayor prevalencia de maloclusión en los 9 años 26 (32%) casos, 10 años 25 (31%), 11 años 19 (24%) y con menor prevalencia a los 12 años 10 (13%) de los casos.

Kandelwal A.(2010) España ,objetivo:prevalencia de Maloclusiones de estudiantes entre 14-19 años de la escuela publica de malaga. resultados: el 69.15% presento clase I de angle,el 18.90% presento clase II div 1 de angle,el 7.69% presento clase II div 2 y el 3.98% presento clase III

García A. (2013) Venezuela , El objetivo de este estudio fue determinar en base a la clasificación de Angle la prevalencia de maloclusión en un grupo de alumnos de la facultad de odontología de Poza Rica . Resultados: la muestra analizada fue de 106 jovenesdelos cuales 68 (64.2) fueron mujeres y 38 (35.8) hombres, con un rango de edades de 17 a 25 y con promedio de edad de 20.6 años. La mayor prevalencia correspondió a la clase I con 84 casos (79.2%); la clase II con 6 casos (5.7%); la clase II subdivisión con 11 casos (10.4%) y clase III con 4 casos (3.8%). Dentro del análisis de las discrepancias dentales se encontró 55 casos (51.9%) sobre mordida vertical profunda mayor a 2 mm. Y con la sobre mordida horizontal también mayor a 2mm, mordida cruzada 14 casos (13.2%), mordida de borde a borde10 casos (9.4%), desviación de la línea media 54 casos (50.9%) En relación a los hábitos presentes los más frecuentes fueron bruxismo e interposición lingual ambos con un 4.7%.

A nivel nacional:

Salazar, N. (2013) lima-peru objetivo: determinar la prevalencia de maloclusiones. Resultados : la maloclusión se presentó en 74%, la clase I fue la más frecuente con 56.1% seguida de la clase II con 25% y la clase III con 18.9%. En la relación canina la que se presentó con mayor frecuencia fue la

distoclusión con 39.5%. El resalte incisal el que más se presentó fue el normal con 39.2%, el sobrepaso más frecuente fue el de 1/3 de corona con 57.4%, el apiñamiento se presentó en el 54.4%, el más frecuente fue el leve y la mordida cruzada posterior solo se presentó en el 2%.

Aliaga A,(2011)Ucayali - peru ,Objetivo: determinar la prevalencia de Maloclusiones en niños y adolescentes de 2-18 años de edad pertenecientes a 18 caserios y comunidades nativas de la selva de Ucayali. Resultados:125 niños y adolescentes (85.6%)presento alguntipo de maloclusión,sindo la mas frecuente clase I de angle con 87 individuos(59.6%)seguida por maloclusión clase II según angle con 27 individuos(18.5%) y la clase III de angle con 11 individuos(7.5%) presentando oclusión normal 21 sujetos(14.4%)

Zapata, M.(2013) lima – peru objetivo Relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”. Resultado: La maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%.

A nivel regional y local

No se hallaron investigaciones realizadas

A nivel local

No se hallaron investigaciones realizadas

3.2.-Base Teórica

Conceptos

Erupción dental permanente: los retrasos de la erupción dental permanente pueden ocasionar Maloclusiones se sabe bien que el primer molar permanente es el primer diente permanente en erupcionar a la edad de 6 años y es en esa edad en la cual comienza a darse una oclusión entre primeras molares permanentes, la pérdida temprana de este diente o incluso la pérdida de los dientes deciduos ocasionan la maloclusión (Apocada, 2004, p. 48)

Cronología erupción dientes permanentes: Primer período: Erupción de los primeros molares definitivos e incisivos permanentes a los 6 años. Los primeros molares suelen preceder a los incisivos centrales inferiores. Tras la salida de los molares e incisivos centrales (inferiores y superiores) hacen erupción los laterales inferiores; todo este conjunto de diez piezas tarda más de un año en salir. Los incisivos laterales superiores hacen erupción más tarde y puede alargarse más de un año el tiempo que transcurre desde la erupción del último incisivo hasta la aparición de los incisivos laterales superiores. (Apocada, 2004, p. 49)

Cronología erupción dientes permanentes: Segundo período
A los diez años se inicia la segunda fase del recambio dentario con la erupción de los premolares y caninos. En la arcada inferior hace erupción antes el canino y primer premolar que el segundo premolar. En la arcada superior el primer premolar es el diente que antes hace erupción, seguida del segundo premolar y/o el canino. El conjunto de premolares y caninos tarda unos dos o tres años en hacer la erupción dental. Los segundos molares cierran este segundo

período de recambio transicional saliendo a los 12 años aproximadamente. (Apocada, 2004, p. 49)

Oclusion Dental: La oclusión, es una condición que se produce cuando algo que suele estar abierto se encuentra bloqueado o cerrado. En el ámbito de la odontología, la oclusión refiere a la forma en la que los dientes entablan contacto cuando la persona tiene su boca cerrada. (Ugalde, 2007 p. 23)

Oclusión Normal: La oclusión normal es la relación funcional entre los componentes del sistema masticatorio. En dicho sistema se incluyen los dientes, los tejidos de soporte, el sistema neuromuscular, las articulaciones temporomandibulares y el esqueleto craneofacial. (Santi, 2003, p. 18)

Maloclusión: La maloclusión se refiere a cualquier desviación a partir de la oclusión normal es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, el conjunto de malposiciones dentarias displasias esqueleto dentarias; displasia alveolar dentarias, displasias óseas y no se puede interpretar a la maloclusión como un estado patológico si no como una variación en la morfología humana. (Ortiz, 2006, p. 37)

Maloclusión segun Angle: Edward H. Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. En 1899, basándose

en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial¹. Este autor dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III. (Okeson, 2000, p. 87)

3.3.-Clasificación de la maloclusión

La clasificación de Angle se basa en: En la posición de la mandíbula, En base a la relación del primer molar permanente, en base a la organización de la oclusión. (Apocada, 2004, p. 49)

A. Clasificación de Angle en base a la relación del primer molar permanente

Dependiendo la relación anteroposterior de la mandíbula Edward H. Angle clasifico a la oclusión en 3 tipos:

Clase I: (también conocida como neutro-oclusión) Son maloclusiones caracterizadas por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes es la que se va a encontrar en un sistema balanceado: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco mesiovestibular del primer molar inferior. Dientes superiores e inferiores apiñados. Incisivos superiores protuidos o espaciados. Si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores. Mordida cruzada posterior. Si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial de la pieza (Ugalde, 2007, p. 27)

Clase II: Es una maloclusión que indica la relación de la cúspide distobucal de las primeras molares superiores con el surco mesiovestibular de las primeras molares inferiores dentro de esta clasificación se encuentra dos divisiones:

División 1. – Los incisivos se van a encontrar protruidos y los arcos pueden estar apiñados, los Incisivos inferiores normales o retro inclinados. Puede haber mordida abierta anterior. Las arcadas son estrechas de forma triangular y paladar profundo. apiñamiento dental. Overjet o resalte aumentado. Overbite o sobremordida, puede presentarse desde abierta a profunda.

División 2.- Esta caracterizada por los incisivos centrales van a tener una inclinación hacia lingual, y los incisivos laterales superiores van estar inclinados hacia vestibular. Se va encontrar en el maxilar inferior con poco o nada de apiñamiento. Vestibulo versión de los incisivos laterales superiores. Linguoversión de los incisivos centrales superiores. Incisivos inferiores rectos. Suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas. Overjet con resalte o disminuida Overbite profundo. (Santi, 2003, p. 20)

Clase III: Es la que se caracteriza por un crecimiento excesivo del maxilar inferior la cual va a tener una mordida cruzada anterior, otra característica es la inclinación labial de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores. La relación molar se va dar cuando la cúspide mesiobucal es de la molar superior van a tener contacto en el surco disto vestibular del molar inferior. Se suelen caracterizar por: Mordida cruzada anterior y puede haber mordida cruzada posterior. Mordida de borde a borde.

En general mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños. Se llaman progenies y prognatismos mandibulares. Son maloclusiones hereditaria (Okeson, 2000, p. 88)

B. Clasificación Esqueletica

Clase I: estas maloclusiones son relacionadas los dientes con los huesos de la cara y los maxilares en armonía mutua y con el resto de la cabeza. La clase I esquelética fue dividida de acuerdo a la oclusión dentaria presente en:

División 1: apiñamiento de los incisivos caninos y premolares.

División 2: incisivo maxilar protruido.

División 3: incisivo del maxilar en linguo versión.

División 4: protrusión bimaxilar.

Clase II: esquelética fue dividida en 2 divisiones basadas en las características comunes vistas con una mandíbula en posición retruida.

División 1: el arco dentario maxilar es más estrecho con apiñamiento en la región canina, la mordida cruzada puede estar presente. Los dientes anteriores del maxilar están protruidos y el perfil es retrognatico.

División 2: los incisivos del maxilar están inclinados lingualmente los incisivos laterales pueden estar normales o en labio versión.

Clase III Aquí el crecimiento excesivo de la mandíbula con un ángulo del plano mandibular obtuso. Perfil pragmático de la mandíbula (Vellini, 2000, p. 97)

3.4.- Etiología De Las Maloclusiones

Graber Dividió los factores etiológicos generales o locales y presento una clasificación muy completa. Esto ayudo a reunir los factores que hacen más fácil el entendimiento y la asociación de una maloclusión con los contactos etiológicos. Los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en: factores generales: como herencia, defectos congénitos, medio ambiente, problemas nutricionales, hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales, postura, trauma y accidentes Y factores locales: como anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas, anomalías en el tamaño de dientes, anomalías en la forma de los dientes, frenillo labial anormal, barreras mucosas, pérdida prematura de dientes, retención prolongada de dientes, brote tardío de los dientes, vía de brote anormal, anquilosis, caries dental. (Ugalde, 2007, p 89)

Succión de chupón: El uso del chupón es frecuente en niños menores de 2 años de edad, el uso continuo del chupón está asociado con mordida abierta anterior y una mordida cruzada posterior, la mordida abierta anterior es la consecuencia de una inhibición del crecimiento vertical de la porción anterior de la apófisis alveolares. El habito suele ser constante y cuando se deja de hacer se restablece el contacto incisal en un corto periodo de tiempo. La mordida cruzada posterior es debida, al crecimiento de la actividad muscular en las mejillas, combinada con la falta de soporte y presión lingual sobre los caninos y molares superiores debido a que la lengua se desplaza hacia atrás y hacia abajo ante la presencia del chupón en la cavidad oral. Con la succión del chupete las alteraciones de las maloclusiones son menos graves en comparación con la digital. Estos efectos dependen de una

serie de factores como los son: Tipo característico de succión (frecuencia, intensidad y duración), Patrón dento-facial y oclusión inicial, Edad de interrupción del hábito, Forma y tamaño del chupón ; Para satisfacer la necesidad de succión de los lactantes y minimizar el riesgo de alteraciones oclusales, la edad ideal para la interrupción del hábito es a los 2 años de edad. Pero si se prolonga el tiempo y el hábito continuo de manera persistente es más frecuente a sufrir un tipo de maloclusión.¹⁸ Planells P. Martín S. Hábitos de Succión digital y chupete en paciente Odontopediatra (Canut, 2005, p. 87)

Succión digital.- Es practicada por muchos niños por varias razones comienza a muy temprana edad, se succiona el dedo pulgar y los hace de manera tal que pueda o no tocar el paladar Y se produce desplazamiento de la pre maxila hacia adelante produciendo protrusión de los incisivos superiores y retrusión de los dientes inferiores por el peso de la mano, también puede presentarse mordida abierta anterior y más pronunciada en el lado donde se efectúa la succión, otra anomalía ocasionada por esta succión es la mordida cruzada posterior debido al colapso que se produce en la arcada superior. Se debe de tener presente la posición del dedo dentro de la cavidad bucal del paciente, el tiempo total en que se produce la succión a lo largo del día desde cuándo se viene realizando con que intensidad la edad y la fase de dentición. La evaluación total de esto nos ofrecerá una valoración adecuada del grado de alteración oclusal presente y si va poder ser posible de una autocorrección después de que se haya quitado el hábito. En la exploración extra oral Se examina las manos del paciente en busca de callosidades o de un dedo más limpio que los demás, observamos la manera como el niño succiona y preguntamos la frecuencia con que

lo hace. Puede producir mordida abierta, mordida cruzada posterior, paladar ojival, deglución atípica o protrusión de los incisivos superiores. (Ortiz, 2006, p. 40)

Interposición lingual. -Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, y si hay interposición de la lengua cada vez que deglute ocasiona falta de crecimiento vertical en el tercio anterior de los maxilares y transcurrido el tiempo ocasiona mordida abierta anterior y resalte del maxilar superior. (Canut, 2005, p. 89)

Las degluciones con empuje lingual son de dos tipos:

La deglución con empuje lingual simple: combinar una deglución con los dientes junto para ayudar a la lengua a sellar una mordida abierta bien marcada, está asociada con succión digital temprana.

La deglución con empuje lingual complejo: esta ocasionada con dificultades respiratorias y muestra una mordida abierta anterior mal definida sea cual sea la cauda del habito de la lengua (postura, función) la edad ideal para interrumpir el habito es a los 2 años con esto se busca minimizar el daño que pueda ocasionar a la dentición. (Vellini, 2000, p. 220)

Succión labial o Queilofogia: Este hábito se presenta en la maloclusión que van a acompañadas de un gran resalte de incisivos, la cavidad anormal del labio y la lengua con frecuencia se ha asociado con el hábito de succión digital, si el labio superior es el que se interpone, la anomalía que se produce es la retrusión de los dientes inferiores produciendo una mordida abierta, la succión de labio puede aparecer sola

o combinada con la succión del pulgar en la mayoría de los casos el labio inferior es el más frecuente. Para el examen observaremos los labios en busca de huellas dentarias o de resequeidad. Este hábito ocasiona inicialmente mordida abierta, labio versión de superiores, linguo versión de inferiores y sobre mordida. (Apocada, 2004, p. 56)

Respiración bucal: También se encuentra ligado con la función muscular anormal, este hábito se considera en menor grado para la maloclusión, pero cuando la respiración se hace continuamente por la boca se realizan una serie de cambios en el desarrollo de las vías aéreas y mantiene la boca abierta y desciende la lengua para favorecer el pasaje de aire los que favorece la extrusión de las piezas dentarias especialmente molares. El cierre labial no se produce los que produce mordida abierta anterior, labios que no sierran, paladar ojival, mordida cruzada, y estas modificaciones de tejido blando provocan que la lengua incline a los incisivos superiores y los incisivos inferiores por la falta de contacto oclusal superior, se extruyan llegando a ocluir en el paladar duro. Los rasgos de la cara de estos niños son: mirada perdida, ángulo externo del ojo inclinado hacia abajo con ojeras marcadas, punta nasal orientada hacia arriba con aumento del puente nasal, narinas estrechas musculatura labial incompetente, ausencia de sellado labial, labios resacos y agrietados, forma general del rostro alargada. (Vellini, 2000, p. 225)

Mordedura de uñas u Onicofagia: La mordedura de uñas es una causa de malposición dental, niños nerviosos, tenos con mucha frecuencia muestran este hábito, este hace su aparición generalmente a los 4 años. Para el examen observamos las manos (uñas) del paciente. Puede llegar a producir atrición y ocasionalmente gingivitis. (Ugalde, 2007, p. 41)

Bruxismo: Consiste en el frotamiento habitual de los dientes, que puede ser durante el sueño; puede deberse a causas nerviosas. Este hábito ocasiona pérdida de la dimensión vertical y atrición. Para su diagnóstico se debe interrogar acerca de ruidos en la noche (chasquidos, rechinar los dientes). Puede llegar a producir dolores musculares y se debe examinar la superficie dentaria para observar factor de desgaste. Los movimientos mandibulares del bruxismo, son el resultado de la búsqueda inconsciente de la relación céntrica del paciente, eliminando obstáculos oclusales que se lo impiden. El tipo de desgaste oclusal y/o incisal indicara la modalidad con que cada paciente ejerce su Bruxismo, así como considerar el grado de desgaste, la localización del mismo y el grado de sensibilidad de acuerdo a la siguiente escala:

Grado 1: Solo desgaste de esmalte.

Grado 2: Desgaste de dentina.

Grado 3: Reducción de la extensión de la corona en un tercio de su tamaño original,
o desgaste avanzado (lingual o vestibular).

Grado 4: Reducción de la extensión de la corona en más de un tercio o lesión pulpar. (Vellini, 2000, P. 228)

Pérdida Prematura De Los Dientes Deciduos

Puede ocasionar la maloclusión si el diente permanente no está cerca de la zona de erupción, el diente permanente suele no erupcionar después de la pérdida del diente temporal, esto provoca que los dientes adyacentes se recorran ocupando el espacio, esto conlleva a una reducción de la longitud del arco dental y por lo tanto los dientes permanentes erupcionen en

mal posición, que se impacte o produzca una desviación de la línea media. La pérdida de un diente temporal anterior a edad temprana a su periodo en que normalmente tendría que caerse provoca un espaciamiento entre los dientes anteriores erupcionados y conlleva a una desviación de la línea media hacia a un lado en donde está la pérdida del diente temporal. La pérdida de un diente temporal en la parte posterior provoca que a la hora que erupcione el primer molar permanente erupcione mesializado, y conlleva a la pérdida de la longitud del arco dental y que haciendo que no haya espacio para que erupcione el canino permanente y que los haga labialmente. Cuando se pierdan dientes antes de su periodo normal es recomendable ocupar mantenedores de espacio para que así sirva de guía para que los dientes permanentes no pierdan su erupción y que los dientes adyacentes no se mesialisen provocando la pérdida en la longitud del arco dental. (Canut, 2005, p. 67)

Erupción Tardia De Los Dientes Permanentes

La secuencia de erupción de los dientes comprende un rango de edades, pero si al exfoliarse un diente se debe de tomar en cuenta que los adyacentes se mesializan y provocando que el diente cuya erupción se ha retrasado puede estar impactado o puede desplazarse, es importante mantener y crear el espacio para su erupción para que no provoque esto. (Santi, 2003, p. 32)

Falta o Exceso De Crecimiento De Los Maxilares

La falta de crecimiento de los maxilares, o de alguno de ellos, produce problemas dentro la misma arcada y problemas de relación de ambas arcadas. Cuando los maxilares son

pequeños, y el tamaño de las piezas dentarias es normal hay una disminución en la longitud del arco para creando un problema para que la pieza es ten bien colocadas y esto trae como consecuencia que las piezas dentarias estén mal posicionadas y están apiñadas. Y cuando ocurre al revés que haya mayor longitud de la arcada y que se presente una disminución del número normal de las piezas, dentarias estas gozaran de espacio suficiente trayendo como resultado piezas espaciadas y mal posicionadas. (Canut, 2005, p. 77)

3.5.- Problemas que pueden ocasionar tener maloclusiones.

Gingivitis: Se relaciona con la formación de placa dentobacteriana, es la inflamación de los tejidos gingivales y el sangrado provocado o espontaneo relacionado con los dientes sin pérdida de inserción, una mala técnica de cepillado, por tener Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas) pueden irritar las encías e incrementar los riesgos de gingivitis. (Santi, 2003, p.132)

Periodontitis: Es una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos del ligamento periodontal y el hueso alveolar, conformación de bolsas recesión o ambas. También puede influir las Maloclusiones en el desarrollo de dicha patología mostrando la siguiente característica clínica que los signos clínicos son el cambio de color inflamación, cambio en el contorno y consistencia y presencia de hemorragia continúa al sondeo. (Ortiz, 2006 p. 63)

Apiñamiento dental: El apiñamiento dental es una de las alteraciones en la posición de los dientes más frecuentes y se puede corregir mediante distintos tratamientos ortodónticos. El apiñamiento se da indistintamente en pacientes que no han seguido tratamiento ortodóntico y en aquellos que, habiendo llevado aparatos no han utilizado retenedores dentales. Existen todo tipo de técnicas de ortodoncia estética e invisible para poder solucionar los casos de apiñamiento inferior, sean leves, moderados o graves. (Apodaca, 2004, p. 57)

Mordida cruzada: Las mordidas cruzadas son una parte importante de las Maloclusiones que nos encontramos en los pacientes de ortodoncia en la clínica dental. En una mordida normal, los dientes de la arcada superior sobresalen por delante o por fuera de los de la arcada inferior. Puede haber un componente esquelético, dental o una mezcla de ambos. No obstante, son fáciles de tratar con ortodoncia, siempre y cuando sean detectadas en edades tempranas para evitar la necesidad de cirugía ortognática. (Santi, 2003, p.133)

Etiología de la mordida cruzada anterior: Factores hereditarios. Malos hábitos: morder con la mandíbula hacia delante. Arcada dentaria más corta de lo normal. Dientes temporales que no caen cuando deben y causan malposición del permanente. Lesiones traumáticas en los dientes temporales que provocan desplazamiento del diente permanente. Dientes supernumerarios inclinados hacia vestibular. Apiñamiento de dientes anterosuperiores. (Manns, 2006, p. 76)

Mordida abierta: La mordida abierta es un tipo de maloclusión que se caracteriza porque no hay contacto entre los dientes superiores e inferiores. (Howat, 2001, p. 113)

Las causas que la producen y etiología de la mordida abierta son múltiples, y algunas de ellas pueden ser eliminadas a través de la corrección de los malos hábitos, como por ejemplo, la succión del dedo pulgar o la respiración oral. En otros casos más graves esta indicado realizar tratamientos de ortodoncia. (Manns, 2006, p.107)

Según la zona donde se produzca se clasifican en:

- Mordida abierta anterior: no hay contacto entre incisivos.
- Mordida abierta posterior: no hay contacto entre molares.
- Mordida abierta completa: sólo hay contacto entre los últimos molares, y hay apertura anterior y posterior. (Canut, 2005, p. 95)

Mordida profunda: La mordida profunda es un estado de sobremordida vertical aumentada, donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. También se conoce como resalte dental o sobremordida vertical y la norma es de 2mm. (Howat, 2001, p. 120)

La mordida profunda es un estado de sobremordida vertical aumentada, donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. También se conoce como resalte dental o sobremordida vertical y la norma es de 2mm. (Manns, 2006, p. 118)

El paciente con mordida profunda suele tener las siguientes características faciales: Cara braquicefálico, es decir, forma de cabeza corta y más ancha. Tiene tendencia a clase II esquelética. Perfil cóncavo. El tercio inferior y la dimensión

vertical disminuida. Plano oclusal disminuido (Apodaca, 2004, p. 57)

3.6. Tratamiento Odontológico

Tratamiento preventivo.

Es el cual se busca evitar la maloclusión su objetivo es profiláctico, aquí se controla los hábitos nocivos para el desarrollo estomatognático (succión digital o de dedos). El uso de mantenedores de espacio cuando hay una extracción prematura de los dientes temporales; la extracción de supernumerarios o de cualquier otro factor que altere la cronología eruptiva de las piezas permanentes; y de otra medida que se tenga que tomar ya sea mecánica o quirúrgica que prevenga la maloclusión. (Canut, 2005, p. 96)

Tratamiento interceptivo.

Es la cual interviene cuando la maloclusión está en desarrollo y es en donde se frena su crecimiento de malposición. Su función es corregir la oclusión dental, ya sea funcional esquelética en su desarrollo en edad infantil. (Okeson, 2000, p 97)

Tratamiento correctivo.

Es la que en donde la maloclusión ya está totalmente desarrollada, y se realizan procedimientos curativos para devolver la normalidad en forma y función. (Canut, 2005, p. 99)

Pueden ser de tres tipos:

1.- Tratamiento ortodóntico convencional. Es la que se lleva a cabo tomando en cuenta a cada diente individualmente de

acuerdo a su malposición su función es corregir su posición y puede incluir uno o varias piezas. (Apocada, 2004, p. 110)

2.-Tratamiento ortopédico. Es la que interviene en la función esquelética donde se ocupan aparatos especiales que intervienen de manera activa en el desarrollo óseo, disminuyendo o modificando el desarrollo anormal de crecimiento para establecer un patrón normal. (Ugalde, 2007, p. 99)

3.-Tratamiento funcional. Es el que interviene a la rehabilitación neuromuscular anormal, se ocupan aparatos para musculatura del aparato estomatognático la cual son ideales para establecer un cambio en la oclusión funcional, un hábito de interposición lingual origina la protrusión o mordida abierta anterior; la reeducación lingual por medios mecánicos o rehabilitadores es un tratamiento funcional. (Canut, 2005, p. 100)

3.7. Ortodoncia, Brackets, Coronas De Porcelana Y Cirugía Ortognática

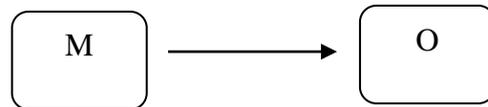
Cuando exista casos extremos es necesaria la corrección ortodóntica del plano oclusal con coronas de porcelana cirugía ortognática. La corrección de la ortodoncia se lleva a cabo tanto en niños como en adultos y su acción va más allá de solo los estético si no también establecer una función adecuada para tener una mejor salud bucodental. Los tratamientos de ortodoncia común mente se llevan a cabo con brackets que pueden ser metálicos o estéticos. Estos últimos pueden ser de plástico (tienen la desventaja de deformarse con los cambios de temperatura bucales y se pigmentan fácilmente) o de cerámica. (Santi, 2003, p. 118)

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño de investigación

La presente investigación fue De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel descriptivo porque describió los hechos tan igual como sucede en la naturaleza. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejaran la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias. Estudio transversal por que las variables se medirán en una sola ocasión, Monovariado por tener una sola variable. (Supo, 2015, p. 1-2)

El diagrama del estudio es el siguiente:



Donde:

M : Muestra

O : Maloclusión

4.2. Universo Muestral.

Estuvo conformado por 40 Alumnos de 17 años de la academia particular APREA de la localidad de Chachapoyas 2017.

a). Criterios de inclusión.

Alumnos que presenten relación molar según angle

Alumnos que están de acuerdo a firmar parte del proyecto

b). Criterios de Exclusión

Alumnos que estén siendo sometidos o hayan tenido tratamientos ortodonticos

Alumnos que hayan perdido el primer molar permanente

4.3. Métodos, técnicas e instrumentos

4.3.1. Métodos.

Durante el proceso de investigación, se emplearon los siguientes métodos científicos:

Inductivo – Deductivo: Que nos permitió explicar desde la realidad concreta hasta la teoría.

4.3.2. Técnicas e instrumentos

Técnica:

Se hizo uso del método observacional y la técnica de llenado de una ficha de datos.

El instrumento:

V₁ = Se utilizó fichas de registro de datos donde se relación molar que consiste en plasmar los hallazgos clínicos sobre las mal posiciones dentarias las cuales serán agrupadas según su clasificación. Dicha ficha será tomada por un operador conocedor del llenado adecuado del mismo tendrá una duración aproximada de 5 a 10 minutos.

4.4. Procedimiento

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

1. Se elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de la variable
2. El instrumento se aplicó a los actores involucrados en la presente investigación, esta se realizó en forma colectiva por exigencias y fines y propiedad de la investigación.
3. Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

4.5. Análisis de datos.

La información final fue procesada en el software SPSS versión 20, Microsoft Word 2010 y Excel 2010. Para el análisis de los resultados se utilizó la estadística descriptiva simple de frecuencias. Para realizar el análisis de relación interna entre la variable de estudio y los datos generales Se realizaron con distribución de frecuencias y tablas de contingencia mostradas en gráficos de barra.

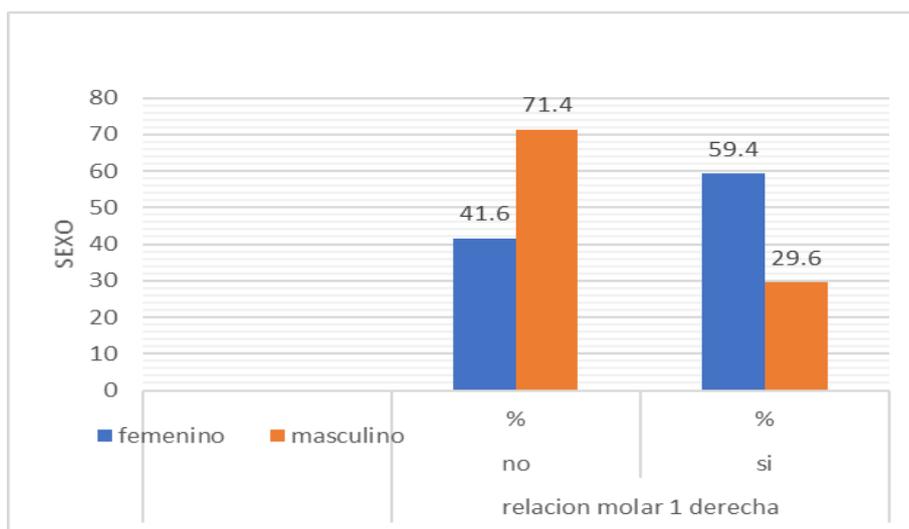
V. RESULTADOS.

TABLA 1: Se presenta la relación molar según Angle I lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo

Sexo	Relación molar I derecha				total	
	NO		SI		fi	%
	fi	%	fi	%		
Femenino	5	41.6	7	59.4	12	100%
Masculino	20	71.4	8	29.6	28	100%
total	25		15		40	100%

Fuente: Ficha de registro de datos elaboración propia.

FIGURA 1: Se presenta la relación molar según Angle I lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo



Fuente: Tabla 1 ficha de registro de datos elaboración propia.

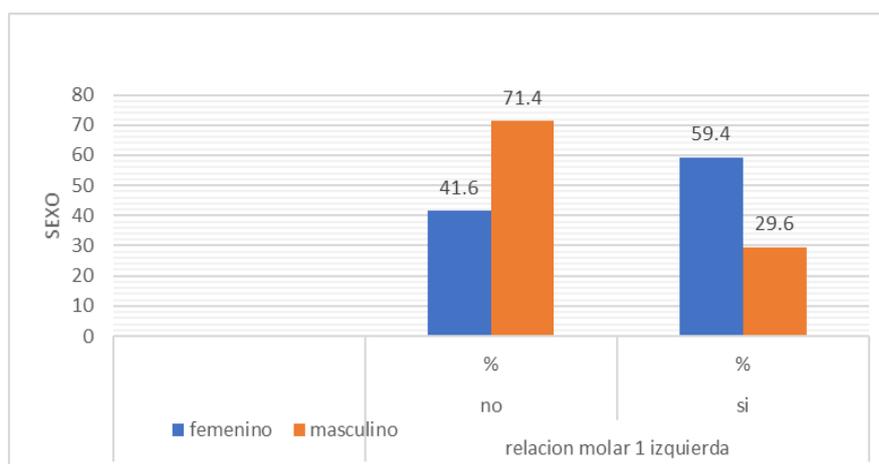
En la tabla y figura N° 1 con respecto a la relación molar según Angle I lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA, se presenta que del 100% de las mujeres, el 59.9% (7) si presentan una relación molar tipo I y 29.6%(8) del sexo masculino si tienen relación molar según Angle tipo I.

TABLA 2.- Se presenta la relación molar según Angle I lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo

Sexo	Relación molar I izquierda				total	
	NO		SI		fi	%
	fi	%	fi	%		
Femenino	5	41.6	7	59.4	12	100%
Masculino	20	71.4	8	29.6	28	100%
total	25		15		40	100%

Fuente: Ficha de registro de datos creación propia.

FIGURA 2: Se presenta la relación molar según Angle I lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo



Fuente: Tabla 2 ficha de registro de datos elaboración propia.

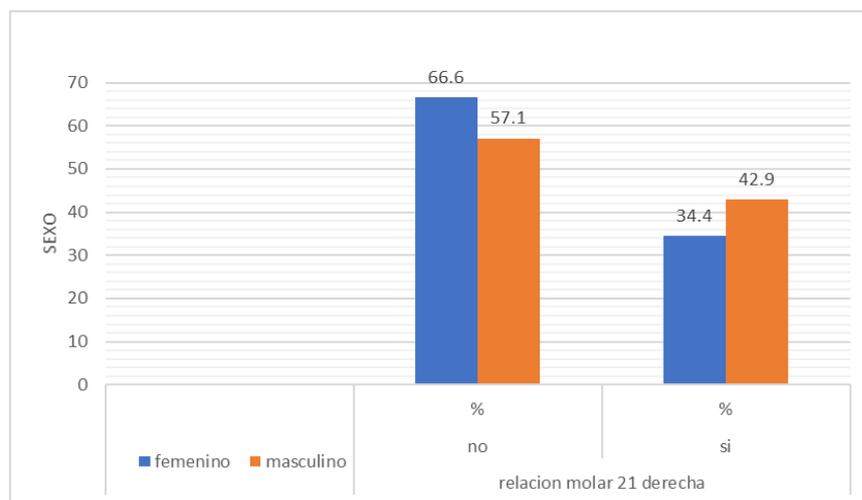
En la tabla y figura N° 2 con respecto a la relación molar según Angle I lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA, se presenta que del 100% de las mujeres, el 59.9% (7) si presentan una relación molar tipo I y 29.6%(8) del sexo masculino si tienen relación molar según angle tipo I.

TABLA 3. Se presenta la relación molar según Angle II 1 lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo

Sexo	Relación molar II 1 derecha				total	
	NO		SI		fi	%
	fi	%	fi	%		
Femenino	8	66.6	4	34.4	12	100%
Masculino	16	57.1	12	42.9	28	100%
total	24		16		40	100%

Fuente: Ficha de registro de datos creación propia.

FIGURA 3: Se presenta la relación molar según Angle II 1 lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo



Fuente: tabla 3 ficha de registro de datos elaboración propia.

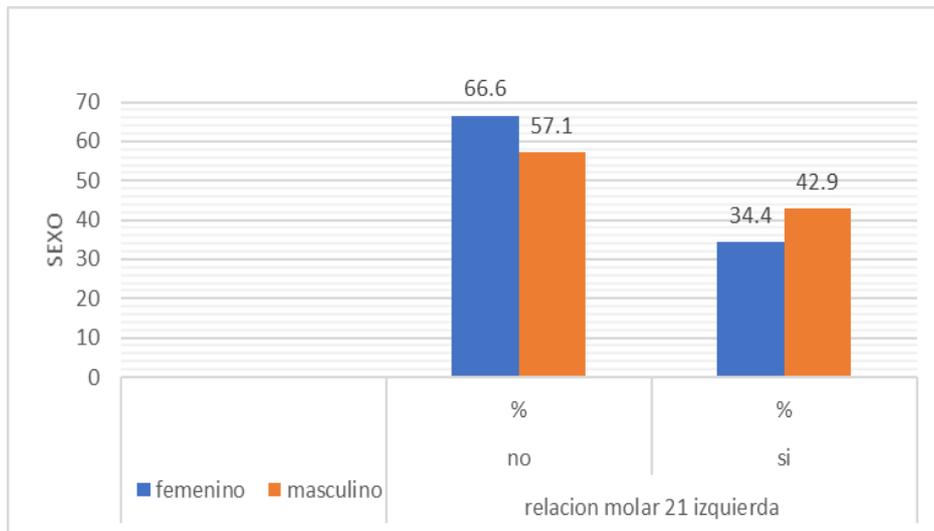
En la tabla y figura N° 3 con respecto a la relación molar según Angle II 1 lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA, se presenta que del 100% de las mujeres, el 34.4% (4) si presentan una relación molar tipo 2I y 42.9%(12) del sexo masculino si tienen relación molar según angle tipo 2I.

TABLA 4.- Se presenta la relación molar según Angle II 1 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo

Sexo	Relación molar II 1 izquierda				total	
	NO		SI		fi	%
	fi	%	fi	%		
Femenino	8	66.6	4	34.4	12	100%
Masculino	16	57.1	12	42.9	28	100%
total	24		16		40	100%

Fuente: Ficha de registro de datos creación propia.

FIGURA 4: Se presenta la relación molar según Angle II 1 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo



Fuente: tabla 4 ficha de registro de datos elaboración propia.

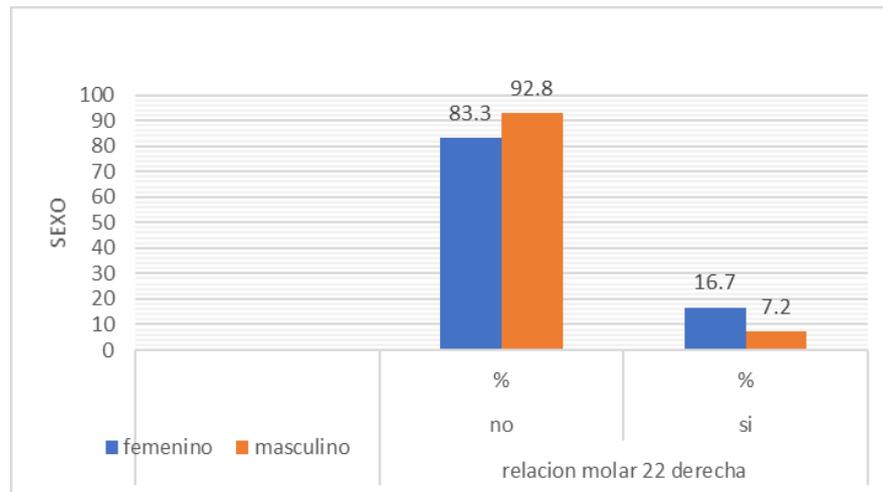
En la tabla y figura N° 4 con respecto a la relación molar según Angle II 1 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA, se presenta que del 100% de las mujeres, el 34.4% (4) si presentan una relación molar tipo II 1 y 66.6%(8) del sexo masculino si tienen relación molar según angle tipo II 1.

TABLA 5. Se presenta la relación molar según Angle II 2 lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo

Sexo	Relación molar II 2 derecha				total	
	NO		SI			
	fi	%	fi	%	fi	%
Femenino	10	83.3	2	16.7	12	100%
Masculino	26	92.8	2	7.2	28	100%
total	36		4		40	100%

Fuente: Ficha de registro de datos creación propia

FIGURA 5: Se presenta la relación molar según Angle II 2 lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo



Fuente: tabla 5 ficha de registro de datos elaboración propia.

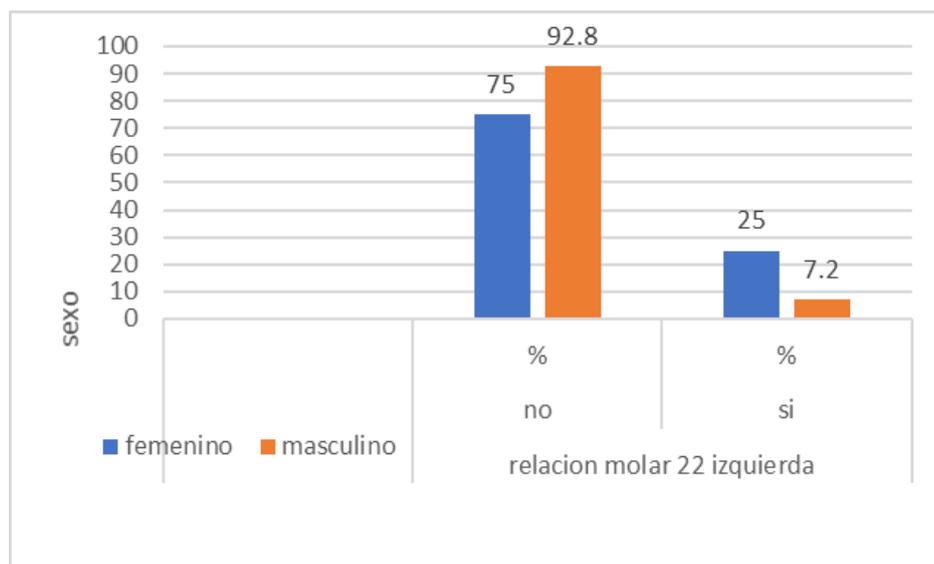
En la tabla y figura N° 5 con respecto a la relación molar según Angle II 2 lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA, se presenta que del 100% de las mujeres, el 16.7% (2) si presentan una relación molar tipo II 2 y 7.2%(2) del sexo masculino si tienen relación molar según angle tipo II 2.

TABLA 6. Se presenta la relación molar según Angle II 2 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo

Sexo	Relación molar II.2 izquierda				total	
	NO		SI		fi	%
	fi	%	fi	%		
Femenino	9	75	3	25	12	100%
Masculino	26	92.8	2	7.2	28	100%
total	35		5		40	100%

Fuente: Ficha de registro de datos creación propia

FIGURA 6: Se presenta la relación molar según Angle II 2 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo



Fuente: tabla 6 ficha de registro de datos elaboración propia.

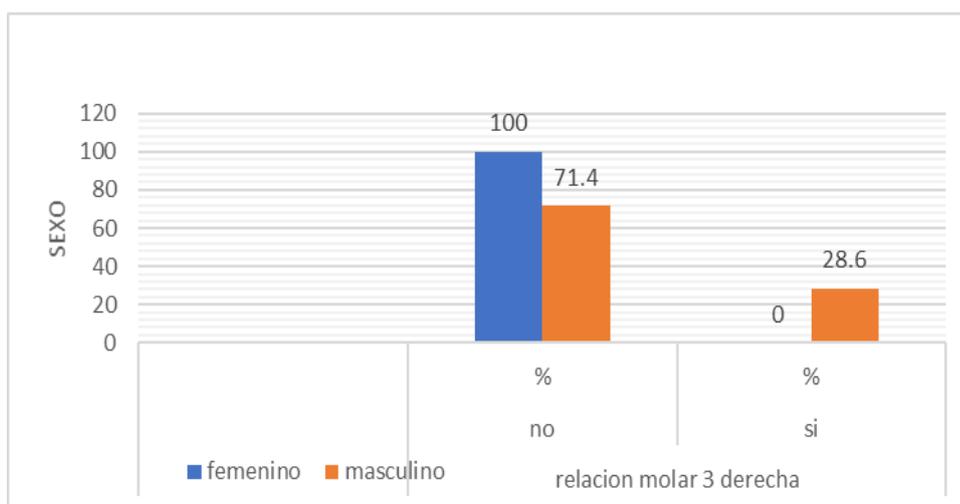
En la tabla y figura N° 6 con respecto a la relación molar según Angle II 2 lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA, se presenta que del 100% de las mujeres, el 25% (3) si presentan una relación molar tipo II 2 y 7.2%(2) del sexo masculino si tienen relación molar según angle tipo II 2.

TABLA 7.- Se presenta la relación molar según Angle III lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo

Sexo	Relación molar III derecha				total	
	NO		SI		fi	%
	fi	%	fi	%		
Femenino	12	100	0	0	12	100%
Masculino	20	71.4	8	28.6	28	100%
total	32		8		40	100%

Fuente: Ficha de registro de datos creación propia.

FIGURA 7: Se presenta la relación molar según Angle III lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo



Fuente: tabla 7 ficha de registro de datos elaboración propia.

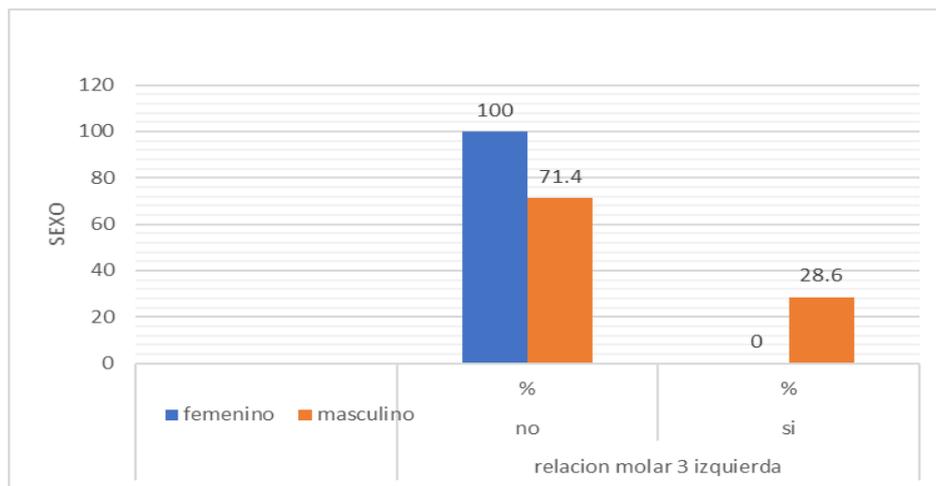
En la tabla y figura N° 7 con respecto a la relación molar según Angle III lado derecho, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA, se presenta que del 100% de las mujeres, el 0% (0) si presentan una relación molar tipo III y 28.6%(8) del sexo masculino si tienen relación molar según angle tipo III.

TABLA 8. Se presenta la relación molar según Angle III lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo

Sexo	Remolar III izquierda				total	
	NO		SI		fi	%
	fi	%	fi	%		
Femenino	12	100	0	0	12	100%
Masculino	20	71.4	8	28.6	28	100%
total	32		8		40	100%

Fuente: Ficha de registro de datos

FIGURA 8: Se presenta la relación molar según Angle III lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA Chachapoyas, 2017. Caracterizado según su sexo



Fuente. - tabla 8 ficha de registro de datos elaboración propia.

En la tabla y figura N° 8 con respecto a la relación molar según Angle III lado izquierdo, de los estudiantes de 17 años de la academia particular APREA, se presenta que del 100% de las mujeres, el 0% (0) si presentan una relación molar tipo III y 28.6%(8) del sexo masculino si tienen relación molar según angle tipo III.

VI. DISCUSIÓN.

Comparando con los estudios de Durgesh. (2012) Brazil. en su investigación cuyo Objetivo fue: determinar el patrón de maloclusión dental en 264 pacientes que acudieron al departamento de ortodoncia de la facultad de odontología de mauras. existe una alta prevalencia clase I de angle(66.3%),Clase II de angle(29.2%) Y la clase III(4.5%).este estudio revela el predominio de la maloclusión clase I de angle , hubo mayor presencia de maloclusiones en el sexo femenino. Por lo que no hubo coincidencia con los resultados obtenidos los cuales fueron que 100% del universo muestral, La Normoclusion o también conocida como relación molar clase angle I es representada por son 30% (12) tiene mayor prevalencia las Maloclusiones con un 70% (28).

Comparando con los estudios de Wang w. (2012) China. En su investigación cuyo Objetivo fue: determinar la prevalencia de maloclusión según angle en alumnos estudiantes universitarios de arqueología, resultados: normoclusion (72.4%), Clase I (13.8%), Clase II (6.9%), Clase III (6.9%) Por lo que no hubo coincidencia ya que los resultados fueron 100% del iniverso muetral, La Normoclusion o también conocida como relación molar clase angle I es representada por son 30% (12) tiene mayor prevalencia las Maloclusiones con un 70% (28).

Comparando con los estudios de Sandhu S.(2012) La India, en su investigación cuyo objetivo fue : determinar la prevalencia de maloclusión según angle en pobladores del sur y del norte de la india, cuyo estudio arrojó estos resultados:la maloclusión tipo II de angle fue la más prevalente (52.3%) en estudiantes de 14-20 años ;maloclusion III de angle (15.2) , Por lo que si hubo coincidencia con el trabajo se presenta que ya que los resultados obtenidos fueron 100% del iniverso muetral, La relación molar según angle II 1 tiene (16) 40% del universo muestral total en donde mayor prevalencia en el sexo masculino en comparación al femenino.

Comparando con los estudios de López L. (2014) México, en su investigación cuyo objetivo fue: Determinar la prevalencia de Maloclusiones de los alumnos de 9 a 12 años de la Escuela Primaria Federal Ignacio Ramírez de Tihuatlan Veracruz. Los resultados obtenidos fueron los siguientes, y en relación a la edad que existe mayor prevalencia de

maloclusión en los 9 años 26 (32%) casos, 10 años 25 (31%), 11 años 19 (24%) y con menor prevalencia a los 12 años 10 (13%) de los casos. En comparación con el presente proyecto su resultado fue que 100% del iniverso muestral, La Normoclusion o también conocida como relación molar clase angle I es representada por son 30% (12) tiene mayor prevalencia las Maloclusiones con un 70% (28).

En comparación con los estudios de Kandelwal A. (2010) España, cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia de Maloclusiones de estudiantes entre 14-19 años de la escuela pública de malaga. En el cual los resultados hallados fueron: que el 69.15% presento clase I de angle,el 18.90% presento clase II div 1 de angle,el 7.69% presento clase II div 2 y el 3.98% presento clase III . Por lo que no hubo coincidencia con el presente trabajo se presenta que ya que mis resultados fueron 100% del iniverso muestral, La Normoclusion o también conocida como relación molar clase angle I es representada por son 30% (12) tiene mayor prevalencia las Maloclusiones con un 70% (28).

En comparación con los estudios de García A. (2013) Venezuela, cuyo objetivo fue: determinar en base a la clasificación de Angle la prevalencia de maloclusión en un grupo de alumnos de la facultad de odontología de Poza Rica. en el cual los Resultados fueron que de la muestra analizada de 106 jovenes de los cuales 68 (64.2) fueron mujeres y 38 (35.8) hombres, con un rango de edades de 17 a 25 y con promedio de edad de 20.6 años. La mayor prevalencia correspondió a la clase I con 84 casos (79.2%); la clase II con 6 casos (5.7%); la clase II subdivisión con 11 casos (10.4%) y clase III con 4 casos (3.8%). Por lo que no hubo coincidencia ya que los resultados obtenidos fueron 100% del iniverso muestral, La Normoclusion o también conocida como relación molar clase angle I es representada por son 30% (12) tiene mayor prevalencia las Maloclusiones con un 70% (28).

En comparación con los estudios de Salazar, N. (2013) Lima - Perú, cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia de Maloclusiones. del cual los Resultados fueron: la maloclusión se presentó en 74%, la clase I fue la más frecuente con 56.1% seguida de la clase II con 25% y la clase III con 18.9%. Por lo que no hubo coincidencia con la presente investigación puesto que en el presente trabajo que se realizó En los resultados arrojan que 100% del iniverso muestral La Normoclusion o también conocida como relación molar

clase angle I es representada por son 30% (12) tiene mayor prevalencia las Maloclusiones con un 70% (28).

En comparación con los estudios de Aliaga A, (2011). Ucayali -Perú, cuyo Objetivo fue: determinar la prevalencia de Maloclusiones en niños y adolescentes de 2-18 años de edad pertenecientes a 18 caseríos y comunidades nativas de la selva de Ucayali. obteniendo como Resultado que de 125 niños y adolescentes (85.6%) presento algún tipo de maloclusión, siendo la más frecuente clase I de angle con 87 individuos(59.6%)seguida por maloclusión clase II según angle con 27 individuos(18.5%) y la clase III de angle con 11 individuos(7.5%) presentando oclusión normal 21 sujetos(14.4%) Por lo que no hubo coincidencia con el presente trabajo puesto que en el los resultados obtenidos fueron 100% del iniverso muestral, La Normoclusion o también conocida como relación molar clase angle I es representada por son 30% (12) tiene mayor prevalencia las Maloclusiones con un 70% (28).

En comparación con los estudios de Zapata, M. (2013) Lima – Perú. Cuyo objetivo fue: Relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con las Maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”. Obteniendo como Resultado: La maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. Por lo que no hubo coincidencia con dicho trabajo ya que en el presente trabajo se presenta que ya que los resultados obtenidos fueron 100% del universo muestral, La Normoclusion o también conocida como relación molar clase angle I es representada por son 30% (12) tiene mayor prevalencia las Maloclusiones con un 70% (28).

VII. CONCLUSIONES

- 1.- La relación molar según angle I es representada por 30% (12), La relación molar según angle II está representada por el 50% de la muestra total , La relación molar según angle III tiene (8) 20% del universo muestral total en donde mayor prevalencia en el sexo masculino en comparación al femenino.

- 2.- La relación molar según angle II 1 tiene (16) 40% del universo muestral total en donde mayor prevalencia en el sexo masculino en comparación al femenino, La relación molar según angle II 2 tiene (5) 10 % en donde mayor prevalencia en el sexo femenino en comparación al masculino.

- 3.- la mayor prevalencia de Maloclusiones según angle la tiene el sexo masculino con un 37.5% y las mujeres 32.5 %

VIII. RECOMENDACIONES.

- **Escuela profesional de estomatología.**
 - Realizar campañas de concientización y prevención de las Maloclusiones dentales para poder de esta manera prevenir diferentes enfermedades que de la maloclusión difieren.
 - Realizar más estudios sobre maloclusión en la población estudiantil de la ciudad

- **A las autoridades de la institución particular APREA.**
 - Coordinar con odontólogos para concientizar a sus estudiantes mediante charlas de la importancia del cuidado de los dientes y que implica tener maloclusión

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Libros

Apodaca, A. (2004). fundamentos de la oclusión, 1era edicion. Mexico,editorial Printed.

Canut, J. (2005) Ortodoncia Clínica y terapéutica. 2da ed. Barcelona: Masson-Salvat Odontología.

Howat, A. (2001). oclusión y maloclusión. 1era. edicion.brazil .editorial coloratlas

Manns, A. (2006). manual práctico de oclusion detaria. 2da edicion. chile: amolca.

Okeson, J. (2000). tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 6da ed. Barcelona: Elsevier Mosby.

Vellini, F. (2000) Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica. 4ta ed. Barcelona: Artes Médicas international.

Revistas

Ortiz, M. (2006), Maloclusión Clase II división 1; etiopatogenia, características clínicas y alternativa de tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

Santi, J. (2003). Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

Ugalde, F. (2007). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM.

Tesis y monografías

- Aliaga, A (2011) prevalencia de Maloclusiones en niños y adolescentes de cacerios y comunidades nativas de la amazonia de Ucayali, investigación médica y salud pública, Perú
- Durgesh, B. (2012). prevalencia de Maloclusiones según angle de los pacientes del departamento de ortodoncia de la clínica mauritian. tesis de posgrado. Brazil.
- García A. (2013). Prevalencia de maloclusión de la clasificación de angle en grupo de alumnos de la facultad de odontología de poza rica, Tesis Posgrado, Venezuela
- Kandelwal, A. (2010). Prevalencia de Maloclusiones en estudiantes entre 14-19 años en malawa. tesis postgrado. España.
- Lopez, L. (2014). Prevalencia de Maloclusiones en los alumnos de 9 a 12 años de la escuela primaria federal Ignacio Ramirez de Tihuatlan Veracruz. Tesis postgrado Universidad de Veracruz. Mexico
- Sandhu, S. (2012) Prevalencia de Maloclusiones pobladores del sur de la india. trabajo de investigación epidemiológico. La India
- Salazar, N. (2013). Prevalencia de Maloclusiones en niños escolares del departamento de tumbes. Tesis de pregrado Universidad Nacional Mayor de San. Perú
- Wang, W. (2012). Prevalencia de Maloclusiones según angle en estudiantes de china, tesis posgrado, China.

Páginas web

<http://www.clasificación de Maloclusiones/dent cosmos def.htm> (12/09/04)

http://www.zonaortodoncia.com/malocclusion_def.htm(1/12/06)

ANEXOS

Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENCIONES	ESCALA
<p style="text-align: center;">V₁ MALOCCLUSIÓN</p>	<p>La maloclusión se refiere a cualquier desviación a partir de la oclusión normal es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior. Displasias esqueleto dentarias; displasia alveolar dentarias, displasias óseas y no se puede interpretar a la maloclusión como un estado patológico si no como una variación en la morfología humana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la cúspide mesiovestibular del primer molar superior esta en el mismo plano que el surco mesiovestibular del primer molar inferior. 	Clase I angle	<p>Variable Nominal</p> <p>Variable: Escala nominal si = 2 no = 1</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Los incisivos se van a encontrar protruidos - los arcos pueden estar apiñados - los Incisivos inferiores normales o retro inclinados. - Puede haber mordida abierta anterior. - Las arcadas son estrechas de forma triangular y paladar profundo - sobremordida, puede presentarse desde abierta a profunda. 	Clase II angle -1	
		<ul style="list-style-type: none"> - los incisivos centrales van a tener una inclinación hacia lingual, y los incisivos laterales superiores van estar inclinados hacia vestibular. - Se va encontrar en el maxilar inferior con poco o nada de apiñamiento. - Vestibulo versión de los incisivos laterales superiores. Linguoversión de los incisivos centrales superiores. - Incisivos inferiores rectos. - Suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas. 	Clase II angle -2	
		<ul style="list-style-type: none"> - La relación molar se va dar cuando la cúspide mesiobucal es de la molar superior van a tener contacto en el surco disto vestibular del molar inferior. - Mordida cruzada anterior - puede haber mordida cruzada posterior. - Mordida de borde a borde. - mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños. 	Clase III angle	

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS - FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD -ESCUELA
PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA - PREVALENCIA DE
MALOCLUSIONES SEGÚN ANGLE EN ESTUDIANTES DE 17 AÑOS E LA
ACADEMIA PARTICULAR APREA CHACHAPOYAS - 2017**

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

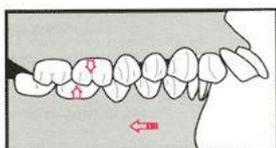
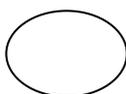
INTRODUCCION: Estimado estudiante, este cuestionario tiene como finalidad determinar existencia o no de maloclusión en estudiantes de 17 años de edad en la academia particular APREA.

INDICACIONES: El aplicador el cual fue previamente capacitado, llenara con un aspa (x) dentro de la circunferencia perteneciente a las respuestas

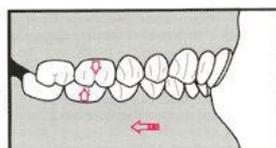
DATOS GENERALES: Edad: 17 a. sexo: F () M ()



Clase I



CLASSE II division 1.



CLASSE II division 2.



Clase III



DERECHA

IZQUIERDA

Fotografias

Fotografia con relacion molar segun Angle I



Fotografia con relacion molar segun Angle II



Fotografia con relacion molar segun Angle III

