

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR



TESIS

“Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

AUTOR: Gil Pereda, Luis Ernesto

ASESOR: Soldevilla Galarza, Luciano Carlos

HUÁNUCO – PERÚ

2026



TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública en
tología

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Odontología, Cirugía oral, Medicina oral

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda
especialidad en ortodoncia y ortopedia maxilar

Código del Programa: P41

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 29602586

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 08757896

Grado/Título: Maestro en salud pública y gestión
sanitaria

Código ORCID: 0000-0002-5939-4644

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Alarcón Olivera, Rolando Tomás	Maestro en educación, mención en investigación y docencia superior	10553329	0000-0002-9488-4796
2	Cornejo Gayoso, Álvaro Antonio	Maestro en ciencias de la salud, con mención en odontoestomatología	22509668	0000-0002-7635-0686
3	Cárdenas Críales, Jesús Omar	Magister en ciencias de la salud pública y docencia universitaria	28292448	0000-0002-1590-1763

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



FORMATO 07

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN Y/O DEFENSA DE LA TESIS

Apellidos y nombres de la tesista: LUIS ERNESTO, GIL PEREDA

Fecha: 25 de julio del 2026

- **TÍTULO DEL ESTUDIO:** "PREVALENCIA DE LAS MALOCCLUSIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LA I.E. 80521 MANUEL ENCARNACIÓN SAAVEDRA GELDRES DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CHUCO, 2024"

➤ CARGO DEL JURADO

Presidente : MG ESP. ROLANDO TOMAS ALARCON OLIVERA
Secretaria : MG. ESP. JESUS OMAR CARDENAS CRIALES
Vocal : MG. ESP. ALVARO ANTONIO CORNEJO GAYOSO

EVALUACION CUANTITATIVA

Línea de investigación	Puntaje máximo del 1 al 4		
	Jurado presidente	Jurado secretario	Jurado vocal
1. PRESENTACIÓN PERSONAL	4	4	4
2. EXPOSICIÓN	4	4	4
3. DOMINIO DEL TEMA (consideraciones del tiempo)	4	4	4
4. APORTES Y ORIGINALIDAD (Medios Y materiales de apoyo)	4	4	4
5. RESPUESTA A LA INTERROGANTES DEL JURADO	2	2	2
SUMA DE PUNTAJE	18	18	18
PUNTAJE CUANTITATIVO FINAL	18		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	SUFICIENTE	DESAPROBADO
Jurado presidente		X			
Jurado secretario		X			
Jurado vocal		X			
Calificación cualitativa Final	MUY BUENO				

PRESIDENTE

MG ESP. ROLANDO TOMAS ALARCON OLIVERA

SECRETARIO

MG. ESP. JESUS OMAR CARDENAS CRIALES

VOCAL

MG. ESP. ALVARO ANTONIO CORNEJO GAYOSO



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: **LUIS ERNESTO GIL PEREDA**, de la investigación titulada "**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LA I.E. 80521 MANUEL ENCARNACIÓN SAAVEDRA GELDRES DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CHUCO, 2024**", con asesor(a): **LUCIANO CARLOS SOLDEVILLA GALARZA**, designado(a) mediante documento: **RESOLUCIÓN N° 3539-2024-D-FCS-UDH** del P. A. de SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 16 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 26 de mayo de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
Cód. ORCID: 0009-0004-1375-5004

Nota: La presente constancia tendrá una **vigencia de cuatro (4) meses**, conforme a lo establecido en la **Directiva del Software de Identificación de Similitud y Originalidad**, aprobada mediante **Resolución N° 532-2024-P-CD-UDH**.

Vencido dicho plazo, el solicitante deberá realizar nuevamente el procedimiento correspondiente para la emisión de una nueva constancia.

Válida hasta el 26 de septiembre de 2026.

IMAGEN DEL RESULTADO DE TURNITIN

101. LUIS ERNESTO GIL PEREDA.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	11%	11%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
2	repositorio.unsaac.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	Submitted to Universidad Católica de Santa María	2%
	Trabajo del estudiante	
4	repositorio.uap.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.ug.edu.ec	1%
	Fuente de Internet	



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A DIOS, porque en Él encontré la fortaleza.

*A mi esposa Andrea; a mis hijos, Luis Andrés, Miriam Andrea y Luis Ernesto;
por su constancia, entusiasmo y apoyo incondicional, y porque son la razón
de mi vida.*

AGRADECIMIENTOS

A la UDH, por acogerme como Residente de la Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

A todos y cada uno de los docentes de la Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, quienes me han brindado sus conocimientos.

A mi Asesor, el Maestro Luciano Carlos Soldevilla Galarza, por su invaluable e incondicional apoyo y guía en el desarrollo de la presente investigación.

A mis compañeros Residentes, porque siempre me hicieron sentir en familia.

A los estudiantes que tuvieron a bien colaborar en el desarrollo del presente trabajo, porque a ellos estuvo dirigida la investigación.

Finalmente, a todas las personas que creyeron y apoyaron esta idea.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	.III
INDICE.....	IV
RESUMEN	VIII
RESUMO	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPÍTULO I	12
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	13
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	13
1.3. OBJETIVO GENERAL	14
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.5.1. JUSTIFICACIÓN SOCIAL.....	15
1.5.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	15
1.5.3. JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA.....	15
1.5.4. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA	15
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	19
2.2.1. LOS ARCOS DENTARIOS	19
2.2.2. OCLUSIÓN	19
2.2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN NORMAL	20
2.2.4. MALOCLUSIONES	26
2.2.5. CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN ANGLE.....	27
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	29
2.3.1. PREVALENCIA.....	29
2.3.2. OCLUSIÓN	30
2.3.3. NORMOCLUSIÓN	30
2.3.4. MALOCLUSIÓN.....	30
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS	30

2.5. SISTEMA DE VARIABLES	31
2.5.1. VARIABLE ÚNICA	31
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	31
CAPÍTULO III.....	32
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	32
3.1.1. ENFOQUE	32
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	32
3.1.3. DISEÑO	32
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	32
3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	32
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	33
CAPÍTULO IV.....	34
RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO V.....	52
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de la matriz de registro y control.....	35
Tabla 2. Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle.	37
Tabla 3. Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente femenina.....	40
Tabla 4. Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente masculina.....	43
Tabla 5. Prevalencia de la maloclusión Clase I, según la Clasificación de Angle.....	46
Tabla 6. Prevalencia de la maloclusión Clase II, según la Clasificación de Angle.....	48
Tabla 7. Prevalencia de la maloclusión Clase III, según la Clasificación de Angle.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resumen de la matriz de registro y control.....	36
Figura 2. Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle.....	39
Figura 3. Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente femenina.....	42
Figura 4. Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente masculina.....	45
Figura 5. Prevalencia de la maloclusión Clase I, según la Clasificación de Angle.....	47
Figura 6. Prevalencia de la maloclusión Clase II, según la Clasificación de Angle.....	49
Figura 7 Prevalencia de la maloclusión Clase III, según la Clasificación de Angle.....	51

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se presenta bajo el título de: “Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024”.

El objetivo fundamental de la presente investigación fue determinar la prevalencia de las maloclusiones, según la clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.

La técnica empleada fue la observación clínica, empleando para ello una ficha de observación clínica. En cada paciente se determinó la relación molar de acuerdo a los principios preconizados por Angle.

Se trata en consecuencia de una investigación descriptiva y la alternativa adoptada fue de estudio de población (273 casos); se consideró ciertos criterios de inclusión y exclusión, es así que se tomó pacientes de ambos sexos, entre 12 y 17 años de edad, con piezas dentarias completas (tanto en número como en integridad, con o sin terceros molares permanentes), que no hayan recibido tratamiento ortodóncico, ortopédico o ambos.

La información obtenida y descrita anteriormente ha permitido llegar a resultados que podemos plasmarlos en la siguiente afirmación: La maloclusión de Clase I de Angle sigue manteniendo mayor prevalencia frente a las demás; la maloclusión de Clase II de Angle, no siempre va a ocupar el segundo lugar en prevalencia; la maloclusión de Clase III de Angle, en algunas poblaciones ocupa el segundo lugar en prevalencia y, finalmente, existe mayor prevalencia de maloclusiones en el sexo femenino que en el masculino.

Palabras Clave: Prevalencia, oclusión, normoclusión, maloclusión, clases, Angle.

RESUMO

Este trabalho de pesquisa é apresentado sob o título: “Prevalência de maloclusões de acordo com a Classificação de Angle na população adolescente da Escola Manuel Encarnación Saavedra Geldres (I.E. 80521) no distrito de Santiago de Chuco, 2024”.

O principal objetivo desta pesquisa foi determinar a prevalência de maloclusões segundo a classificação de Angle na população adolescente da Escola Manuel Encarnación Saavedra Geldres (I.E. 80521) no distrito de Santiago de Chuco, 2024. A técnica utilizada foi a observação clínica, empregando-se uma ficha de observação clínica. A relação molar foi determinada em cada paciente segundo os princípios estabelecidos por Angle.

A técnica utilizada foi a observação clínica, empregando-se um formulário de observação clínica. Em cada paciente, a relação molar foi determinada de acordo com os princípios preconizados por Angle.

Trata-se, portanto, de um estudo descritivo, e a abordagem escolhida foi um estudo populacional (273 casos). Foram considerados determinados critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade entre 12 e 17 anos, com dentição completa (em número e integridade, com ou sem terceiros molares permanentes), que não haviam recebido tratamento ortodôntico, ortopédico ou ambos.

A informações obtidas e descritas acima permitiram chegar a resultados que podem ser resumidos na seguinte afirmação: a má oclusão de Classe I de Angle continua sendo a mais prevalente; a má oclusão de Classe II de Angle nem sempre ocupa o segundo lugar em prevalência; a má oclusão de Classe III de Angle ocupa o segundo lugar em prevalência em algumas populações; e, finalmente, as maloclusões são mais prevalentes em mulheres do que em homens.

Palavras-chave: Prevalência, oclusão, normoclusão, maloclusão, classes, Angle.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones están consideradas como un problema de salud pública al ocupar el tercer lugar entre las enfermedades de la boca, después de la caries dental y la enfermedad periodontal; las maloclusiones no solamente obedecen al factor dentario, sino al óseo o a una combinación de ambos; cualquiera sea el origen, se ve comprometida la función del aparato estomatognático y la estética facial.

Es importante, durante el diagnóstico, determinar el tipo de maloclusión, de acuerdo con una clasificación que sea sencilla y universal con la finalidad de poder elaborar el plan de tratamiento más adecuado para cada paciente.

En 1899, Angle introdujo un esquema simple y de aceptación universal, al que llamó Clases; el cual, a pesar de las críticas, no ha podido ser desplazado hasta el momento (Vellini, 2002).

El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024; la población estuvo constituida por 273 estudiantes entre damas y varones; la técnica fue la observación clínica, registrándose los datos en una ficha de observación clínica elaborada especialmente para el estudio.

La justificación social está sustentada en la satisfacción de los pacientes; la justificación teórica en la generación de conocimiento, el cual servirá de base para futuras investigaciones en el campo de las maloclusiones, su diagnóstico y su plan de tratamiento; la justificación económica es que permitirá realizar un diagnóstico precoz y adecuado y, a partir de éste, plantear los objetivos de tratamiento que puedan evitar a que dichas condiciones se presenten en su máxima expresión, generando gastos innecesarios; la justificación técnica es que permitirá gestionar la apertura del servicio de consultorio externo odontológico especializado en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar en el Hospital César Vallejo Mendoza con la finalidad de resolver los problemas de maloclusión en los usuarios del servicio de Odontología que cuenten con Seguro Integral de Salud.

Como conclusión podemos afirmar que la maloclusión de Clase I de Angle sigue manteniendo mayor prevalencia frente a las demás; la maloclusión de Clase II de Angle, no siempre va a ocupar el segundo lugar en prevalencia; la maloclusión de Clase III de Angle, en algunas poblaciones se ubica en segundo lugar en prevalencia y, existe mayor prevalencia de maloclusiones en el sexo femenino que en el masculino.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las maloclusiones son condiciones en las que no existe una buena relación entre las piezas dentarias, ya sea de una misma arcada o con las antagonistas, lo que conlleva a problemas de relación, estéticos y funcionales del aparato estomatognático que terminan por influir negativamente en la vida de las personas. Los factores etiológicos de una maloclusión pueden ser genéticos, epigenéticos o una combinación de ambos.

Dentro del ámbito de maloclusiones, existen diversas clasificaciones que describen con notable éxito las características que exhiben en cada uno de los pacientes; sin embargo, la Clasificación de Angle es la que, a pesar del tiempo, mantiene vigencia y es de uso universal para describir las condiciones oclusales de las personas. Sin embargo, debemos contextualizar dichas condiciones, ya que en nuestro país existe una mezcla de razas y etnias que podrían determinar características particulares a tener en cuenta durante el diagnóstico y el planteamiento de los objetivos de tratamiento por parte de los especialistas.

Saber clasificar las maloclusiones y tener una idea de su prevalencia en un determinado contexto juega un papel determinante para realizar un diagnóstico precoz y a partir de éste, plantear los objetivos de tratamiento que puedan evitar a que dichas condiciones se presenten en su máxima expresión.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la prevalencia de la maloclusión de Clase I de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco 2024?
- ¿Cuál es la prevalencia de la maloclusión de Clase II de Angle, sus Divisiones y subdivisiones en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024?
- ¿Cuál es la prevalencia de la maloclusión de Clase III de Angle y sus Subdivisiones en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024?
- ¿Cuál es la distribución de la prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, por sexo, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.4.1. Determinar la prevalencia de la maloclusión de Clase I de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.
- 1.4.2. Determinar la prevalencia de la maloclusión de Clase II de Angle, sus Divisiones y Subdivisiones, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.
- 1.4.3. Determinar la prevalencia de la maloclusión de Clase III de Angle y sus Subdivisiones en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.
- 1.4.4. Determinar la prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, por sexo, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El éxito del tratamiento ortodóncico radica en un buen diagnóstico de la maloclusión. Es imprescindible, por tanto, el manejo de una clasificación sencilla pero universal con la finalidad de establecer un mejor abordaje de la patología.

1.5.1. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

El hecho que las maloclusiones, según la OMS, afecten al 80% de la población, exige al especialista un vasto conocimiento de todas las formas posibles en que éstas se pueden presentar, a fin de hacer un buen diagnóstico, un buen plan de tratamiento y lograr la satisfacción de los pacientes.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Se generará conocimiento, el cual servirá de base para futuras investigaciones en el campo de las maloclusiones, su diagnóstico y su plan de tratamiento.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA

Al realizarse por primera vez en un grupo poblacional del distrito y provincia de Santiago de Chuco, aspira a determinar la distribución de las maloclusiones según la Clasificación de Angle, lo que servirá para orientar a realizar un diagnóstico precoz y adecuado y, a partir de éste, plantear los objetivos de tratamiento que puedan evitar a que dichas condiciones se presenten en su máxima expresión, generando gastos innecesarios y logrando la satisfacción de los pacientes.

1.5.4. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

Permitirá elaborar un informe, en base a los resultados, el cual será ingresado a la Dirección de Hospital y Dirección Ejecutiva de la Red de Salud como sustento de la necesidad de aperturar el servicio de consultorio externo odontológico especializado en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, el que permitirá la apertura del componente especializado y con él, el acceso a la compra de materiales, insumos y servicios con la finalidad de resolver los problemas de maloclusión en los usuarios del servicio de Odontología que cuenten con Seguro Integral

de Salud, ya que al momento, por los altos costos del tratamiento especializado, la población de menores recursos económicos, que es la más vulnerable, no puede acceder a dichos tratamientos; quedando resignados, en el mejor de los casos, a convivir con sus maloclusiones o, en el peor de los casos, a buscar los servicios de personas que hacen empirismo y ejercicio ilegal de la profesión, poniendo en peligro su salud y su integridad.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las principales limitaciones que podemos encontrar podrían ser las siguientes:

- Cierta ausentismo de la población adolescente escolar, debido principalmente a las actividades extraacadémicas que realizan con la finalidad de contribuir a la canasta familiar.
- Pérdida precoz de piezas dentarias permanentes que imposibilitan la determinación certera del tipo de maloclusión, según Angle.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue viable, ya que fue factible de realizar debido a la disponibilidad de unidades de estudio, recursos, literatura especializada, dominio metodológico y un diseño investigativo eficaz.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Pascual SD. et al.¹, en Madrid, en el año 2021, en un estudio sobre Prevalencia de las maloclusiones, según la clasificación de Angle, en una población universitaria, publicaron los resultados de su investigación realizada mediante un análisis de modelos de estudio de ortodoncia de 87 estudiantes del 3º Grado de Odontología de la Universidad San Pablo-CEU, reportando que el 55.2% presentaron maloclusión de Clase I, el 25.3 presentaron maloclusión de Clase II, el 16.1 presentaron maloclusión de Clase III y, el 3.4% presentaron en un lado, maloclusión de Clase II y, en el otro lado, maloclusión de Clase III.

García GV. et al.², en Cataluña, en el año 2011, en su estudio titulado Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona, publicaron los resultados de su investigación realizada mediante un estudio observacional descriptivo mixto transversal de una población de 1051 escolares, con una edad promedio de 9.32 años, reportando que el 72.8% presentó Clase I de Angle; 19% y 5.2% Clase II-1 y II-2 respectivamente y, 2.9% Clase III.

Talley MM. et al.³, en México, en el año 2007, en su estudio titulado Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM, publicaron los resultados de su investigación realizada en una muestra obtenida de expedientes de pacientes atendidos en el Departamento de Ortodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, entre los años 1998 al 2004, con edades de 8 a 40 años, reportando que 226 casos presentaron Clase I de Angle, que equivale al 52.8%; 145 casos padecen Clase II, que equivale al 33.9% y, 57 casos presentaron Clase III, que equivale al 13.3%.

Méndez ML.⁴, en Lima, en el año 1998, en un estudio sobre Clasificación de la maloclusión según Angle en el Perú, publicó los resultados de su investigación basada en la revisión de 27 trabajos de Tesis de Bachiller en Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Todos ellos realizaron sus estudios basados en la incidencia de maloclusiones en varios departamentos del Perú (Ancash, Cajamarca, Cerro de Pasco, Huánuco, La Libertad, Lima, Junín y Puno), reportando que el 16.59% presentaba normooclusión, el 62.95% presentaba Clase I de Angle, el 12.67% presentaba Clase II y el 6.63% presentaba Clase III.

Delgado II. y Caballero MM.⁵, en Huancayo, en el año 2021, en su estudio titulado Necesidad de tratamiento ortodóntico y prevalencia de maloclusiones en niños de una institución educativa de Huancayo, publicaron los resultados de su investigación realizada mediante un estudio transversal de 200 escolares con una edad entre 10 a 12 años, reportando que el 66% de los escolares presentó maloclusión Clase I de Angle, el 29.5% presentó maloclusión Clase II y el 4.5% presentó maloclusión Clase III.

Aliaga A. et al.⁶, en Lima, en el año 2011, en su estudio titulado Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú, publicaron los resultados de su investigación realizada mediante un estudio descriptivo transversal de 201 personas entre 2 a 18 años de edad, que no habían recibido tratamiento ortodóntico previo, reportando que el 14.4% presentaba una oclusión normal, el 59.6% presentaba maloclusión Clase I de Angle, el 18.5% presentaba maloclusión Clase II y el 7.5% presentaba maloclusión Clase III.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. LOS ARCOS DENTARIOS

La forma en arco es el diseño perfecto para resistir tensiones externas sin experimentar alteraciones en su estructura íntima⁷.

El arco dentario permanece estable gracias a la presencia e integridad de cada uno de los dientes; basta que falte uno para que el arco colapse, ya que el que se encuentra a mesial de la unidad faltante se va a distalizar, el que está a distal se va a mesializar y, el antagonista, se va a extruir.

En 1873, Tomes propuso la hipótesis, relacionando la forma del arco con la actividad muscular; decía que no existe un patrón hereditario que defina la forma del arco, sino que ésta se debía al efecto mecánico de las fuerzas musculares de labios y lengua, las que actuaban en sentido contrario⁷.

Otros autores, como Scott, en contraposición afirman que las fuerzas musculares no determinan la forma del arco, toda vez que la forma de la arcada dentaria durante el periodo fetal, a los tres años y en el adulto son semejantes; que más bien, tienen un componente genético, el cual sólo puede ser influenciado por la musculatura en casos extremos de desbalance muscular como macroglosia o aglosia, donde podríamos encontrar una extrema dilatación o un colapso de la arcada, respectivamente⁷.

2.2.2. OCLUSIÓN

Se entiende como la relación de contacto entre ambas arcadas dentarias, superior e inferior, tanto en estática como en dinámica, la cual debe mantener un equilibrio morfológico y funcional entre las piezas

dentarias, sus estructuras de soporte, la articulación temporomandibular y la neuromusculatura⁸.

2.2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN NORMAL

A fin de comprender la oclusión normal y las maloclusiones, es preciso conocer el desarrollo de los dientes temporales, en su etapa pre y post natal y cuál es la situación de normalidad de la oclusión durante los primeros años de vida.

2.2.3.1. DENTICIÓN PRENATAL

En la dentición prenatal, que corresponde a la temporaria, durante la 7° semana de vida intrauterina, surgen de la Lámina Dental las primeras yemas, las cuales no son exactamente perpendiculares, tampoco se sitúan de forma ordenada al penetrar en el mesénquima⁷.

En una proyección oclusal se observa que los incisivos centrales superiores temporales erupcionan en una posición más vestibular, los laterales hacia palatino, los caninos hacia vestibular, los primeros molares hacia palatino y los segundos molares hacia vestibular; la erupción de los dientes inferiores sigue el mismo patrón, a excepción de los cuatro incisivos que erupcionan hacia lingual⁷.

Podemos deducir que existe un apiñamiento embrionario primitivo, no volumétrico, debido al mal alineamiento de las yemas en el momento que atraviesan al mesénquima, dando apariencia de zigzag, relacionado con el patrón de crecimiento de la lámina dental. Conforme avanza el desarrollo intrauterino, el problema se vuelve volumétrico; crecen los gérmenes y también los maxilares, alternando estadíos de apiñamiento y diastemas.

2.2.3.2. DENTICIÓN DEL RECIÉN NACIDO

El recién nacido presenta las siguientes características orofaciales:

- **MICROGNATISMO MAXILAR**

En el momento del nacimiento, el maxilar es muy pequeño; sin embargo, durante los seis primeros meses de vida logra un crecimiento exponencial en las tres dimensiones, lo que permite generar espacio para el alineamiento de todos los dientes temporarios⁷.

- **RETROGNATISMO MANDIBULAR**

En el nacimiento, la mandíbula es mucho más pequeña en relación con el maxilar y por lo tanto se encuentra en retro posición con respecto a éste⁷.

- **APIÑAMIENTO INCISAL**

En el recién nacido, los dientes temporarios, aún no erupcionados, mantienen el apiñamiento prenatal durante algún tiempo, mientras crecen los maxilares⁷.

- **DIASTEMAS INTERMOLARES**

Si bien es cierto que en el nacimiento los molares están superpuestos verticalmente, al final de la etapa eruptiva se generan diastemas fisiológicos entre el primer y segundo molar temporario⁷.

2.2.3.3. DENTICIÓN POSTNATAL EN EL PRIMER AÑO

A los seis meses de edad hacen su aparición los incisivos centrales inferiores temporarios, luego irán haciendo su erupción los demás dientes temporarios; en tanto, el maxilar y la mandíbula van a experimentar un crecimiento extraordinario durante el primer año de vida, lo que va a permitir la erupción y el alineamiento incisal. Este crecimiento está caracterizado por:

- **CRECIMIENTO VERTICAL**

Representado por el crecimiento de la Apófisis Alveolar, que ocurre conforme los dientes temporarios van hacia la erupción⁷.

- **CRECIMIENTO SAGITAL**

Representado por el crecimiento distal de los arcos con la finalidad de alojar a los primeros molares temporarios y, la erupción labial de los incisivos, que permiten agrandar el arco y ganar espacio para el alineamiento⁷.

La mandíbula experimenta mayor desarrollo y avance sagital que el maxilar superior, alcanzando una mejor relación incisiva durante el primer año de vida; al completarse la erupción de los ocho incisivos temporarios, se establece un tope anterior, activándose los mecanismos neuromusculares encargados de coordinar la posición dentaria con la posición mandibular⁷.

- **CRECIMIENTO TRANSVERSAL**

El crecimiento transversal se da gracias a la presencia de las suturas medias. En el maxilar superior, la Sutura

Palatina Media permanece abierta durante todo el proceso del crecimiento orofacial, dando lugar al crecimiento transversal del arco dentario; en la mandíbula, este crecimiento se da gracias a la Sincondrosis Mandibular durante los primeros meses de vida, cerrándose a los ocho meses de edad y con ello acaba la posibilidad de crecimiento transversal de la base mandibular⁷.

2.2.3.4. DENTICIÓN POSTNATAL EN EL SEGUNDO AÑO

Durante el segundo año de vida se da la segunda fase del desarrollo de la dentición temporal, donde tiene lugar la erupción de los caninos y molares.

Los maxilares continúan con su crecimiento tridimensional, lo que permite que las piezas dentarias se adapten al volumen óseo y que la oclusión se integre a la dinámica mandibular⁷.

La erupción de los primeros molares temporarios es de gran trascendencia en la oclusión, ya que por primera vez se va a dar un contacto de cúspide con fosa, puesto que la cúspide palatina del primer molar superior entra en contacto con la fosa de su homólogo inferior, siendo el molar superior el que busca el adecuado posicionamiento sagital y transversal gracias a que la Sutura Palatina aún sigue abierta⁷.

El crecimiento más importante ocurre en la porción distal de la Apófisis Alveolar, con la finalidad de dar lugar a la erupción de los segundos molares temporarios.

2.2.3.5. NORMOOCLUSIÓN DE LA DENTICIÓN TEMPORAL

En cuanto termina la erupción de los dientes temporarios, se establece la oclusión, cuyas características son diferentes a las de la dentición permanente:

- La implantación de los incisivos superiores es más vertical, por lo que el ángulo interincisivo es mucho mayor que en los permanentes, el overbite está aumentado y hay presencia de diastemas fisiológicos interincisales⁷.
- El vértice del canino superior ocluye con el punto de contacto del canino con el primer molar inferior; presencia de Espacios Primates, ubicados en mesial de los caninos superiores y distal de los inferiores⁷.
- La relación molar es de cúspide y fosa; sin embargo, la relación más importante es la sagital, es decir el plano terminal de las caras distales de los segundos molares temporarios; el 50% tienen un plano terminal recto y el otro 50% presenta un escalón, ya sea mesial o distal, por lo que debe darse un ajuste cuspidéo a merced del Espacio de Deriva para que los primeros molares permanentes puedan encajar en normooclusión⁷.

2.2.3.6. NORMOOCLUSIÓN DE LA DENTICIÓN PERMANENTE

Las treinta y dos piezas dentarias permanentes están dispuestas formando arcos, cuya forma varía según el patrón de crecimiento de cada persona; así, a un patrón braquicefálico le va a corresponder una arcada ancha y se sitúa debajo de la base craneal; mientras que, a un patrón dolicocefálico le va a

corresponder una arcada angosta y prominente con respecto a la base craneal.

Si tomamos como principio de que “normal es lo más frecuente”, observamos que la oclusión normal individual no coincide con la oclusión ideal; es más, la oclusión ideal en el ser humano es algo hipotético, ya que no existe ni existirá; la oclusión normal individual la definimos como veintiocho dientes ordenados correctamente en el arco dentario y en equilibrio con las fuerzas estáticas y dinámicas que actúan sobre ellos; debe ser funcionalmente estable, sana y estéticamente atractiva⁹.

Existen otras características que determinan la normooclusión de la oclusión permanente:

- En oclusión, el arco formado por la unión de las cúspides vestibulares y bordes incisales en el maxilar, normalmente, es más grande que el arco formado por los reparos anatómicos homólogos de la mandíbula, manteniendo una relación de “Tapa/Caja”, donde la tapa está representada por el maxilar y la caja por la mandíbula⁷⁻⁹.
- En la zona anterior debe haber un resalte vertical, denominado Overbite, en el que, el incisivo superior cubre verticalmente, en promedio, un tercio del inferior; así mismo, debe haber un resalte anteroposterior, denominado Overjet, en el que, en condiciones normales, la cara vestibular de los incisivos inferiores debe estar en contacto con la cara palatina de los superiores⁷.
- Verticalmente, encontramos una mayor extrusión de los premolares superiores que se corresponden con una

mayor intrusión de los premolares inferiores, lo que determina la Curva de Spee, cuya profundidad está supeditada a la raza o etnia de cada persona⁷.

- Transversalmente, vamos a encontrar una inclinación hacia vestibular de los molares maxilares y hacia lingual de los mandibulares, lo que va a determinar una segunda curva denominada Curva de Wilson⁷.
- En las zonas interproximales existe una relación íntima de contacto entre las piezas dentarias a través de un punto de contacto, el cual, por efecto del movimiento fisiológico de los dientes y el tiempo, se va transformando en una superficie de contacto⁷.
- En la zona molar, Angle propuso a los Primeros Molares Superiores como la Llave de la Oclusión, describiendo que, en una oclusión normal, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior debe ocluir con el surco mesiovestibular del primer molar inferior⁷.

2.2.4. MALOCLUSIONES

Tradicionalmente, es cualquier alteración de la oclusión ideal.

Maloclusión es un término genérico, por lo que es recomendable se aplique, principalmente, a aquellos casos que requieren intervención ortodóncica, antes que cualquier alteración de la oclusión ideal⁷.

2.2.5. CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN ANGLE

En 1899, Angle introdujo un esquema simple y de aceptación universal, al que llamó Clases; el cual, a pesar de las críticas, no ha podido ser desplazado, manteniendo su hegemonía en el tiempo:

2.2.5.1. MALOCLUSIÓN CLASE I

Caracterizada por la presencia de la Llave Molar; es decir, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco mesiovestibular del primer molar inferior; sin embargo, en el sector anterior, se pueden presentar alteraciones individuales o de grupo como malposiciones individuales, diastemas, apiñamiento, mordida abierta, mordida profunda, mordida invertida, protrusión, biprotrusión, etc. Cabe señalar que en este tipo de maloclusión el perfil, generalmente, es recto, salvo en los casos de mordida abierta y biprotrusión donde es convexo⁹.

2.2.5.2. MALOCLUSIÓN CLASE II

También llamada distoclusión, toda vez que el primer molar inferior se encuentra en una posición distal con respecto a su homólogo superior. Los pacientes que presentan esta condición tienen un perfil convexo⁹.

Caracterizada porque el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente se encuentra en posición distal con respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior⁹.

➤ MALOCLUSIÓN CLASE II DIVISIÓN 1

Las características inherentes a esta maloclusión es relación molar de Clase II con vestibularización de los

incisivos superiores; este tipo de pacientes presentan un desequilibrio de la musculatura facial, producto del excesivo overjet; el perfil facial es convexo⁹.

Con mucha frecuencia podemos observar problemas asociados, individuales o de grupo, como malposiciones individuales, diastemas, apiñamiento, mordida abierta, mordida profunda, mordida invertida posterior⁹.

Si la relación molar de Clase II División 1 está en un solo lado de la arcada, hablamos de subdivisiones, derecha o izquierda, haciendo alusión al lado donde se encuentra ubicada la relación molar de Clase II⁹.

➤ **MALOCCLUSIÓN CLASE II DIVISIÓN 2**

Las características inherentes a esta maloclusión es relación molar de Clase II con verticalización o palatinización de los incisivos superiores. En este tipo de pacientes hay equilibrio en la musculatura facial y, si hubiera algún desequilibrio, éste es leve. Los perfiles faciales más frecuentes de estos pacientes son el perfil recto y el ligeramente convexo⁹.

Con mucha frecuencia podemos observar problemas asociados como mordida profunda anterior, principalmente en los casos donde se presenta ausencia de contacto interproximal⁹.

Cuando la relación molar de Clase II División 2 está en un solo lado de la arcada, hablamos de subdivisiones, derecha o izquierda, haciendo alusión al lado donde se encuentra ubicada la relación molar de Clase II⁹.

2.2.5.3. MALOCLUSIÓN CLASE III

También llamada mesioclusión, toda vez que el primer molar inferior está situado en una posición mesial con respecto a su homólogo superior; la característica principal es que el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Este tipo de pacientes presentan un desequilibrio de la musculatura facial; el perfil facial de estos pacientes, por lo general, es cóncavo⁹.

Con mucha frecuencia podemos observar problemas asociados, individuales o de grupo, como malposiciones individuales, diastemas, apiñamiento, mordida abierta, mordida profunda; es muy frecuente la mordida invertida, anterior y posterior⁹.

Si la relación molar de Clase III está en un solo lado de la arcada dentaria, hablamos de subdivisiones, derecha o izquierda, haciendo alusión al lado donde se encuentra ubicada la relación molar de Clase III⁹.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. PREVALENCIA

Epidemiológicamente hablando, viene a ser la proporción de personas que presentan una enfermedad determinada en un intervalo de tiempo, en relación a la población total de la zona objeto de la investigación¹⁰.

2.3.2. OCLUSIÓN

Desde el punto de vista etimológico, el término oclusión se define como “cerrar hacia arriba” (oc=arriba y cludere=cerrar), representado por el movimiento que hace la mandíbula para alcanzar a contactar con el maxilar; así mismo, determina la forma de cómo entran en contacto los dientes⁹.

2.3.3. NORMOCLUSIÓN

Es la forma de contacto con mayor equilibrio que permite cumplir de manera adecuada la función de masticación, conservar la dentición durante toda la vida, manteniendo la armonía con las diferentes estructuras que forman el Aparato Estomatognático⁷.

2.3.4. MALOCLUSIÓN

Cualquier condición que contravenga el concepto de normoclusión.

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

Si logramos determinar la prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024; entonces, tendremos un panorama que nos orientará a realizar un diagnóstico precoz y a partir de éste, plantear abordajes preventivos y correctivos a fin de evitar que dichas condiciones se presenten en su máxima expresión, generando gastos innecesarios y logrando la satisfacción de los pacientes.

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE ÚNICA

Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle	Clase I	Sin apiñamiento	Cualitativo	Nominal
		Con apiñamiento	Cualitativo	Nominal
	Clase II	División 1	Cualitativo	Nominal
		División 1-SDD	Cualitativo	Nominal
		División 1-SDI	Cualitativo	Nominal
		División 2	Cualitativo	Nominal
		División 2-SDD	Cualitativo	Nominal
		División 2-SDI	Cualitativo	Nominal
		Pura	Cualitativo	Nominal
		SDD	Cualitativo	Nominal
	Clase III	SDI	Cualitativo	Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. ENFOQUE

Cualitativo, porque no busca la explicación o causalidad, sino la comprensión del fenómeno.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Descriptivo, porque especifica o describe las características del fenómeno que estudia.

3.1.3. DISEÑO

Observacional, porque no es controlado por el investigador, sólo es observado, medido y analizado.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Estuvo constituida por toda la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.

3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes entre 12 y 17 años de edad.
- Con dentadura completa, en número e integridad.
- Con o sin Terceros Molares.

- Que, los padres, hayan firmado el consentimiento informado.

3.2.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 12 años y mayores de 18 años de edad.
- Sin dentadura completa, en número e integridad.
- Que hayan recibido tratamiento ortopédico u ortodóncico.
- Que, los padres, no hayan firmado el consentimiento informado.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron registrados en un documento de recolección de datos al cual se denominó Ficha de Observación Clínica, diseñada especialmente para el desarrollo de la investigación (ANEXO N° 3).

La ficha constó de dos partes; en la primera parte se registraron los datos de filiación del paciente, que incluye, nombres y apellidos, edad, sexo y domicilio; en la segunda parte se consignó el estudio de la variable, Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos en las fichas de recolección de datos fueron vaciados en la Matriz de Registro y Control, lo que sirvió para elaborar los resultados a través de Cuadros y Gráficos Estadísticos de acuerdo con los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Resumen de la matriz de registro y control de la prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Total	Sexo	Grado	Ocl Nor	Maloclusiones												Total
				Clase I		Clase II						Clase III				
				Con Apiñ	Sin Apiñ	División 1		División II				Pura	Subd Der	Subd Izq	Otros	
						Pura	Subd Der	Subd Izq	Pura	Subd Der	Subd Izq					
273	F	1°-5°	0	100	6	15	0	0	2	0	1	20	4	0	0	184
	M	1°-5°	0	82	6	10	0	1	2	2	2	17	2	1	0	125
	Total		0	182	12	25	0	1	4	2	3	37	6	1	0	273

En la presente tabla se puede observar el resumen de los registros obtenidos sobre la prevalencia de maloclusiones en una población adolescente conformada por 273 estudiantes, siendo la más alta la maloclusión de Clase I, con 194 estudiantes; luego la maloclusión de Clase III, con 44 y, finalmente la maloclusión de Clase II, con 35.

En base a estos datos se procederá a realizar el procesamiento estadístico con frecuencias relativas (porcentajes), así como el procesamiento diferenciado teniendo en cuenta el género de los estudiantes de la I.E. Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.

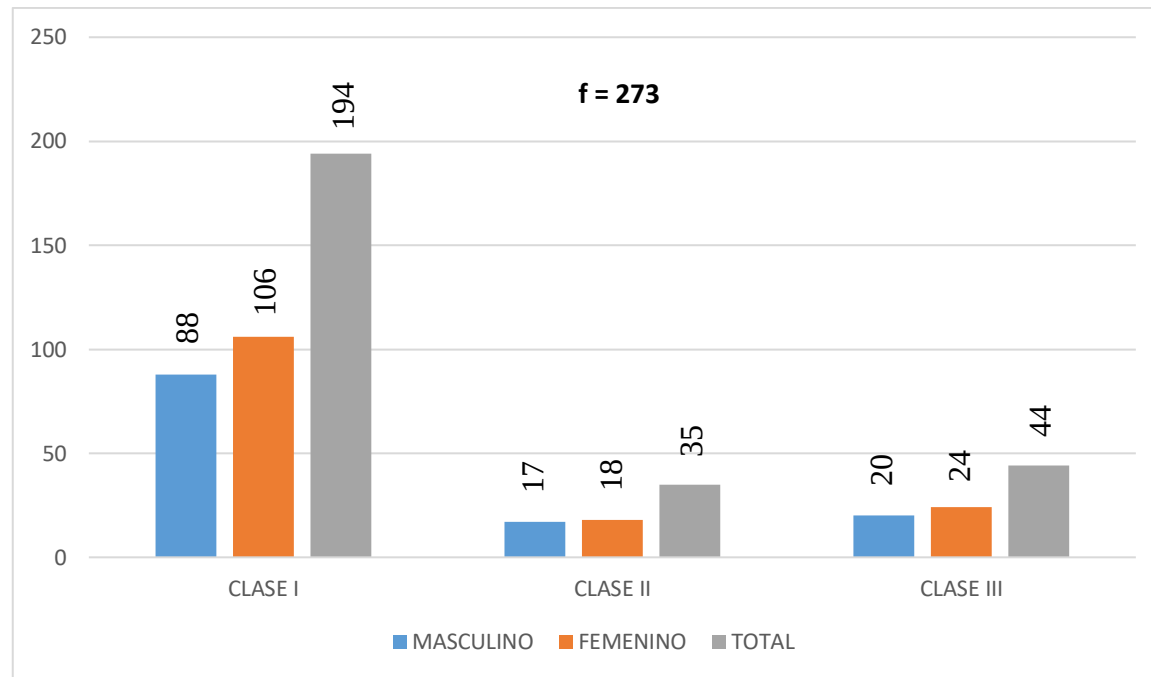


Figura 1. Resumen de la matriz de registro y control de la Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tabla 2. Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Oclusión Normal		Maloclusiones									
			Clase I					Clase II				
			Con Apiñamiento	Sin apiñamiento		División 1						
						Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda		
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Femenino	0	0	100	36.63	6	2.20	15	5.49	0	0	0	0
Masculino	0	0	82	30.04	6	2.20	10	3.66	0	0	1	0.37
Total	0	0	182	66.67	12	4.40	25	9.15	0	0	1	0.37

En el presente cuadro, teniendo en cuenta el total de los estudiantes de la I.E. Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024, que cumplen con los criterios de inclusión, que asciende a 273 personas, se puede observar que más de la mitad (54.21%) son mujeres; así mismo, el 71.07% de la población presentan maloclusión de Clase I, siendo más frecuente la maloclusión Clase I con apiñamiento.

Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Maloclusiones												Total	
	Clase II						Clase III							
	División 2						Pura	Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda				
	Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda									
	f	%	F	%	f	%						f	%	f
Femenino	2	0.73	0	0	1	0.37	20	7.32	4	1.47	0	0	148	54.21
Masculino	2	0.73	2	0.73	2	0.73	17	6.23	2	0.73	1	0.37	125	45.79
Total	4	1.46	2	0.73	3	1.10	37	13.55	6	2.20	1	0.37	273	100

En contraposición a los estudios realizados a través del tiempo, incluidos los antecedentes citados en este trabajo de investigación, en segundo lugar, encontramos a la maloclusión de Clase III con 16.12%; finalmente, la maloclusión de Clase II con 12.81%.

Se recomienda realizar los controles odontológicos de rutina para poder determinar y abordar oportunamente cualquier tipo de maloclusión.

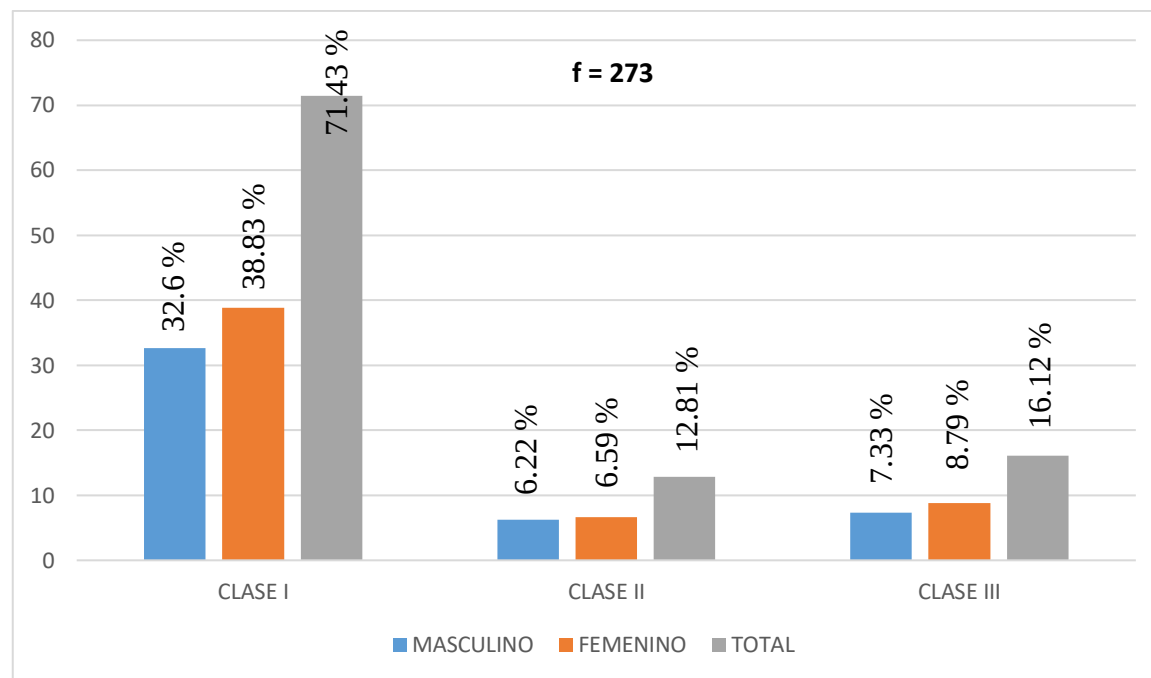


Figura 2. Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2004

Tabla 3. Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente femenina de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Maloclusiones											
	Oclusión Normal		Clase I				Clase II					
			Con Apiñamiento		Sin apiñamiento		División 1					
							Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	0	0	100	67.57	6	4.05	15	10.14	0	0	0	0

En el siguiente cuadro observamos que cerca del 75% de la población femenina presenta Maloclusión Clase I; es decir, cerca de las tres cuartas partes; de ésta, alrededor del 70% es con apiñamiento; mientras que en la otra cuarta parte se encuentran distribuidas entre la Maloclusión de Clase II y Clase III; así mismo, podemos evidenciar que, entre estas dos últimas, hay mayor prevalencia de Clase III con un 16%, frente a la Clase II con un 12%.

No se encontró en ningún miembro de la población femenina algún resultado con registros de normoclusión.

Estos resultados estarían demostrando, en contraposición a la literatura, que no siempre la Maloclusión de Clase II supera en porcentaje a la Maloclusión de Clase III.

Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente femenina de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Maloclusiones												Total	
	Clase II						Clase III							
	División 2													
	Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda		Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda			
	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	2	1.35	0	0	1	0.68	20	13.51	4	2.70	0	0	148	100

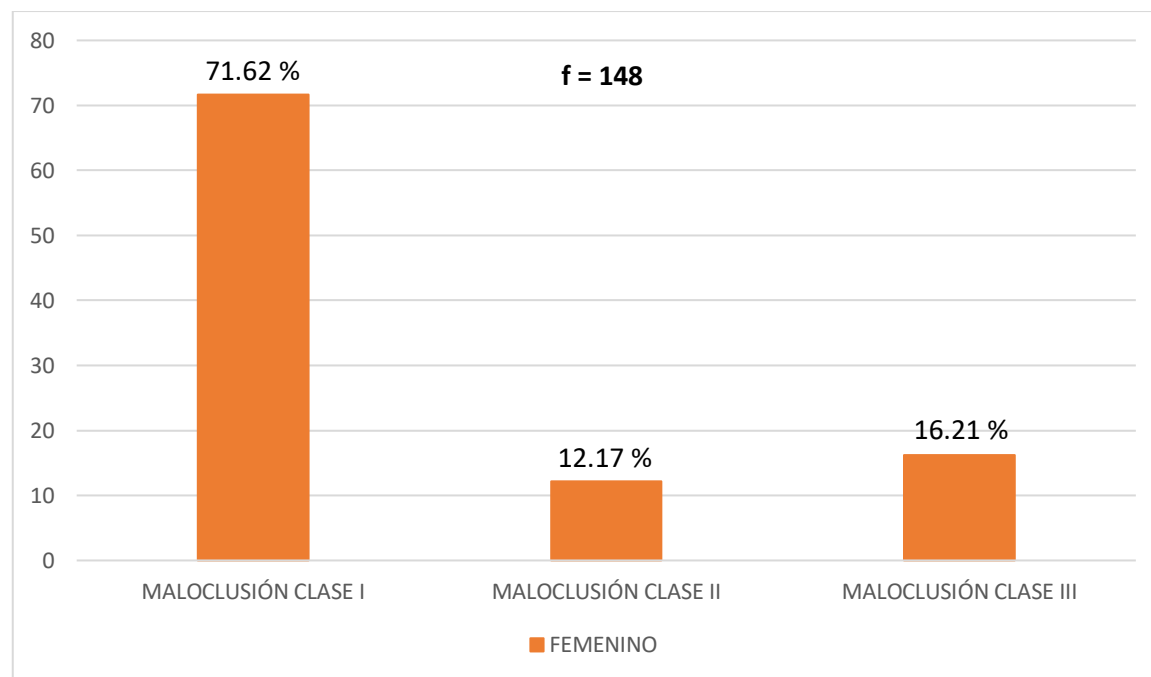


Figura 3. Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente femenina de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tabla 4. Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente masculina de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Maloclusiones											
	Oclusión Normal		Clase I				Clase II					
			Con Apiñamiento		Sin apiñamiento		División 1					
							Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	0	0	82	65.6	6	4.8	10	8	0	0	1	0.8

En la siguiente tabla de resultados estadísticos obtenidos sobre la prevalencia de maloclusiones, según la clasificación de Angle, en la población adolescente masculina de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024, se aprecia que el 70.4% presenta maloclusión Clase I, siendo de mayor prevalencia la maloclusión Clase I con apiñamiento; seguida de la Clase III, con un 16% y, finalmente, la maloclusión Clase II con un 13.6%.

Tampoco se encontró en ningún miembro de la población masculina algún resultado con registros de normoclusión.

Estos resultados también se contraponen a la literatura, que especifica que la maloclusión de Clase II supera en porcentaje a la maloclusión de Clase III.

Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente masculina de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Maloclusiones												Total	
	Clase II						Clase III							
	División 2													
	Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda		Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda			
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	2	1.6	2	1.6	2	1.6	17	13.6	2	1.6	1	0.8	125	100

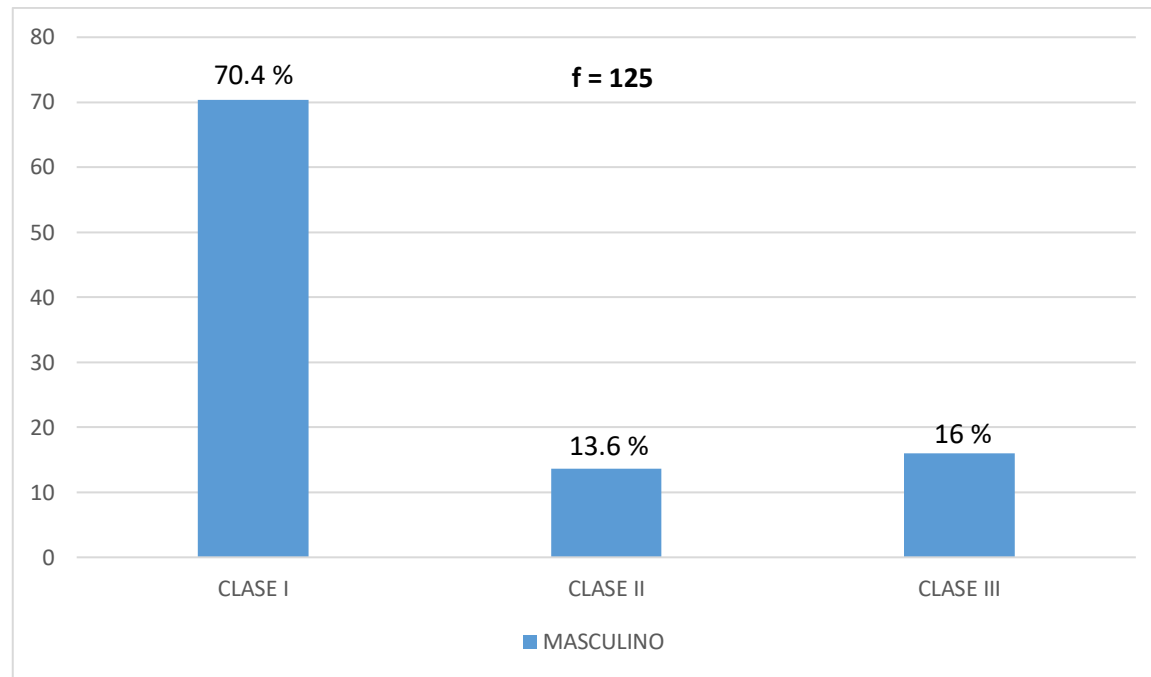


Figura 4. Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente masculina de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tabla 5. Prevalencia de la maloclusión Clase I, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Maloclusión				Total	
	Clase I					
	Con Apiñamiento		Sin apiñamiento			
	f	%	f	%	f	%
Femenino	100	51.50	6	3.10	106	54.6
Masculino	82	42.30	6	3.10	88	45.4
Total	182	93.80	12	6.20	194	100

En el siguiente cuadro podemos observar que más del 90% de las Maloclusiones de Clase I presentan apiñamiento.

En cuanto a la Clase I sin apiñamiento, se observa que tienen iguales resultados en número de casos, pero se debe tener en cuenta que el número de estudiantes de sexo femenino es mayor.

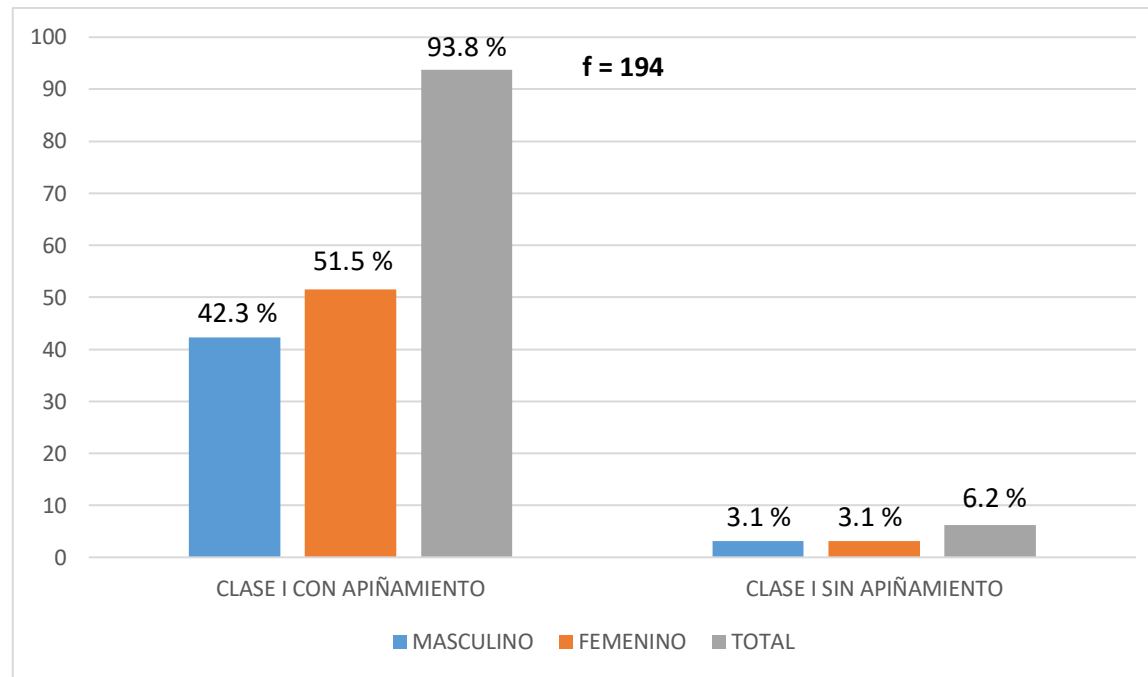


Figura 5. Prevalencia de la maloclusión Clase I, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tabla 6. Prevalencia de la maloclusión Clase II, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Maloclusiones												Total	
	Clase II													
	División 1						División 2							
	Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda		Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda			
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	15	42.86	0	0	0	0	2	5.71	0	0	1	2.86	18	51.43
Masculino	10	28.571	0	0	1	2.857	2	5.714	2	5.714	2	5.714	17	48.57
Total	25	71.431	0	0	1	2.857	4	11.424	2	5.714	3	8.574	35	100

En este cuadro podemos determinar que de 35 adolescentes con Maloclusión Clase II de Angle, existe un ligero rebasado del 1% del sexo femenino con respecto al sexo masculino.

En esta Maloclusión Clase II, más del 70% corresponde a la División 1, específicamente, pura.

La Maloclusión de Clase II, División 2 representa una cuarta parte de los resultados obtenidos.

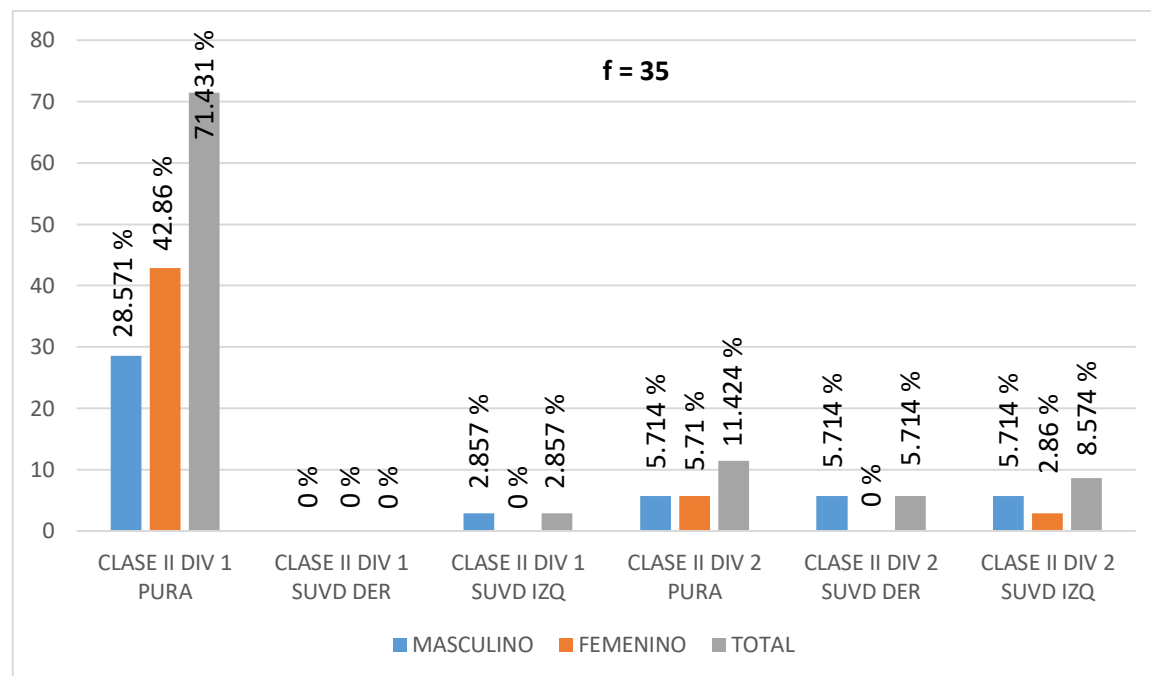


Figura 6. Prevalencia de la maloclusión Clase II, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tabla 7. Prevalencia de la maloclusión Clase III, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

Tipos de Oclusión	Maloclusión						Total	
	Clase III							
	Pura		Subdivisión Derecha		Subdivisión Izquierda			
	f	%	f	%	f	%		
Femenino	20	45.45	4	9.10	0	0	24	54.55
Masculino	17	38.64	2	4.54	1	2.27	20	45.45
Total	37	84.09	6	13.64	1	2.27	44	100

En el presente cuadro podemos apreciar que 44 adolescentes presentan Maloclusión Clase III de Angle.

Cerca del 85% corresponde a la Maloclusión Clase III pura, mientas que alrededor del 10% se presenta como Subdivisión Derecha y menos del 5% como Subdivisión Izquierda.

Es mayor los resultados de Maloclusión Clase III en el sexo femenino, aunque éste también es mayor a nivel de casos.

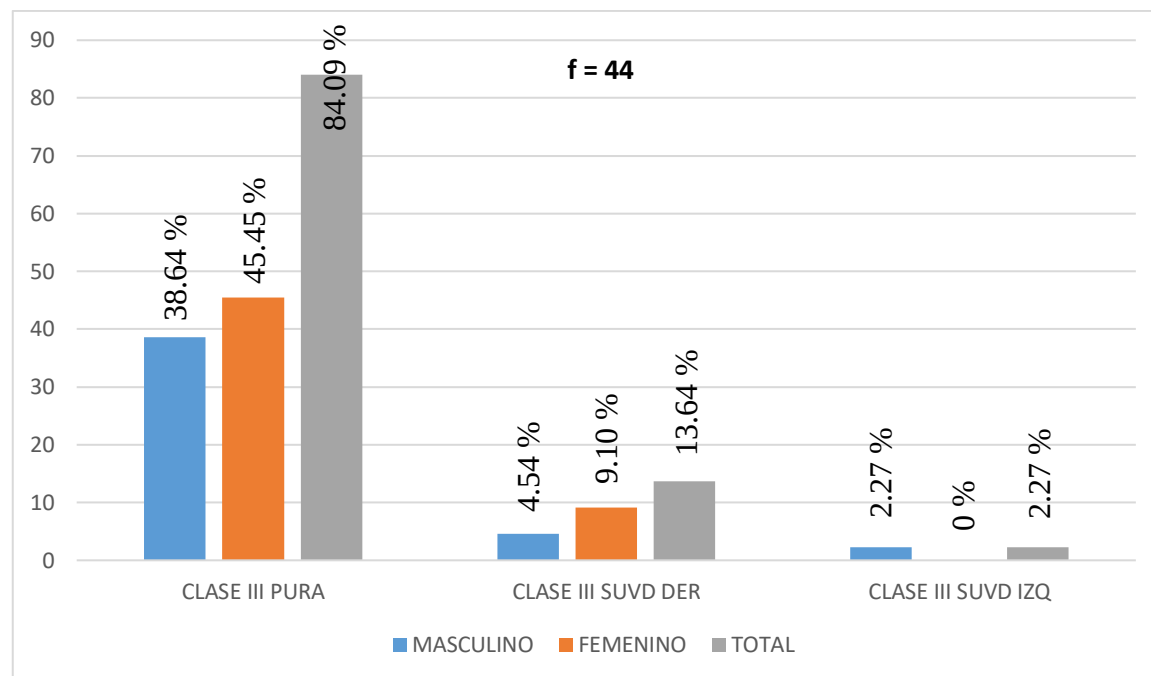


Figura 7. Prevalencia de la maloclusión Clase III, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Todos los autores citados en los antecedentes investigativos nos presentan resultados donde la prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, se presentan en un orden que, hasta antes del presente estudio, podríamos catalogarlo como “tradicional”; es decir, la mayor prevalencia correspondía a la Clase I, seguida por la Clase II y finalmente la Clase III que ocupaba el tercer lugar. El presente estudio de investigación, en contraposición a lo “tradicional”, nos arroja un resultado parcialmente diferente, posicionándolo en primer lugar en prevalencia a la Clase I, con un 71,07%; seguida por la Clase III, con un 16.12% y, finalmente la Clase II, que ocupa el tercer lugar con un 12.81%.

Así mismo, en contraposición a las investigaciones de Méndez ML (1998) y, Delgado II y Caballero MM (2021), en el presente estudio no se encontró casos de normoclusión, lo que genera más preocupación en el investigador, toda vez que ya estamos hablando que el 100% de la población motivo de la investigación presenta algún tipo de maloclusión y, si estos resultados traspolamos al resto de la población adolescente del distrito, e incluso, de la provincia de Santiago de Chuco en la Región La Libertad, nos deja claro que el Sector Salud se enfrenta a un reto bastante grande para abordar las maloclusiones de su población.

La prevalencia de la maloclusión de Clase I de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024 es 71.07%, cifra que supera en aproximadamente 10% al promedio encontrado por los autores citados en los antecedentes investigativos (61.43%).

La prevalencia de la maloclusión de Clase II de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024 es 12.81%, cifra que representa la mitad, aproximadamente, del promedio encontrado por los autores citados en los antecedentes investigativos (24.01%).

La prevalencia de la maloclusión de Clase III de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024 es 16.12%, cifra que representa el doble, aproximadamente, del promedio encontrado por los autores citados en los antecedentes investigativos (8.48%).

En cuanto a la distribución de la prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle, según sexo, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024, la población femenina presenta 71.62% de maloclusión de Clase I, superando en 1%, aproximadamente, a la población masculina (70.40%); en cuanto a la maloclusión de Clase II, la diferencia no es significativa, encontrándose 12.17% en la población femenina y 13.60% en la población masculina; finalmente, en lo que concierne a la maloclusión de Clase III, tampoco hay diferencia significativa, ya que la población femenina presenta un 16.21% y la población masculina un 16%. En ambas poblaciones, la mayor prevalencia corresponde a la Clase I, seguida de la Clase III y en tercer lugar la Clase II.

En consecuencia, podemos aseverar que los objetivos de la investigación han sido alcanzados y, la hipótesis, validada.

CONCLUSIONES

1. La maloclusión de Clase I de Angle sigue manteniendo mayor prevalencia frente a las demás.
2. La maloclusión de Clase II de Angle, no siempre va a ocupar el segundo lugar en prevalencia.
3. La maloclusión de Clase III de Angle, en algunas poblaciones se ubica en segundo lugar en prevalencia.
4. Existe mayor prevalencia de maloclusiones en el sexo femenino que en el masculino.

RECOMENDACIONES

1. Recomendar a los padres de familia que lleven a sus hijos para su control anual de rutina a fin de poder determinar alguna maloclusión o algunos factores que la desencadenen y poder abordar a tiempo, evitando gastos innecesarios y pérdida de tiempo y recursos económicos en las citas para un tratamiento ortodóncico.
2. Brindar la información necesaria a los padres de familia sobre la maloclusión de Clase I, toda vez que es la de mayor prevalencia, con la finalidad de que puedan advertirla oportunamente y pueda ser abordada precozmente por parte del especialista.
3. Brindar la información necesaria a los padres de familia acerca de la maloclusión de Clase II, ya que, su abordaje oportuno por parte del especialista evitará que se exprese en su mayor magnitud, evitando todas las incomodidades que conlleva.
4. Brindar la información necesaria a los padres de familia sobre la maloclusión de Clase III a fin de que puedan solicitar ayuda especializada en forma oportuna, logrando una mejor estética dental y facial, lo que se traducirá en una mejor aceptación del paciente en su medio social.
5. Educar a los padres de familia en salud bucal, brindándole información sobre los factores que predisponen a las Maloclusiones y sus signos de alarma a fin de que puedan solicitar ayuda especializada y así lograr disminuir su prevalencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual SD, Bruna DM, Prado SL y Arias MC. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle en una población universitaria. *Revista Científica Dental*. Feb 2021; Vol 18; N° 1; Pág 15-20.
2. García GV, Ustrell TJ y Sentís VJ. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Revista Avances en Odontoestomatología* (Versión On-line ISSN 2340-3152 Versión impresa ISSN 0213-1285). Mar/Abr 2011; Vol 27; N° 2.
3. Talley MM, Katagiri KM y Pérez TH. Casuística de Maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. *Revista Odontológica Mexicana*. Dic 2007; Vol 11; N° 4; Pág 175-180.
4. Méndez ML. Clasificación de la maloclusión según Angle en el Perú. *Revista Odontología Sanmarquina*. 1998; Vol 1; N° 2.
5. Delgado II y Caballero MM. Necesidad de Tratamiento Ortodóntico y Prevalencia de Maloclusiones en Niños de una Institución Educativa de Huancayo [Tesis]. Huancayo: Universidad Los Andes. Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
6. Aliaga DA, Mattos VM, Aliaga DR y Del Castillo MC. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* (Versión impresa ISSN 1726-4634). Mar 2011; Vol 28; N° 1.
7. Canut BJ. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2° Ed. Barcelona: Editorial Masson; 2005.
8. Manns FA., Biotti PJ. Manual Práctico de Oclusión Dentaria. 2° Ed. Caracas: Editorial Amolca; 2006.
9. Vellini FF. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. Sao Paulo: Editorial Artes Médicas; 2002.
10. Fundación “La Caixa”. Diccionario de la Lengua Española. Edición del Tricentenario. Actualización 2022.
11. Dorland B. Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 30° Ed. España: Editorial Elsevier; 2005.
12. Angle, EH. The Angle System of Regulation and Retention of the Teeth, and Treatment of Fractures of the Maxille. 5° Ed. Philadelphia: The S.S. White Dental MFG. CO. 1899.
13. Uribe RG. Ortodoncia: Teoría y Práctica. 1° Ed. Medellín, Colombia: Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; 2004.
14. Viazis AD. Atlas de Ortodoncia: Principios y Aplicaciones Clínicas. 1° Ed. Buenos Aires; 1995.
15. Sosa GE. Detección Precoz de los Desórdenes Témporomandibulares. 1° Ed. Caracas, Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2006.

16. Quiroz AO. Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva. 1° Ed. Caracas, Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; Segunda Reimpresión 2000.
17. Interlandi S. Ortodoncia: Bases para la Iniciación. 1° Ed. Sao Paulo, Brasil: Editorial Artes Médicas Latinoamérica; 2002.
18. Águila FJ y Enlow DH. Crecimiento Cráneo facial: Ortodoncia y Ortopedia. 1° Ed. Caracas, Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1999.
19. Echarri LP. Diagnóstico en Ortodoncia: Estudio Multidisciplinario. 1° Ed. Barcelona, España: Editorial Quintessence, S.L.; 1998.
20. Manns FA y Biotti PJ. Manual Práctico de Oclusión Dentaria. 2° Ed. Caracas, Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2006.
21. Orellana MO, Mendoza ZJ, Perales ZS y Marengo CH. Estudio Descriptivo de todas las investigaciones sobre prevalencia de maloclusiones realizadas en las Universidades de Lima, Ica y Arequipa. Revista Científica Odontología San Marquina. Ene-Jun 2000; Vol 1; N° 5.
22. Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4° Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1992.
23. Álvarez CJ, Santiago TJ y Monjaras AA. Maloclusiones. Problema de Salud Bucodental. Revisión Narrativa. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (ISSN: 2007-4573). Dic 2023; Vol 12; N° 23.
24. Menéndez ML. Clasificación de la maloclusión según Angle en el Perú. Revista Científica Odontología San Marquina (ISSN: 1560-9111). Dic 1998; Vol 1; N° 2.
25. Daza AJ. Prevalencia de maloclusiones en estudiantes universitarios de la Facultad de Odontología. Revista Dominio de las Ciencias de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador (ISSN: 2477-8818). May 2016; Vol 2; N° Extra-0.
26. Rossi M. Ortodoncia Práctica. Caracas, Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1998.
27. Gálvez IJ, Salinas RK, Eguez TA y Huilcapi AJ. Maloclusión Clase I de Angle: Definición, clasificación, características y tratamientos. Revista Científica UOD (ISSN: 2409-5400). Jul-Dic 2020; Vol 8; N° 2.
28. Ubilla MW, Apolo MJ, Pasmíño RE, Arroyo AD y Ortiz ME. Maloclusión Clase II de Angle: Análisis clínico para el diagnóstico y alternativas de tratamiento. Revista Científica UOD (ISSN: 2409-5400). Ene-Jun 2024; Vol 12; N° 1.
29. Cobo CJ, Gálvez IJ y Moreira CM. Maloclusión dentoalveolar Clase III: Un enfoque en sus características de diagnóstico y tratamientos de elección: Retos y soluciones. Revista Científica UOD (ISSN: 2409-5400). Ene-Jun 2021; Vol 9; N° 1.
30. Montes de Oca SK, Mendoza OL y Cueva RD. Prevalencia de maloclusiones en pacientes del programa de brigadas de salud

bucodental de la Facultad de Odontología, UNAM. 2019. Revista Mexicana de Ortodoncia (ISSN: 2395-9215). 2020; Vol 8; N° 4.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Gil L. Prevalencia de las maloclusiones, según la Clasificación de Angle, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026 [Consultado ...]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	INDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA	TIPO Y DISEÑO	ESCALA
Problema General: ¿Cuál es la prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024? Problemas Específicos: ¿Cuál es la prevalencia de la maloclusión de Clase I de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024? ¿Cuál es la prevalencia de la maloclusión de	Objetivo General: Determinar la Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024. Objetivos Específicos: Determinar la prevalencia de la maloclusión de Clase I de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024. Determinar la prevalencia de la	Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle	Clase I: Con apiñamiento Sin apiñamiento Clase II: División 1 División 1 SDD División 1 SDI División 2 División 2 SDD División 2 SDI Clase III Pura SDD SDI	Estará constituida por toda la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del Distrito de Santiago de Chuco, 2024	Descriptivo Cualitativo	Nominal

Clase II de Angle, sus Divisiones y Subdivisiones en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024? ¿Cuál es la prevalencia de la maloclusión de Clase III de Angle y sus Subdivisiones en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024? ¿Cuál es la distribución de la prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle, según sexo, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024?	maloclusión de Clase II de Angle, sus Divisiones y Subdivisiones, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024. Determinar la prevalencia de la maloclusión de Clase III de Angle y sus Subdivisiones en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024. Determinar la Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle, según sexo, en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.					
---	--	--	--	--	--	--

ANEXO N° 2

MATRIZ DE REGISTRO Y CONTROL

Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024.

Indicadores N° Casos	Edad (Años)	Sexo	Grado y Sección	Normo- clusión	MALOCLUSIONES											
					Clase I		Clase ii						Clase III			Otros
							División 1			División 2				Subdivisión Derecha	Subdivisión Izquierda	
					Con Apiña- miento	Sin Apiña- miento		Subdivisión Derecha	Subdivisión Izquierda		Subdivisión Derecha	Subdivisión Izquierda				
01	12	F	1 A		X											
02	12	F	1 A									X				
03	13	F	1 A				X									
04	12	F	1 A		X											
05	13	F	1 A		X											
06	13	F	1 A		X											
07	13	F	1 A		X											
08	13	F	1 A									X				
09	13	F	1 A			X										
10	13	F	1 A		X											
11	13	F	1 A									X				
12	13	F	1 A									X				
13	13	F	1 A										X			
14	13	F	1 A		X											
15	13	F	1 A		X											
16	13	F	1 A		X											
17	13	F	1 A		X											
18	13	F	1 A			X										
19	13	F	1 A		X											
20	12	F	1 B									X				

21	12	F	1 B		x										
22	13	F	1 B		x										
23	13	F	1 B		x										
24	13	F	1 B		x										
25	13	F	1 B				x								
26	13	F	1 B				x								
27	13	F	1 B		x										
28	13	F	1 B		x										
29	13	F	1 B				x								
30	13	F	1 B		x										
31	13	F	1 B		x										
32	12	F	1 C		x										
33	12	F	1 C		x										
34	12	F	1 C		x										
35	12	F	1 C		x										
36	13	F	1 C			x									
37	13	F	1 C		x										
38	13	F	1 C		x										
39	13	F	1 C		x										
40	13	F	1 C		x										
41	13	F	2 A									x			
42	13	F	2 A				x								
43	14	F	2 A		x										
44	14	F	2 A		x										
45	14	F	2 A		x										
46	14	F	2 A		x										
47	14	F	2 A			x									
48	14	F	2 A		x										
49	14	F	2 A						x						
50	14	F	2 A		x										
51	14	F	2 A		x										
52	14	F	2 A		x										
53	13	F	2 B		x										
54	13	F	2 B		x										
55	13	F	2 B		x										
56	13	F	2 B									x			
57	14	F	2 B		x										
58	14	F	2 B									x			

59	14	F	2 B										X			
60	14	F	2 B			X										
61	14	F	2 B		X											
62	14	F	2 B		X											
63	15	F	2 B										X			
64	13	F	2 C										X			
65	13	F	2 C				X									
66	14	F	2 C		X											
67	14	F	2 C		X											
68	14	F	2 C		X											
69	14	F	2 C		X											
70	14	F	3 A				X									
71	15	F	3 A				X									
72	15	F	3 A		X											
73	15	F	3 A		X											
74	15	F	3 A		X											
75	15	F	3 A		X											
76	15	F	3 A		X											
77	15	F	3 A							X						
78	15	F	3 A		X											
79	15	F	3 A		X											
80	15	F	3 A		X											
81	14	F	3 B		X											
82	14	F	3 B		X											
83	14	F	3 B											X		
84	15	F	3 B		X											
85	15	F	3 B		X											
86	15	F	3 B										X			
87	15	F	3 B		X											
88	15	F	3 B										X			
89	15	F	3 B		X											
90	16	F	3 B		X											
91	14	F	3 C		X											
92	14	F	3 C		X											
93	14	F	3 C		X											
94	14	F	3 C		X											
95	15	F	3 C		X											
96	15	F	3 C				X									
97	15	F	3 C		X											

98	15	F	3 C		x										
99	15	F	3 C		x										
100	15	F	3 C		x										
101	15	F	4 A		x										
102	15	F	4 A		x										
103	16	F	4 A		x										
104	16	F	4 A				x								
105	16	F	4 A		x										
106	16	F	4 A										x		
107	16	F	4 A		x										
108	16	F	4 A									x			
109	17	F	4 A										x		
110	15	F	4 B		x										
111	16	F	4 B				x								
112	16	F	4 B		x										
113	16	F	4 B				x								
114	16	F	4 B			x									
115	17	F	4 B				x								
116	17	F	4 B		x										
117	15	F	4 C		x										
118	15	F	4 C		x										
119	15	F	4 C		x										
120	15	F	4 C									x			
121	15	F	4 C		x										
122	16	F	4 C		x										
123	16	F	4 C		x										
124	16	F	4 C		x										
125	16	F	4 C		x										
126	16	F	4 C		x										
127	16	F	5 A		x										
128	16	F	5 A		x										
129	16	F	5 A		x										
130	17	F	5 A		x										
131	17	F	5 A		x										
132	16	F	5 B				x								
133	16	F	5 B		x										
134	16	F	5 B		x										
135	16	F	5 B		x										
136	17	F	5 B		x										

137	17	F	5 B										X			
138	17	F	5 B		x											
139	17	F	5 B		x											
140	17	F	5 B		x											
141	17	F	5 B				x									
142	16	F	5 C										x			
143	16	F	5 C		x											
144	17	F	5 C										x			
145	17	F	5 C										x			
146	17	F	5 C									x				
147	17	F	5 C										x			
148	17	F	5 C		x											
149	12	M	1 A		x											
150	13	M	1 A									x				
151	13	M	1 A			x										
152	13	M	1 A						x							
153	13	M	1 A				x									
154	13	M	1 A		x											
155	13	M	1 A										x			
156	13	M	1 A		x											
157	13	M	1 A										x			
158	13	M	1 A			x										
159	12	M	1 B		x											
160	12	M	1 B		x											
161	13	M	1 B				x									
162	13	M	1 B		x											
163	13	M	1 B										x			
164	13	M	1 B		x											
165	13	M	1 B		x											
166	13	M	1 B			x										
167	13	M	1 B		x											
168	12	M	1 C		x											
169	12	M	1 C		x											
170	12	M	1 C		x											
171	13	M	1 C		x											
172	13	M	1 C		x											
173	13	M	1 C			x										

174	14	M	1 C		x										
175	14	M	1 C		x										
176	13	M	2 A		x										
177	13	M	2 A		x										
178	13	M	2 A		x										
179	13	M	2 A		x										
180	13	M	2 A		x										
181	13	M	2 A		x										
182	14	M	2 A		x										
183	14	M	2 A							x					
184	14	M	2 A		x										
185	14	M	2 A									x			
186	14	M	2 A		x										
187	14	M	2 A		x										
188	14	M	2 A						x						
189	14	M	2 A		x										
190	13	M	2 B		x										
191	13	M	2 B									x			
192	13	M	2 B		x										
193	13	M	2 B		x										
194	14	M	2 B		x										
195	14	M	2 B						x						
196	14	M	2 B		x										
197	14	M	2 B		x										
198	14	M	2 B		x										
199	14	M	2 B									x			
200	14	M	2 B		x										
201	14	M	2 B									x			
202	14	M	2 B							x					
203	15	M	2 B		x										
204	13	M	2 C		x										
205	14	M	2 C									x			
206	14	M	2 C		x										
207	14	M	2 C		x										
208	14	M	2 C		x										
209	14	M	3 B		x										
210	14	M	3 B		x										
211	15	M	3 B		x										
212	15	M	3 B									x			

213	15	M	3 B										X			
214	15	M	3 B		x											
215	15	M	3 B		x											
216	15	M	3 B			x										
217	15	M	3 C										x			
218	15	M	3 C										x			
219	15	M	3 C		x											
220	15	M	3 C		x											
221	16	M	3 C											x		
222	15	M	4 A										x			
223	15	M	4 A		x											
224	16	M	4 A									x				
225	16	M	4 A				x								x	
226	16	M	4 A				x									
227	16	M	4 A				x									
228	16	M	4 A		x											
229	17	M	4 A				x									
230	15	M	4 B		x											
231	15	M	4 B		x											
232	15	M	4 B		x											
233	16	M	4 B										x			
234	16	M	4 B		x											
235	16	M	4 B				x									
236	16	M	4 B		x											
237	16	M	4 B		x											
238	15	M	4 C		x											
239	15	M	4 C		x											
240	16	M	4 C		x											
241	16	M	4 C		x											
242	16	M	4 C				x									
243	16	M	4 C										X			
244	16	M	4 C		x											
245	16	M	4 C		x											
246	16	M	4 C		x											
247	16	M	4 C		x											
248	16	M	5 A		x											
249	17	M	5 A		x											
250	17	M	5 A		x											
251	17	M	5 A				x									

[illegible]

ANEXO N° 3

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA N°

I. FILIACIÓN

1. Apellidos y nombres:.....
2. Edad:.....Sexo:.....Fecha:.....
...
3. Grado y sección:.....

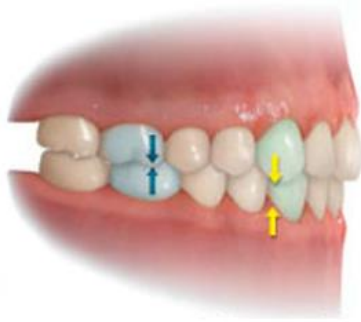
II. INDICADORES

1. Oclusión Normal
2. Clase I
3. Clase II-1
4. Clase II-1 Subdivisión Derecha:..... Subdivisión Izquierda:.....
5. Clase II-2
6. Clase II-2 Subdivisión Derecha:..... Subdivisión Izquierda:.....
7. Clase III
8. Clase III Subdivisión Derecha:..... Subdivisión Izquierda:.....
9. Otros Derecha:.....Izquierda:.....

ANEXO N° 4

CLASIFICACIÓN DE ANGLE

CLASE I



CLASE II



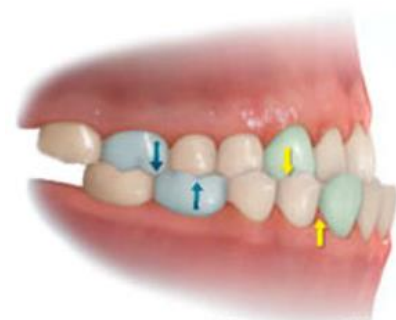
CLASE II DIVISIÓN 1



CLASE II DIVISIÓN 2



CLASE III

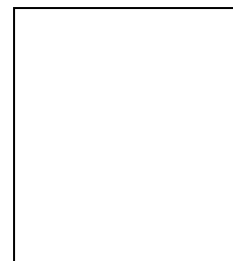


ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo,.....,
de..... años de edad, identificado con DNI N°,
padre (madre o tutor) del
menor....., de
años de edad, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, **AUTORIZO**
voluntariamente para que pueda participar en la ejecución del Proyecto de
Investigación titulado: “Prevalencia de las maloclusiones según la
Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel
Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024”,
dejando constancia que he sido informado sobre el propósito y la forma cómo
se llevará a cabo la investigación.

Firma



(Huella Digital)

ESTIMADO PADRE, MADRE DE FAMILIA O APODERADO

Le saluda el C.D. Luis Ernesto Gil Pereda, Cirujano Dentista del Hospital César Vallejo Mendoza de Santiago de Chuco y R-3 de la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Universidad de Huánuco; actualmente, me encuentro realizando un estudio de investigación titulado “Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024”; por lo que, solicito su AUTORIZACIÓN, a través de la firma del CONSENTIMIENTO INFORMADO que adjunto, para que su menor hijo o tutoriado pueda participar de manera ANÓNIMA en dicho estudio, el cual consiste en un Examen Bucal para poder determinar la forma de cómo muerde el estudiante; como estímulo, se le hará una FLUORIZACIÓN, la cual tiene como finalidad proteger el esmalte de los dientes de la agresión de los ácidos del medio bucal.

Atentamente:



LUIS ERNESTO GIL PEREDA

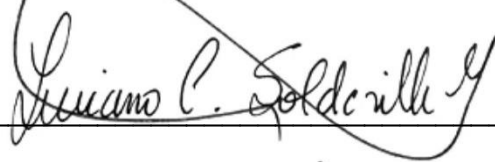
DNI 29602586

ANEXO N° 6

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

El que suscribe, Dr. LUCIANO CARLOS SOLDEVILLA GALARZA, Docente de la Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Universidad de Huánuco, hace constar que es ASESOR del Proyecto de Investigación titulado: “Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024”, perteneciente al Residente Luis Ernesto Gil Pereda, identificado con Código de Estudiante N° 6202111002, de la Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Universidad de Huánuco.

Huánuco, 01 de Agosto del 2024.

A handwritten signature in black ink, reading "Luciano C. Soldevilla G.", is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

**Dr. LUCIANO CARLOS SOLDEVILLA
GALARZA
ASESOR**

ANEXO N° 7



SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA I.E. 80521 MANUEL ENCARNACIÓN
SAAVEDRA GELDRES.

Mg. EDWIN JAMER REBAZA GARCÍA

S.D.

Yo, LUIS ERNESTO GIL PEREDA,
identificado con DNI 29602586, Cirujano
Dentista del Hospital César Vallejo
Mendoza, R-3 de la Especialidad de
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la
Universidad de Huánuco, domiciliado en la
calle César Vallejo 1798, Distrito y Provincia
de Santiago de Chuco, ante usted me
presento y expongo:

Que, habiendo elaborado el Proyecto de Investigación titulado: "Prevalencia de las maloclusiones según la Clasificación de Angle en la población adolescente de la I.E. 80521 Manuel Encarnación Saavedra Geldres del distrito de Santiago de Chuco, 2024", es que recurro a su despacho para solicitar la AUTORIZACIÓN para la ejecución de dicho proyecto, el cual permitirá conocer la distribución de las maloclusiones en nuestra población estudiantil a fin de elaborar un Plan y poder abordarlas a través del Ministerio de Salud.

Santiago de Chuco, 20 de Septiembre del 2024.

LUIS ERNESTO GIL PEREDA

DNI 29602586