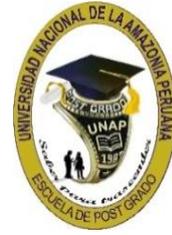




UNAP



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ORTODONCIA
Y ORTOPEDIA MAXILAR

TIPOS DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN
A LA CLÍNICA FO-UNAP A LA ESPECIALIDAD DE
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

UNAP 2015

AUTORES : C.D. LUIS LIMA LÓPEZ
C.D. JORGE IVÁN SOPLÍN GUZMÁN

ASESORA : DRA. MOURA GARCÍA, ANA MARÍA JOAQUINA, Esp.

Requisito Para Optar el Título Profesional de Especialista en
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

SAN JUAN BAUTISTA – PERÚ

2019



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
013-2019-OAA-EPG-UNAP

Con **Resolución Directoral N° 0331-2019-EPG-UNAP**, se autoriza la sustentación de la tesis: "TIPOS DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA FO-UNAP A LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR UNAP 2015", designando como jurados a los siguientes profesionales:

Dr. José Raúl Girondi, Esp.	Presidente
Dr. Jorge Francisco Bardales Ríos	Miembro
Mgr. Álvaro Percy Olarte Velásquez, Esp.	Miembro
Dra. Ana María Joaquina Moura García, Esp.	Asesora

Á los veintinueve días del mes de Marzo del 2019, a horas 11:00 a.m., en el Auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, se constituyó el Jurado Evaluador y dictaminador, para presenciar y evaluar la sustentación de la tesis: "**TIPOS DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA FO-UNAP A LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR UNAP 2015**", presentado por los señores **Luis Lima López** y **Jorge Iván Soplín Guzmán**, como requisito para optar el **Título Profesional de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Después de haber escuchado la sustentación y luego de formuladas las preguntas, éstas fueron:

..... *absueltas en forma satisfactoria*

El Jurado, después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a las siguientes conclusiones, la sustentación es:

1. Aprobado como: a) Excelente () b) Muy bueno (X) c) Bueno ()

2. Desaprobado: ()

Observaciones :..... *Ninguna*

A Continuación, el Presidente del Jurado, da por concluida la sustentación, siendo las *12:35* a.m. del veintinueve de marzo del 2019; con lo cual, se le declara a los sustentantes *apto* para recibir el Título Profesional de Segunda Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.


Dr. José Raúl Girondi, Esp.
Presidente


Dr. Jorge Francisco Bardales Ríos
Miembro


Mgr. Álvaro Percy Olarte Velásquez, Esp.
Miembro


Dra. Ana María Joaquina Moura García, Esp.
Asesora

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA VEINTINUEVE DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2019, A HORAS 11:00 A.M. EN EL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERÚ.

JURADO



.....
Dr. JOSÉ RAÚL GIRONDI, Esp.
Presidente



.....
Dr. JORGE FRANCISCO BARDALES RÍOS, Esp.
Miembro



.....
Mgr. ÁLVARO PERCY OLARTE VELÁSQUEZ, Esp.
Miembro



.....
Dra. ANA MARÍA JOAQUINA MOURA GARCÍA, Esp.
Asesora

DEDICATORIA

A nuestros queridos padres: por su confianza, su apoyo incondicional, por enseñarnos a luchar hacia delante, por su gran corazón y capacidad de entrega, pero sobre todo por enseñarnos a ser responsable, gracias a ustedes hemos llegado a esta meta, los amamos mucho.

A nuestras esposas, a nuestros hijos e hijas, y nuestras mamitas, a todas nuestras familias por su inmenso cariño, muestras de afecto y por darnos ánimos para alcanzar esta meta tan importante en nuestra carrera profesional.

A nuestros colegas, alumnos, y compañeros en general por su muestra de apoyo, muestras de afecto y por darme ánimos para alcanzar esta meta tan importante en nuestra carrera profesional.

RECONOCIMIENTO

A DIOS, por ser nuestro principal guía cada día de nuestras vidas, por darnos la fuerza necesaria para salir adelante y lograr alcanzar esta meta.

A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por darnos la oportunidad de aprender y forjarnos como profesional.

Al Dr, Jose Raul Girondi por habernos brindado su tiempo, paciencia y asesoría en la realización de este trabajo de investigación, dándole el respectivo peso científico.

Al Dr. Rodil Tello Espinoza, por el asesoramiento en la parte estadística de la investigación.

A los Cirujanos Dentistas Miembros del jurado Evaluador del proyecto de Tesis por sus acertadas correcciones y oportunos consejos.

A la Dra Ana María Moura García por el asesoramiento, autorización y colaboración en la ejecución de este estudio.

A nuestros queridos amigos Cirujanos dentistas Alberto Vergara Anyarin, Jorge Sirlopu Oliva, Pedro Chávez toro, Luis Aguilar Tavares gracias a su valioso apoyo y dedicación que nos brindó para el cumplimiento de los objetivos de este estudio.

Gracias a todos los que de alguna manera nos brindaron su ayuda para alcanzar esta meta.

TIPOS DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA FO-UNAP A LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR UNAP 2015

C.D. LUIS LIMA LÓPEZ

C.D. JORGE IVÁN SOPLIN GUZMÁN

RESUMEN

El objetivo de estudio fue determinar los tipos de maloclusión en pacientes que acuden a la Clínica FO-UNAP de la especialidad de ortodoncia y ortopedia maxilar 2015. El tipo de estudio fue cuantitativo, el diseño fue descriptivo, correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 250 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados muestran que el 31% son masculinos y el 69% son femeninos. En relación al diagnóstico definitivo, el 61% son clase 1, el 18% son clase 2 y el 21% son clase 3. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=54,684$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Tipo de arcada del Maxilar Superior y el tipo de arcada del Maxilar Inferior. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=55,592$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Tipo de arcada del Maxilar Superior y el forma de arcada del Maxilar Inferior. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=23,977$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Diagnóstico Definitivo y Convexidad facial. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=63,188$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Relación Molar Derecha y Relación Molar Izquierda. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=49,641$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Relación Canina Derecha y Relación Canina Izquierda. Conclusiones: Se encontró que existe diferencia entre los tipos de maloclusión en los pacientes que acuden a la Clínica de la FO-UNAP a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015.

Palabras clave: Maloclusión, Perfil facial, Clasificación de angle.

TYPES OF MALOCCLUSION OF PATIENTS WHO COME TO THE FO-UNAP CLINIC TO THE SPECIALTY OF ORTHODONTICS AND MAXILAR ORTOPEdia UNAP 2015.

C.D. LUIS LIMA LÓPEZ

C.D. JORGE IVÁN SOPLIN GUZMÁN

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the types of malocclusion in patients attending the FO-UNAP Clinic in the specialty of orthodontics and maxillary orthopedics 2015. The type of study was quantitative, the design was descriptive, correlational, cross-sectional. The sample consisted of 250 patients who met the inclusion criteria. The results show that 31% are male and 69% are female. In relation to the definitive diagnosis, 61% are class 1, 18% are class 2 and 21% are class 3. It was found that there is no significant statistical difference ($X^2 = 54.684$, $gl = 4$, $p_value = 0.000$) between the variables Type of upper jaw arch and the type of arch of the Lower jaw. It was found that there is no significant statistical difference ($X^2 = 55.592$, $df = 4$, $p_value = 0.000$) between the variables Type of arch of the Upper Maxilla and the arcade shape of the Lower Maxilla. It was found that there is no significant statistical difference ($X^2 = 23.977$, $gl = 4$, $p_value = 0.000$) between the variables Definitive Diagnosis and Facial Convexity. It was found that there is no significant statistical difference ($X^2 = 63.188$, $gl = 4$, $p_value = 0.000$) between the variables Right Molar Relationship and Left Molar Relationship. It was found that there is no significant statistical difference ($X^2 = 49.641$, $gl = 4$, $p_value = 0.000$) between the variables Right Canine Relationship and Left Canine Relationship. Conclusions: It was found that there is a difference between the types of malocclusion in patients who come to the Clinic of the FO-UNAP to the specialty of Orthodontics and Maxillary Orthopedics 2015.

Key words: Malocclusion, Facial profile, Angle classification

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
ACTA DE SISTENTACIÓNI	ii
HOJA DE APROBACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
RECONOCIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE CUADROS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
CAPÍTULO I	
1.1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.3. OBJETIVOS: General y Específicos	2
CAPÍTULO II	
2.1. MARCO TEÓRICO	3
2.1.1. Antecedentes	3
2.1.2. Bases Teóricas	7
2.1.3. Marco conceptual	10
2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES	10
2.3. HIPÓTESIS	11
CAPÍTULO III	
3. MÉTODOLOGÍA	12
3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	12
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	12
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	12
4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	13
3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	14

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	14
3.7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS	14
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	15
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO VI	
PROPUESTA	37
CAPÍTULO VII	
CONCLUSIONES	38
CAPÍTULO VIII	
RECOMENDACIONES	40
CAPÍTULO IX	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	44
Anexo 01: Instrumento N° 02 Ficha para recolección de datos	
Anexo 02: Declaratoria de autenticidad de Plan de Tesis4848	
Anexo 03: Matriz de consistencia	

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 01. Distribución de pacientes según Sexo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	15
Cuadro N° 02. Distribución de pacientes según Lugar de procedencia, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	16
Cuadro N° 03. Distribución de pacientes según Tipo de arcada del maxilar superior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	17
Cuadro N° 04. Distribución de pacientes según Tipo de arcada del maxilar inferior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	18
Cuadro N° 05. Distribución de pacientes según Forma de arcada del maxilar superior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	19
Cuadro N° 06. Distribución de pacientes según Forma de arcada del maxilar inferior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	20
Cuadro N° 07. Distribución de pacientes según Tipo de convexidad facial, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	21
Cuadro N° 08. Distribución de pacientes según Relación molar del lado derecho, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	22
Cuadro N° 09. Distribución de pacientes según Relación molar del lado izquierdo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	23
cuadro N° 10. Distribución de pacientes según Relación canino del lado derecho, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	24
Cuadro N° 11. Distribución de pacientes según Relación canino del lado izquierdo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	25
Cuadro N° 12. Distribución de pacientes según Diagnóstico definitivo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	26
cuadro N° 13. Relación entre las variables Tipo de arcada del Maxilar Superior y Tipo de arcada del Maxilar Inferior, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	27
Cuadro N° 14. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Tipo de Arcada del Maxilar Superior y Tipo de Arcada del Maxilar Inferior.	28

Cuadro N° 15. Relación entre las variables Forma de Arcada del Maxilar Superior y Forma de Arcada del Maxilar Inferior, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	29
Cuadro N° 16. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Forma de Arcada del Maxilar Superior y Forma de Arcada del Maxilar Inferior.	30
Cuadro N° 17. Relación entre las variables Diagnóstico Definitivo y Convexidad Facial, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	31
Cuadro N° 18. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Diagnóstico definitivo y Convexidad Facial.	31
Cuadro N° 19. Relación entre las variables Relación Molar Derecha y Relación Molar Izquierda, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	32
Cuadro N° 20. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Relación Molar Derecha y Relación Molar Izquierda.	33
Cuadro N° 21. Relación entre las variables Relación Canina Derecha y Relación Canina Izquierda, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	34
Cuadro N° 22. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Relación Canina Derecha y Relación Canina Izquierda.	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 01. Distribución de pacientes según Sexo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	15
Gráfico N° 02. Distribución de pacientes según Lugar de procedencia, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	16
Gráfico N° 03. Distribución de pacientes según Tipo de arcada del maxilar superior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	17
Gráfico N° 04. Distribución de pacientes según Tipo de arcada del maxilar inferior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	18
Gráfico N° 05. Distribución de pacientes según Forma de arcada del maxilar superior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	19
Gráfico N° 06. Distribución de pacientes según Forma de arcada del maxilar inferior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	20
Gráfico N° 07. Distribución de pacientes según Tipo de convexidad facial, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	21
Gráfico N° 08. Distribución de pacientes según Relación molar del lado derecho, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	22
Gráfico N° 09. Distribución de pacientes según Relación molar del lado izquierdo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	23
Gráfico N° 10. Distribución de pacientes según Relación canino del lado derecho, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	24
Gráfico N° 11. Distribución de pacientes según Relación canino del lado izquierdo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	25
Gráfico N° 12. Distribución de pacientes según Diagnóstico definitivo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.	26

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La maloclusión es una alteración funcional y anatómica que se presenta en un 83.41% de la población de los departamentos de nuestro país. ⁽¹⁾ Existen tres clases de maloclusión, a) la Clase I en la cual los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco, los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados y el perfil facial puede ser recto. b) la Clase II o distoclusión que puede ser resultado una mandíbula retrógnata, de un maxilar prognata o una combinación de ambas. Existen 2 subdivisiones de la clase II, siendo la gran diferencia entre estas dos divisiones las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos. c) Maloclusión Clase III en la cual existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. ⁽²⁾

Alguna de las consecuencias de la maloclusión son el bruxismo el cual es un hábito que consiste en apretar y rechinar los dientes. ⁽³⁾ Asimismo el desgaste del esmalte por una mala posición en los dientes que puede provocar zonas de fricción que aceleran el desgaste del esmalte. ⁽⁴⁾

Los pacientes con maloclusión también pueden padecer de caries y gingivitis debido a que la maloclusión dificulta el cepillado correcto de los dientes. ⁽⁵⁾ Adicionalmente dolores locales, artrósicos y masticatorios. ⁽⁶⁾ Se ha reportado una mayor posibilidad de traumatismos debido a una protrusión de los incisivos superiores puede ocasionar lesiones dentales. ⁷ y dolores de cabeza, mareos, ruidos en el oído, etc. ⁽⁸⁾

El abordaje de la biomecánica de la ortodoncia es diferente para cada tipo de maloclusión por lo cual nuestro estudio busca estudiar los tipos de maloclusión de los pacientes procedentes de la región Loreto.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los tipos de maloclusión en pacientes que acuden a la clínica de la FO-Unap a la especialidad de ortodoncia y ortopedia maxilar 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. GENERAL

- Determinar los tipos de maloclusión en pacientes que acuden a la clínica FO-Unap de la especialidad de ortodoncia y ortopedia maxilar 2015.

1.3.2. ESPECÍFICOS

1. Describir las características oclusales de las arcadas de pacientes que acuden a la clínica FO-Unap de la especialidad de ortodoncia y ortopedia maxilar 2015.
2. Evaluar e indicar el perfil anatómico utilizando los puntos anatómicos (glabella, subnasal y pogonion blando) de los pacientes que acuden a la clínica FO-Unap de la especialidad de ortodoncia y ortopedia maxilar 2015.
3. Evaluar e indicar la relación molar y canina de los pacientes que acuden a la clínica de la FO-Unap a la especialidad de ortodoncia y ortopedia maxilar 2015.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales

Reyes, D. (México 2014), desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico y transversal con el objetivo Determinar la asociación entre maloclusiones y género además el tipo de movimientos ortopédicos más frecuentes para su corrección. La muestra estuvo conformada en base a la información de expedientes de ortopedia del año 2007 al 2012 en la clínica de Estomatología Pediátrica de la BUAP. Los principales hallazgos muestran una prevalencia de maloclusión clase I de 20.1%, maloclusión clase II de 52.5% y maloclusión clase III 27.4 %. En conclusión; De los expedientes analizados se pudo observar que la maloclusión más frecuente fue la clase II con mayor incidencia en niñas, y para su tratamiento fue más frecuente el uso de aparatología con movimientos de tipo transversal. Para los pacientes con maloclusión clase II y clase III se utilizó aparatología de tipo transversal y sagital. En los tres tipos de maloclusiones no hubo diferencia estadística alguna entre género, maloclusión y edad. ⁽⁹⁾

Sosa, JE. (Ecuador 2012), Ejecutó un estudio descriptivo y transversal, con el objetivo de describir la frecuencia de maloclusión según Angle en los alumnos de segundo y tercer semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en el periodo de III-VII-2012. Quito- Ecuador. La muestra estuvo conformada por 53 alumnos de 2do y 3er semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Los principales hallazgos muestran el 47,16% del total de la muestra de estudiantes presentaba Clase I de Angle tanto en la Hemiarcada

Derecha e Izquierda, el 16,99% presentaba Clase II de Angle en la Hemiarcada Derecha y en la Hemiarcada Izquierda, y el 7,55 % restante corresponde a Clase III de Angle en la Hemiarcada Derecha y en la Hemiarcada Izquierda, mientras que el 28,30% no coincide la Clase de Angle en ambas hemiarcadas. En conclusión, la prevalencia de maloclusiones en nuestro medio es similar con otros países y que se requiere de estudios de morbilidad oral que no solo describan y analicen cuantitativamente sino que se les dé un significado cualitativo para su mejor conceptualización y comprensión. La hipótesis planteada del estudio fue demostrada “La frecuencia de Maloclusión (Angle) Clase I es más prevalente que la Clase II y Clase III en los alumnos de 2do y 3er semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador”.⁽¹⁰⁾

García, VJ. (España 2011), Realizó un estudio observacional descriptivo mixto transversal, con el objetivo de conocer las características de la maloclusión y su posible relación con las alteraciones funcionales y los hábitos orales. La muestra estuvo conformada por 1.270 individuos representativos de la población escolar de Cataluña; 596 niños y 674 niñas de entre 6 y 14 años. Los principales hallazgos muestran que el 72,8% presenta según Angle Clase I, 19,0% y 5,2% Clase II/1 y II/2 respectivamente y 2,9% Clase III. El hábito onicofagia fue el más frecuente con un 46,4%. El mayor nivel de limitación funcional fue la hipertrofia amigdalina con un 21,2%. En conclusión el diagnóstico de alteraciones funcionales y de hábitos orales puede advertir de la presencia de maloclusión.⁽¹¹⁾

Botero, et al. (2009), Desarrolló un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico de la oclusión dental en niños que consultaron el servicio de las clínicas de crecimiento y desarrollo de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia; sede Envigado, entre junio

de 2006 y junio de 2007. Se calculó un tamaño muestra de 191 pacientes. Los principales hallazgos muestran que el promedio de edad de los 191 niños participantes fue 7 años (7 ± 2.1), 50.8% (97/191) eran de sexo masculino y 41.9% (80/191) se encontraban en dentición mixta inicial. La maloclusión con mayor prevalencia fue la clase I 55% (105/191), seguida por la clase II 32.5% (62/191) y clase III 12.6% (24/191). La prevalencia de al menos una alteración en los planos oclusales fue 96.3%. En conclusión la maloclusión clase I de Angle fue la más prevalente con alteraciones en los planos vertical y transversal y problemas de espacio. ⁽¹²⁾

Antecedentes Nacionales

Huamán, DA. (Cusco, 2015) realizó un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de Maloclusiones dentales según Angle y el biotipo facial que predomina en la población cusqueña estudiada. La muestra fueron 108 radiografías laterales de pacientes entre 12 y 17 años de edad, que acudieron a dicho centro de radiodiagnóstico. El procedimiento para la recolección de datos consistió en observar cada radiografía laterales y evaluar el tipo de Maloclusiones dentales según Angle y el biotipo facial de acuerdo al índice de Vert. Las variables son las maloclusiones según Angle y el Biotipo Facial según el índice de Vert. Las conclusiones de la investigación fueron que La malocclusion clase I es más frecuente con un 74% y el biotipo facial mesofacial es el más frecuente con una frecuencia de 37 %. La maloclusión de Angle más frecuente según el sexo fue la clase I. La maloclusión Clase III fue más frecuente en el sexo masculino que por el femenino. Siendo esta una relación no significativa. El biotipo facial más frecuente usando el índice de Vert fue el mesofacial y según sexo el biotipo más frecuente fue el mesofacial.

Huamán Valenzuela, David Amaru. Estudio Radiográfico: Análisis de maloclusiones según Angle y biotipo facial en pacientes de 12 - 17 años Centro Radiológico y diagnóstico dental (CERADENT) Cusco 2015. [Tesis para optar título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad San Antonio Abad del Cusco. Cusco – Peru, 2015. Disponible en la web: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/1675>

Ramos, M. (Cusco, 2015). Realizó un estudio con el propósito de hallar la prevalencia de maloclusiones dentarias y variantes por sexo y edad. La muestra fue de 201 estudiantes de 08 a 12 años de edad, pertenecientes a la Institución Educativa N° 50166 Amparaes de Calca de la ciudad del Cusco. Los resultados señalaron que la prevalencia de maloclusión dentaria fue 92.0%, maloclusión Clase I es de 78.1% a la edad de 11 años 19.4%, seguida por Clase III 7.5% a los 11 y 12 años (2.0%) y Clase II 6.5% los 10 años 2.0%; En los tres tipos de maloclusión dental hubo mayor prevalencia en el sexo masculino 51.3% Respecto a las variantes anatómicas: 45.3% presentaron apiñamiento en la arcada superior, 51.7%, alteración en el espaciamiento en la arcada inferior, 39.3%, alteración en el Overbite, 81.6% alteración en la forma de arcada inferior, 37.3% alteración en el perfil facial anteroposterior y vertical. Siendo más frecuentes a la edad de 11 años y en el sexo masculino

Ramos Aguilar, Mirella. Prevalencia de maloclusiones según clasificación de angle en estudiantes de 08 a 12 años en la Institución Educativa N° 50166 Amparaes de Calca. Cusco - 2015. [Tesis para optar título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Andina del Cusco. Cusco – Perú, 2015. <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/275>

2.1.2. BASES TEÓRICAS

DEFINICIÓN DE MALOCLUSIÓN

Para comprender las diferentes maloclusiones debemos conocer la oclusión normal. Una mal posición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La malposición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de maloclusión dentaria.⁽¹³⁾

En 1889 Guiltford definió a la “mal oclusión” como cualquier desviación de la “oclusión ideal”. Este fue solo el principio de una serie de definiciones, estudios, análisis, y debates, que condujeron a una amplia gama de clasificaciones de lo que es una norma y una mal oclusión.⁽¹⁴⁾

Las maloclusiones son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La maloclusión no es una variable discreta, sino, una suma mal definida de variación genética y de los efectos de factores intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara, de los dientes y maxilares. Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los maxilares.⁽¹⁾

En conclusión, la maloclusión es un tipo de disfunción en la que hay un cambio en el contacto oclusal de los dientes, donde la relación de los dientes entre sí y con su antagonista muestran una alteración estética y funcional.⁽¹⁴⁾

Clasificación de maloclusión según Angle: clasificación en sentido antero-posterior.

La introducción del sistema de clasificación de las maloclusiones de Angle, fue el paso principal para convertir los conceptos clínicos desorganizados en la ciencia de la Ortodoncia. De todos los métodos de clasificar maloclusiones presentados a los profesionales, solamente dos persisten y son usados en la actualidad. Uno de ellos, el sistema de Angle, se emplea intacto, el otro sistema es el de Saimond.

Edward H. Angle trataba de unificar criterios en cuanto a clasificar la relación de las cúspides de los primeros molares permanentes, formulando la muy conocida clasificación molar de Angle. Presentó su clasificación originalmente, sobre la teoría que el primer molar permanente superior estaba invariablemente en posición correcta y las clasificó en clase I, clase II y clase III. El énfasis en la relación de los primeros molares permanentes ha hecho que los clínicos ignoren el esqueleto facial y piensen solamente en términos de la posición de los dientes. A pesar de criticar a este sistema de clasificación, el método de Angle para clasificar casos es el más práctico y, por lo tanto, el más popular en uso actualmente.⁽¹⁵⁾

CLASE I (Neutroclusión): Las oclusiones en las que hay una relación normal entre maxilar superior e inferior, se ubica en esta clase, la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente articula en el surco mesiobucal del primer molar inferior permanente.⁽¹⁶⁾

CLASE II (Distoclusión): Constituyen esta clase las maloclusiones en las que hay una relación “distal” del maxilar inferior respecto al superior, la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior articula por delante del surco mesiobucal del primer molar

inferior permanente. Las maloclusiones de clase 2 se subdividen a su vez en dos:⁽¹⁶⁾

- **CLASE II SUBDIVISIÓN 1:** La maloclusión de clase 2 subdivisión 1 se caracteriza por ser una distoclusión y además presenta casi siempre: Gran resalte de los incisivos superiores. El maxilar superior suele estar adelantado y la mandíbula retruida, solo la cefalometría nos dará con exactitud la discrepancia ósea. Puede haber mordida abierta anterior. Las arcadas son estrechas de forma triangulares y por tanto son frecuentes los apiñamientos dentarios. Los incisivos superiores pueden descansar sobre el labio inferior.
- **CLASE II SUBDIVISIÓN 2:** La maloclusión de clase 2 división 2 es una distoclusión que se caracteriza por:
 1. Gran sobremordida vertical
 2. Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores
 3. Linguoversión de los incisivos centrales superiores
 4. Suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas.
 5. Suelen tener la curva de Spee muy marcada.

CLASE III (Mesioclusión): Las maloclusiones en las que hay una relación “mesial” del maxilar inferior respecto al superior, la cúspide mesiobucal del primer molar permanente articula hacia distal del surco mesiobucal del primer molar permanente inferior.⁽¹⁶⁾

Se suelen caracterizar por.

- a) Mesioclusión
- b) Mordida cruzada anterior y puede haber mordida cruzada posterior.
- c) En general mandíbulas grandes y maxilares superiores pequeños.
Se llaman progenies y prognatismos mandibulares.
- d) Son maloclusiones hereditarias.

2.1.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Maloclusión:** Es la desviación de la “oclusión ideal”. Mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES

Malaoclusión. Se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

Características oclusales de las arcadas: Se refiere al tipo de dentición mixta o permanente, forma y tipo de las arcadas dentarias.

Perfil facial: Determina la posición antero-posterior de los maxilares y poder comprobar si están situados en forma proporcional en sentido horizontal; nos permite valorar la posición de los labios y el grado de inclinación de los dientes anteriores (Incisivos).

Puntos anatómicos (glabella, subnasal y pogonion blando): Define el tipo de perfil del paciente en sentido antero posterior, mediante líneas que unen los puntos anatómicos formando una angulación aproximada de 165 a 175 grados para un perfil normal o recto. Cuando el valor del ángulo formado por los tres puntos se reduce forma un perfil convexo. Cuando el valor del ángulo formado es mayor de 175 grados forma un perfil cóncavo.

Relación molar y canina: Basada en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, principalmente las primeras molares permanentes en oclusión.

La relación canina se refiere al encaje del vértice de la cúspide del canino superior en la embrazadura que forma el canino inferior con la primera premolar, y se determina en ambas hemiarquadas (derecha e izquierda).

2.2.1. INDICADORES E ÍNDICES

Variables	Indicadores	Índices
Tipos de maloclusión	Clasificación de Angle	I
		II
		III

2.3. HIPÓTESIS

Existe diferencia entre los tipos de maloclusión en los pacientes que acuden a la Clínica de la FO-UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación pertenece al modelo de investigación científica cuantitativa.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un análisis descriptivo de las fotografías extraorales, tales como del tipo frontal, perfil derecho e intraorales, vista frontal, lateral derecho, lateral izquierdo y oclusales de los maxilares tanto superior e inferior de los pacientes de la Clínica FO-UNAP de la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015 que cumplen con los criterios de inclusión para el estudio.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

La población fueron todas las fotografías de los pacientes de la clínica de la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar UNAP 2015. N=250 fotos.

3.3.2. MUESTRA

La muestra fue igual a la población que cumpla con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- Las fotografías de los pacientes serán seleccionados a partir de 14 años de edad en mujeres y 16 años de edad en varones.
- Fotografías de los pacientes que acudieron a la clínica de la especialidad de ortodoncia y ortopedia de maxilar.
- Fotografías de los pacientes que acudieron a la clínica de la especialidad de ortodoncia y ortopedia de maxilar.

- Fotografías donde se observan con claridad la relación molar y canina.
- Fotos nítidas y centradas.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.4.1. TÉCNICA

Se realizó el análisis de las fotos digitales a través de la observación, en el que se determinará los tipos de maloclusión de los pacientes que acuden a la Clínica de la FO-UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015; y se describirá las características oclusales de las arcadas dentarias en cuanto al tipo de dentición, forma y tipo de arcada dentaria; asimismo se observara el perfil del paciente en la cual se determinara la Convexidad Facial teniendo en cuenta los puntos Glabellar, Subnasal y Pogonion Blando. Estos puntos anatómicos se tomarán como referencia que al unirlos formaran una angulación para determinar la convexidad facial y la relación de los primeros molares superiores permanentes; asimismo la relación molar y canina determinara la relación existente entre los primeros molares y los caninos en oclusión tanto en la hemiarcada derecha e izquierda.

Usando la clasificación de Angle se determinará si existe maloclusión y cuál es el tipo de maloclusión que presenta el paciente de la Clínica de la FO-UNAP Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar UNAP 2015 (maloclusión clase I; maloclusión clase II; y maloclusion clase III).

3.4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Instrumento N° 01: Ficha de colección de datos de interés presentes en las Historias clínicas.
- Fotografías digitales.
- Reglas.
- Transportador.

3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó permiso a la Directora de Escuela de Posgrado de la FO-UNAP para utilizar las historias clínicas de los pacientes de la clínica de la FO-UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015.
- Se recolectó las fotografías de los casos clínicos de los pacientes de la Clínica de la FO-UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se siguió el siguiente orden:

Paso 1: Se construyó una base de datos a partir de la información colectada por los instrumentos en el formato de Microsoft Excel, y serán analizados en SPSS Ver21.

Paso 2: Se realizó un análisis exploratorio de los datos, buscando datos aberrantes y posibles datos extremos que podrían influenciar en los resultados del estudio. Se determinó frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. De ser el caso, se recategorizarán las variables grupos divididos por cuartiles. Esta presentación en grupos ayudará a mejorar la interpretación de los datos.

Paso 3: Los resultados para responder cada objetivo específico se presentaron en tablas y gráficos que representan descriptivo.

3.7. PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

En la ejecución del proyecto se tendrá en cuenta los principios éticos y bioéticos tales como:

- Al aplicar los instrumentos se tendrá en cuenta el anonimato haciendo uso de códigos.
- Se tendrá en cuenta la confidencialidad de la información.
- Los datos serán analizados en forma grupal, por ningún motivo se realizará análisis individualizado de los datos.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

La población del presente estudio, estudio estuvo constituida por 67 pacientes atendidos en la Clínica FO de la UNAP.

En el cuadro 01 se observa los resultados de las pacientes según sexo, donde el 31% son masculinos y el 69% son femeninos.

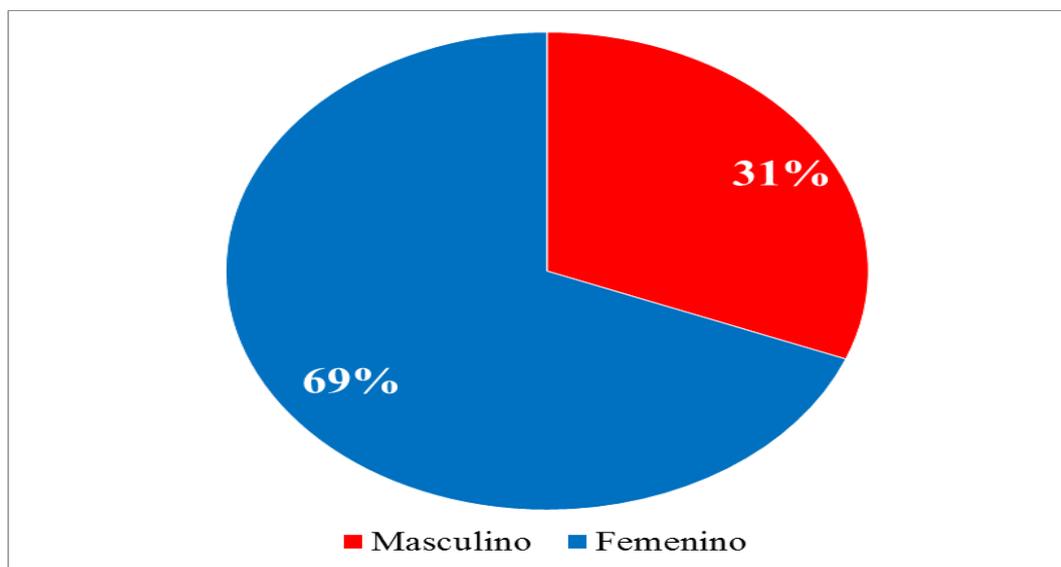
Cuadro N° 01. Distribución de pacientes según Sexo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	21	31
Femenino	46	69
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 01

Distribución de pacientes según Sexo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 02 se observa los resultados de los pacientes según el lugar de procedencia, y muestra el 37% proceden de los Distritos de San Juan e Iquitos respectivamente, el 25% proceden del Distrito de Punchana y el 1% proceden del Distrito de Belén.

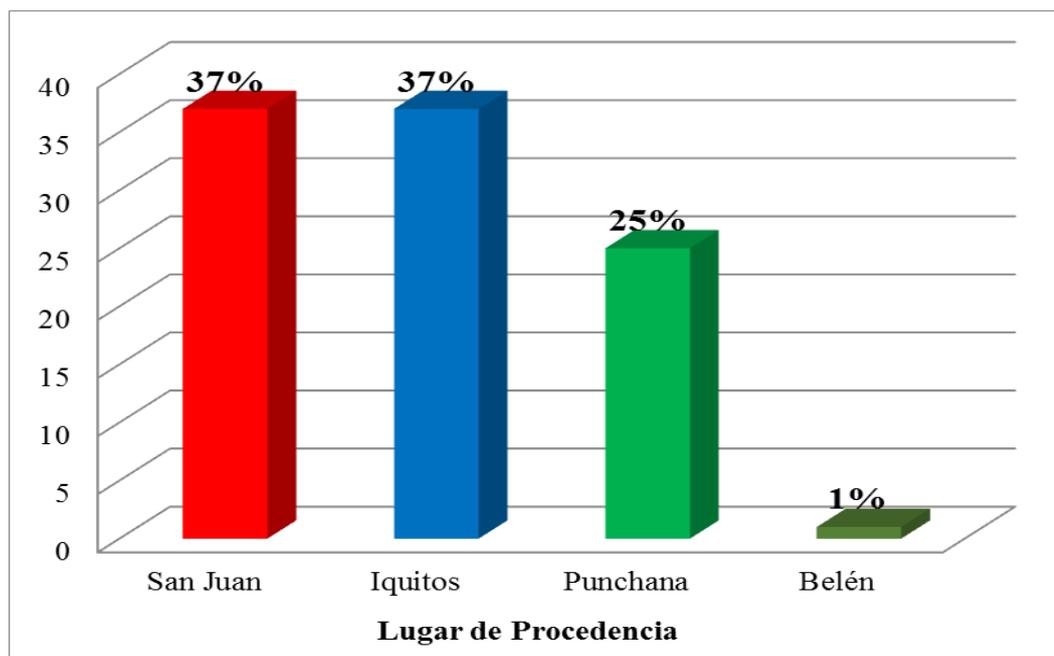
Cuadro N° 02. Distribución de pacientes según Lugar de procedencia, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
San Juan	25	37
Iquitos	25	37
Punchana	16	25
Belén	1	1
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 02

Distribución de pacientes según Lugar de procedencia, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 03 se observa los resultados de los pacientes según Tipo de arcada del maxilar superior, y muestra el 19% tienen el tipo de arcada alineado, el 75% tienen el tipo de arcada apiñado y el 6% tienen el tipo de arcada Diastema.

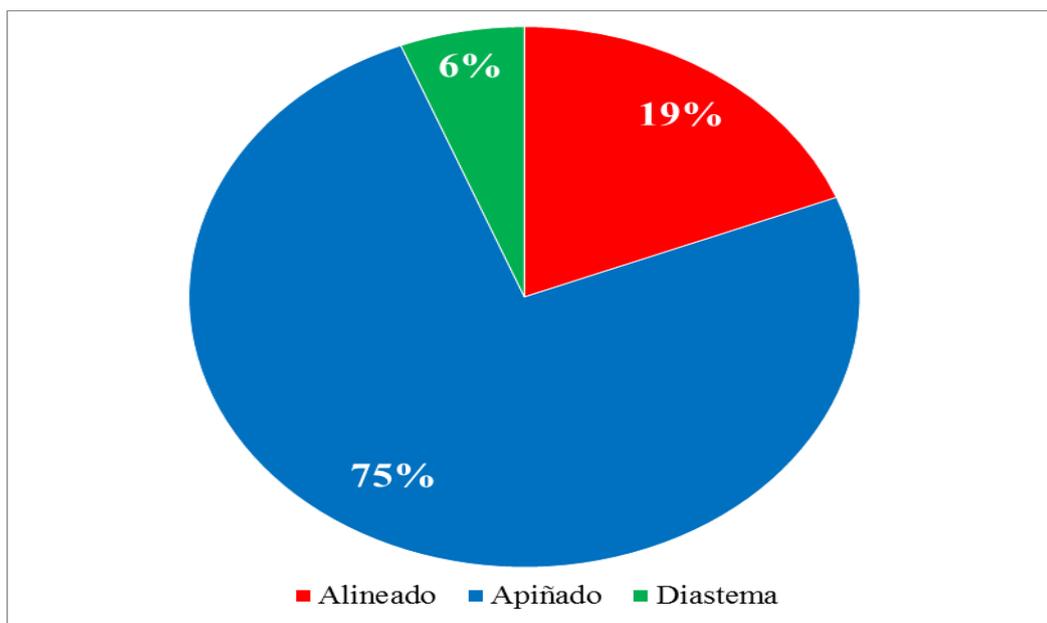
Cuadro N° 03. Distribución de pacientes según Tipo de arcada del maxilar superior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Tipo de arcada	Frecuencia	Porcentaje
Alineado	13	19
Apiñado	50	75
Diastema	4	6
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 03

Distribución de pacientes según Tipo de arcada del maxilar superior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 04 se observa los resultados de los pacientes según Tipo de arcada del maxilar inferior, y muestra el 16% tienen el tipo de arcada alineado, el 81% tienen el tipo de arcada apiñado y el 3% tienen el tipo de arcada Diastema.

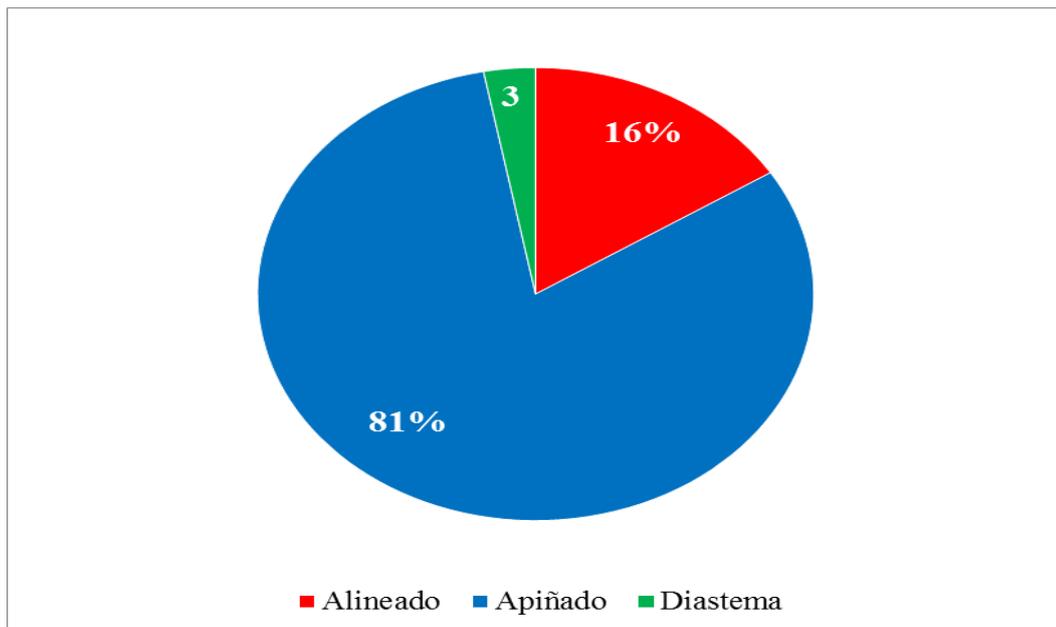
Cuadro N° 04. Distribución de pacientes según Tipo de arcada del maxilar inferior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Tipo de arcada	Frecuencia	Porcentaje
Alineado	11	16
Apiñado	54	81
Diastema	2	3
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 04

Distribución de pacientes según Tipo de arcada del maxilar inferior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 05 se observa los resultados de los pacientes según la Forma de arcada del maxilar superior, y muestra que el 63% tienen la forma de arcada ovalada, el 15% tienen la forma de arcada triangular y el 22% tienen la forma de arcada cuadrada.

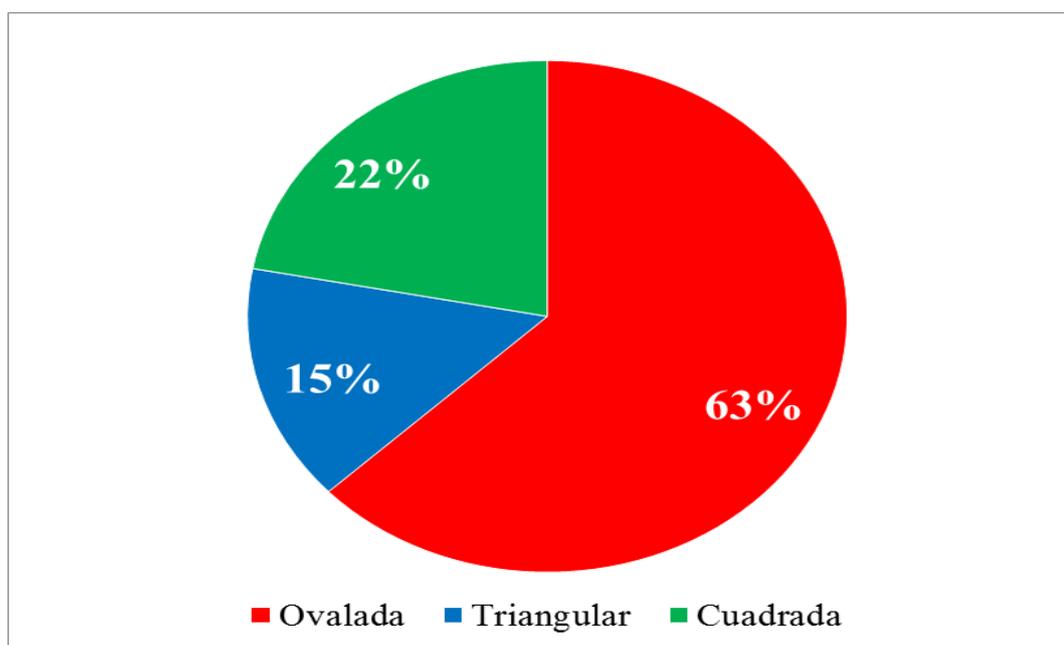
Cuadro N° 05. Distribución de pacientes según Forma de arcada del maxilar superior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Forma de arcada	Frecuencia	Porcentaje
Ovalada	42	63
Triangular	10	15
Cuadrada	15	22
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 05

Distribución de pacientes según Forma de arcada del maxilar superior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 06 se observa los resultados de los pacientes según la Forma de arcada del maxilar inferior, y muestra que el 55% tienen la forma de arcada ovalada, el 14% tienen la forma de arcada triangular y el 31% tienen la forma de arcada cuadrada.

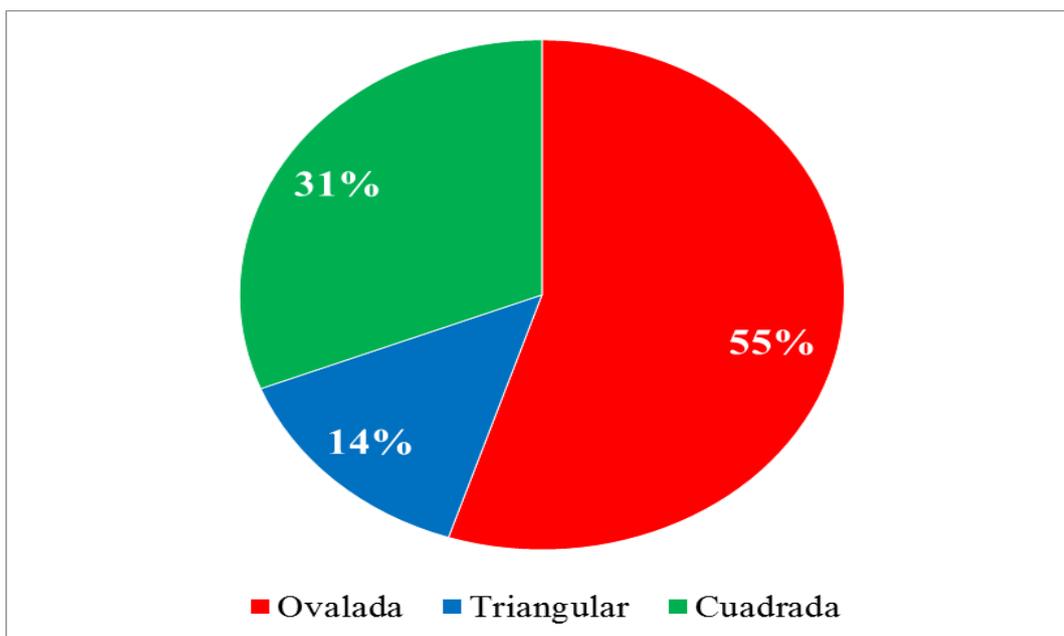
Cuadro N° 06. Distribución de pacientes según Forma de arcada del maxilar inferior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Forma de arcada	Frecuencia	Porcentaje
Ovalada	37	55
Triangular	9	14
Cuadrada	21	31
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 06

Distribución de pacientes según Forma de arcada del maxilar inferior, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 07 se observa los resultados de los pacientes según el tipo de convexidad facial, y muestra que el 61% son clase 1, el 33% son clase 2 y el 6% son clase 3.

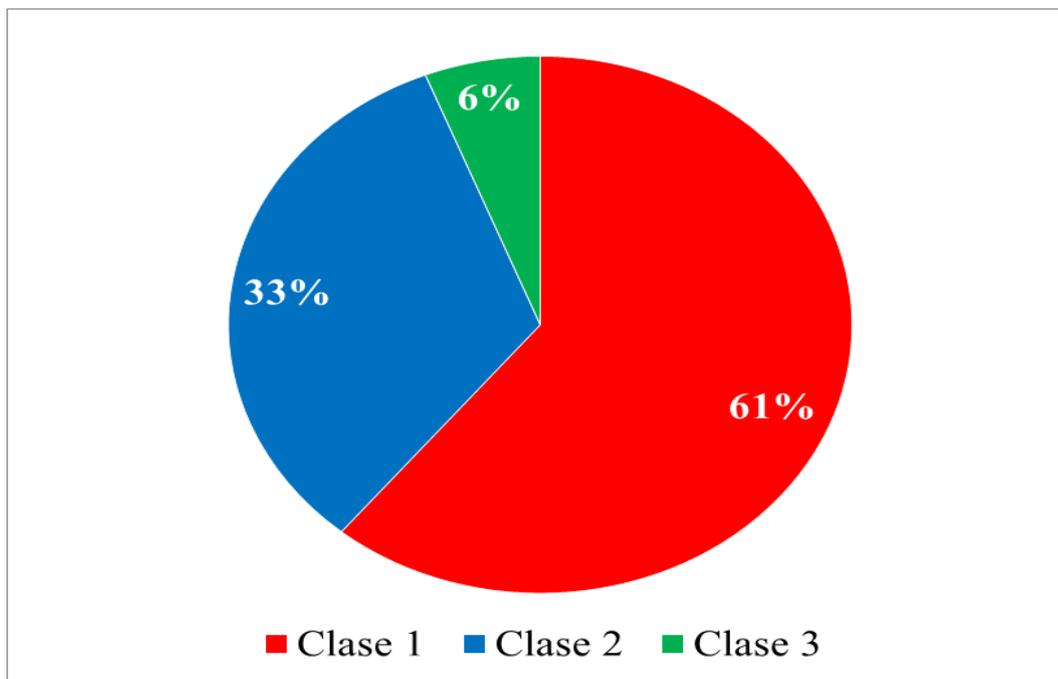
Cuadro N° 07. Distribución de pacientes según Tipo de convexidad facial, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Convexidad Facial	Frecuencia	Porcentaje
Clase 1	41	61
Clase 2	22	33
Clase 3	4	6
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 07

Distribución de pacientes según Tipo de convexidad facial, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el Cuadro 08 se observa los resultados de los pacientes según relación molar del lado derecho, y muestra que el 55% son clase 1, el 14% son clase 2 y el 21% son clase 3.

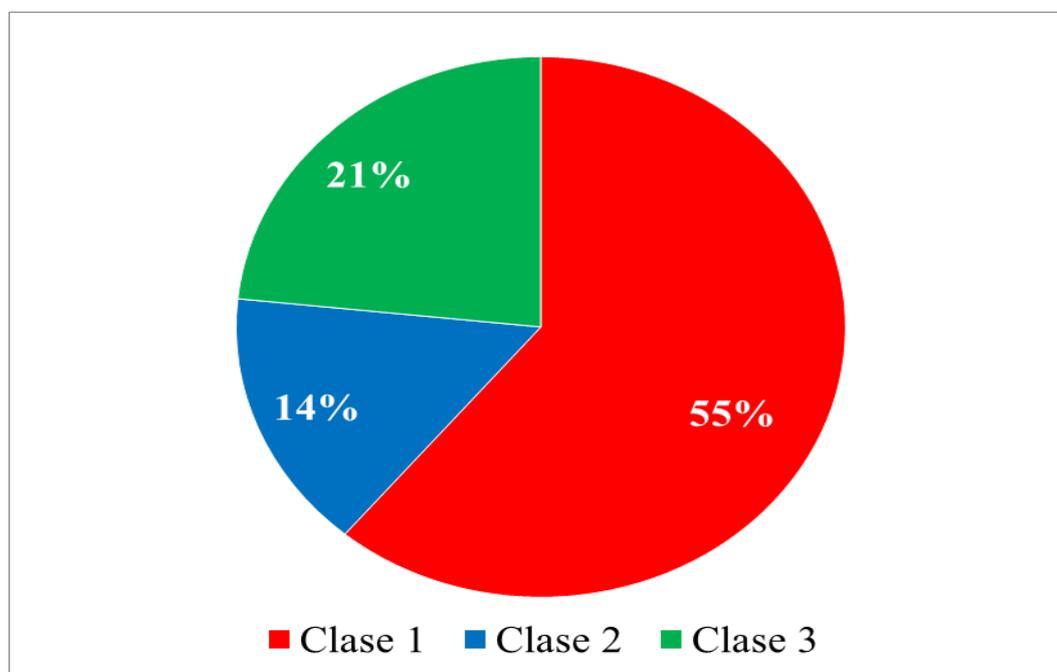
Cuadro N° 08. Distribución de pacientes según Relación molar del lado derecho, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Relación molar lado derecho	Frecuencia	Porcentaje
Clase 1	44	55
Clase 2	9	14
Clase 3	14	21
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 08

Distribución de pacientes según Relación molar del lado derecho, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 09 se observa los resultados de los pacientes según relación molar del lado izquierdo, y muestra que el 63% son clase 1, el 12% son clase 2 y el 25% son clase 3.

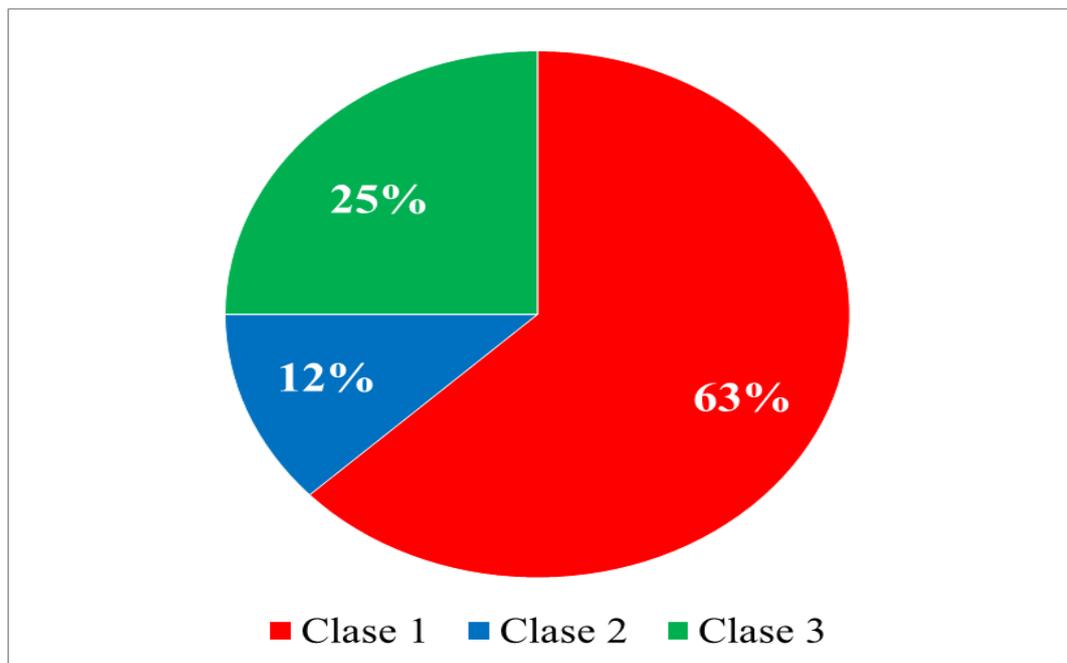
Cuadro N° 09. Distribución de pacientes según Relación molar del lado izquierdo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Relación molar lado izquierdo	Frecuencia	Porcentaje
Clase 1	42	63
Clase 2	8	12
Clase 3	17	25
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 09

Distribución de pacientes según Relación molar del lado izquierdo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 10, se observa los resultados de los pacientes según relación canino del lado derecho, y muestra que el 52% son clase 1, el 28% son clase 2 y el 20% son clase 3.

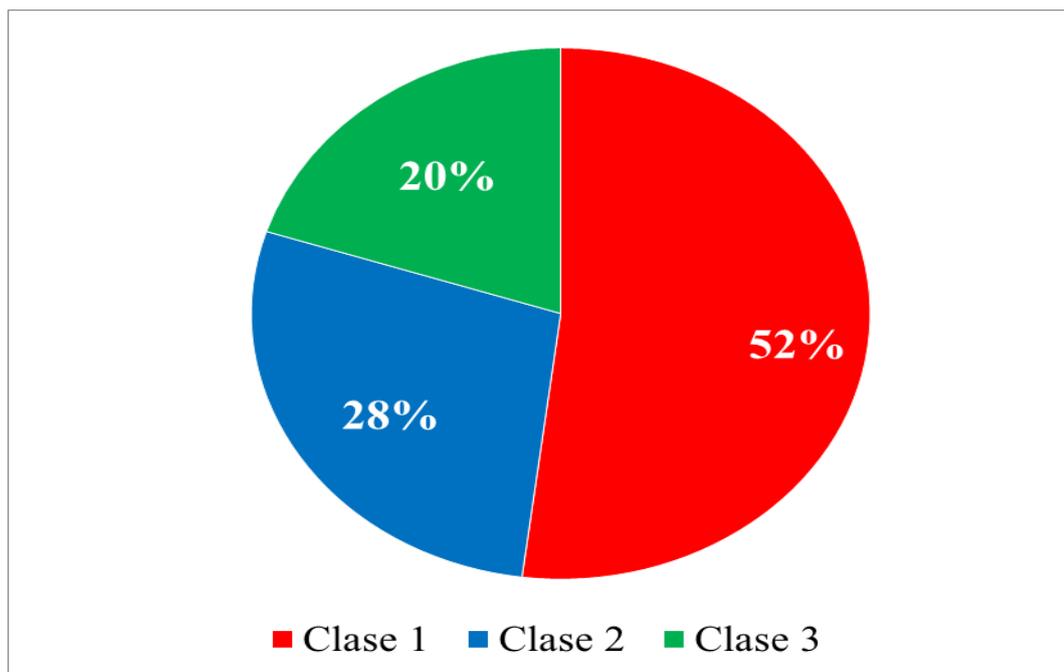
Cuadro N° 10. Distribución de pacientes según Relación canino del lado derecho, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Relación canino lado derecho	Frecuencia	Porcentaje
Clase 1	35	52
Clase 2	19	28
Clase 3	13	20
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 10

Distribución de pacientes según Relación canino del lado derecho, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 11, se observa los resultados de los pacientes según relación canino del lado izquierdo, y muestra lo siguiente: Del 100% (67) de pacientes, el 61% (41) son clase 1, el 24% (16) son clase 2 y el 15% (10) son clase 3.

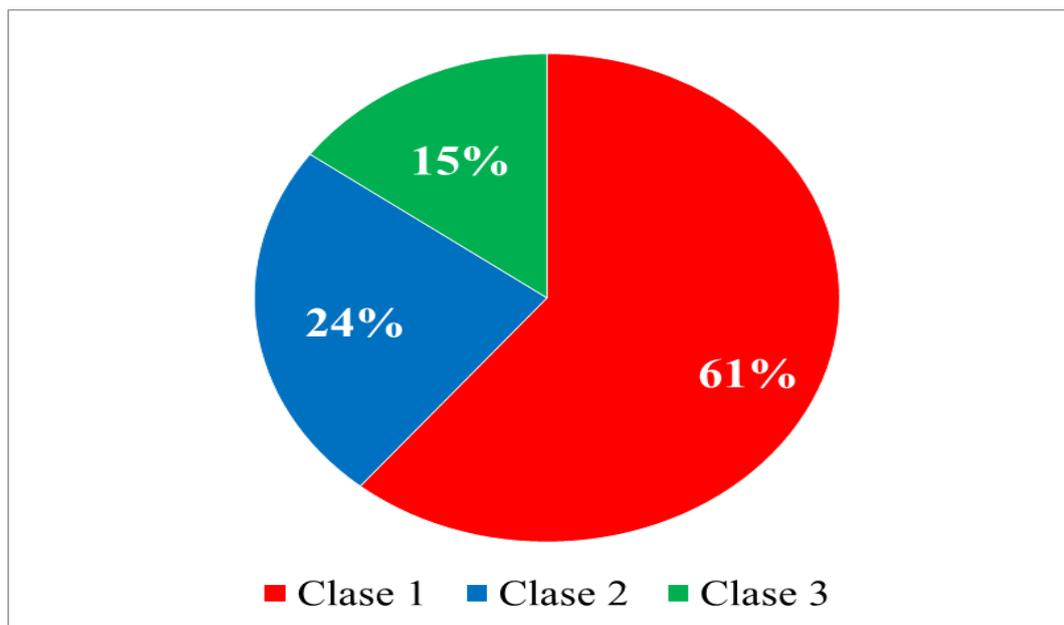
Cuadro N° 11. Distribución de pacientes según Relación canino del lado izquierdo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Relación canino lado izquierdo	Frecuencia	Porcentaje
Clase 1	41	61
Clase 2	16	24
Clase 3	10	15
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 11

Distribución de pacientes según Relación canino del lado izquierdo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



En el cuadro 12, se observa los resultados de los pacientes según su diagnóstico definitivo, y muestra que el 61% son clase 1, el 18% son clase 2 y el 21% son clase 3.

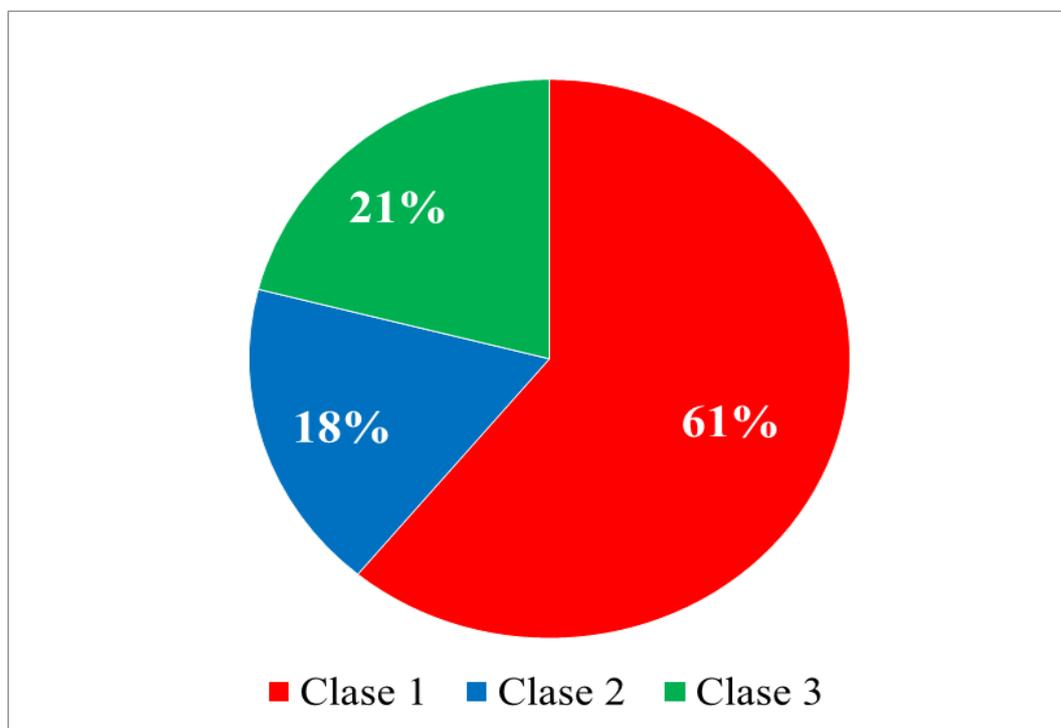
Cuadro N° 12. Distribución de pacientes según Diagnóstico definitivo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Diagnóstico definitivo	Frecuencia	Porcentaje
Clase 1	41	61
Clase 2	12	18
Clase 3	14	21
Total	67	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico N° 12

Distribución de pacientes según Diagnóstico definitivo, atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.



ANÁLISIS BIVARIADO

En el cuadro 13 se muestra el análisis descriptivo Bivariado entre las variables Tipo de arcada del Maxilar Superior y el tipo de arcada del Maxilar Inferior, donde el 100% (67) de pacientes examinados muestran lo siguiente:

Del 20,9% (14) de pacientes con tipo de Arcada Alineado en el Maxilar superior, el 10,4% (7) presentan un tipo de arcada inferior y otro 10,4% (7) presentan un tipo de arcada inferior Apiñado.

Del 73,1% (49) de pacientes con tipo de Arcada Apiñado en el Maxilar superior, el 3,0% (2) presentan un tipo de arcada inferior Alineada y el 70,1% (47) presentan un tipo de arcada inferior apiñado.

Del 6,0% (4) de pacientes con tipo de Arcada con Diastemas en el Maxilar superior, el 3,0% (2) presentan un tipo de arcada inferior Alineada y otro 3,0% (2) presentan un tipo de arcada inferior con diastemas.

Cuadro N° 13. Relación entre las variables Tipo de arcada del Maxilar Superior y Tipo de arcada del Maxilar Inferior, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Tipo de Arcada Maxilar Inferior		Tipo de Arcada Maxilar Superior			Total
		Alineado	Apiñado	Diastemas	
Alineado	N°	7	2	2	11
	%	10,4%	3,0%	3,0%	16,4%
Apiñado	N°	7	47	0	54
	%	10,4%	70,1%	0,0%	80,6%
Diastemas	N°	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	3,0%	3,0%
Total	N°	14	49	4	67
	%	20,9%	73,1%	6,0%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Tipo de Arcada del Maxilar Superior y Tipo de Arcada del Maxilar Inferior muestran un valor de chi cuadrado $X^2=54,684$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$, indica que no existe diferencias entre ambas variables; es decir, el Tipo de arcada del Maxilar Superior es semejante con el Tipo de Arcada del Maxilar Inferior.

Cuadro N° 14. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Tipo de Arcada del Maxilar Superior y Tipo de Arcada del Maxilar Inferior.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,684 ^a	4	0,000
N de casos válidos	67		

En el cuadro 15 se muestra el análisis descriptivo Bivariado entre las variables Forma de arcada del Maxilar Superior y la Forma de arcada del Maxilar Inferior, donde el 100% (67) de pacientes examinados muestran lo siguiente:

Del 55,2% (37) de pacientes con Forma de Arcada Ovalada en el Maxilar superior, el 53,7% (36) presentan una arcada ovalada en el maxilar inferior y sólo el 1,5% (1) presentan una arcada cuadrada en el Maxilar inferior.

Del 13,4% (9) de pacientes con Forma de Arcada Triangular en el Maxilar superior, el 1,5% (1) presentan una arcada inferior ovalada, el 9,0% (6) presentan una arcada inferior triangular y el 3,0% (2) presentan una arcada inferior cuadrada.

Del 31,3% (21) de pacientes con Forma de Arcada Cuadrada en el Maxilar superior, el 7,5% (5) presentan una forma de arcada inferior ovalada, el 6,0% (4) presentan una forma de arcada inferior triangular y el 17,9% (12) presentan una forma de arcada inferior cuadrada.

Cuadro N° 15. Relación entre las variables Forma de Arcada del Maxilar Superior y Forma de Arcada del Maxilar Inferior, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Forma de Arcada Maxilar Inferior		Forma de Arcada Maxilar Superior			Total
		Ovalada	Triangular	Cuadrada	
Ovalada	N°	36	1	5	42
	%	53,7%	1,5%	7,5%	62,7%
Triangular	N°	0	6	4	10
	%	0,0%	9,0%	6,0%	14,9%
Cuadrada	N°	1	2	12	15
	%	1,5%	3,0%	17,9%	22,4%
Total	N°	37	9	21	67
	%	55,2%	13,4%	31,3%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Forma de Arcada del Maxilar Superior y Forma de Arcada del Maxilar Inferior muestran un valor de chi cuadrado $X^2=55,592$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$, indica que no existe diferencias entre ambas variables; es decir, la Forma de arcada del Maxilar Superior es semejante con la Forma de Arcada del Maxilar Inferior.

Cuadro N° 16. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Forma de Arcada del Maxilar Superior y Forma de Arcada del Maxilar Inferior.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,592 ^a	4	0,000
N de casos válidos	67		

En el cuadro 17 se muestra el análisis descriptivo Bivariado entre las variables Diagnóstico definitivo y la Convexidad facial, donde el 100% (67) de pacientes examinados muestran lo siguiente:

Del 61,2% (41) de pacientes con Diagnóstico Definitivo Clase I, el 46,3% (31) presentan una convexidad facial clase I y el 14,9% (10) presentan una convexidad facial clase II.

Del 17,9% (12) de pacientes con Diagnóstico Definitivo Clase II, el 6,0% (4) presentan una convexidad facial clase I y el 11,9% (8) presentan una convexidad facial clase II.

Del 20,9% (14) de pacientes con Diagnóstico Definitivo Clase III, el 9,0% (6) presentan una convexidad facial clase I, el 6,0% (4) presentan una convexidad facial clase II y clase III respectivamente.

Cuadro N° 17. Relación entre las variables Diagnóstico Definitivo y Convexidad Facial, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Convexidad facial		Diagnóstico definitivo			Total
		Clase I	Clase II	Clase III	
Clase I	N°	31	4	6	41
	%	46,3%	6,0%	9,0%	61,2%
Clase II	N°	10	8	4	22
	%	14,9%	11,9%	6,0%	32,8%
Clase III	N°	0	0	4	4
	%	0,0%	0,0%	6,0%	6,0%
Total	N°	41	12	14	67
	%	61,2%	17,9%	20,9%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Diagnóstico Definitivo y Convexidad facial muestran un valor de chi cuadrado $X^2=23,977$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$, indica que no existe diferencias entre ambas variables; es decir, el Diagnóstico definitivo es semejante con la Convexidad facial.

Cuadro N° 18. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Diagnóstico definitivo y Convexidad Facial.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,977 ^a	4	0,000
N de casos válidos	67		

En el cuadro 19 se muestra el análisis descriptivo Bivariado entre las variables Relación Molar Derecha y Relación Molar Izquierda, donde el 100% (67) de pacientes examinados muestran lo siguiente:

Del 62,7% (42) de pacientes con RM Izquierda clase I, el 56,7% (38) presentan una RM derecha clase I, el 3,0% (2) presentan una RM derecha clase II y clase III respectivamente.

Del 11,9% (8) de pacientes con RM Izquierda Clase II, el 3,0% (2) presentan una RM derecha clase I y el 9,0% (6) presentan RM derecha clase II.

Del 20,9% (14) de pacientes con RM Izquierda Clase III, el 6,0% (4) presentan una RM derecha clase I, el 1,5% (1) presentan una RM derecha clase II y el 17,9% (12) presentan una RM derecha clase III.

Cuadro N° 19. Relación entre las variables Relación Molar Derecha y Relación Molar Izquierda, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Relación Molar Derecha		Relación Molar Izquierda			Total
		Clase I	Clase II	Clase III	
Clase I	N°	38	2	4	44
	%	56,7%	3,0%	6,0%	65,7%
Clase II	N°	2	6	1	9
	%	3,0%	9,0%	1,5%	13,4%
Clase III	N°	2	0	12	14
	%	3,0%	0,0%	17,9%	20,9%
Total	N°	42	8	17	67
	%	62,7%	11,9%	25,4%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Relación Molar Derecha y Relación Molar Izquierda muestran un valor de chi cuadrado $X^2=63,188$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$, indica que no existe diferencias entre ambas variables; es decir, la Relación Molar Derecha es semejante a la Relación Molar Izquierda.

Cuadro N° 20. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Relación Molar Derecha y Relación Molar Izquierda.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,188 ^a	4	0,000
N de casos válidos	67		

En el cuadro 21 se muestra el análisis descriptivo Bivariado entre las variables Relación Canina Derecha y Relación Canina Izquierda, donde el 100% (67) de pacientes examinados muestran lo siguiente:

Del 61,2% (41) de pacientes con RC Izquierda clase I, el 46,3% (31) presentan una RC derecha clase I, el 9,0% (6) presentan una RC derecha clase II y el 6,0% (4) presentan una RC derecha clase III.

Del 23,9% (16) de pacientes con RC Izquierda Clase II, el 4,5% (3) presentan una RC derecha clase I, el 17,9% (12) presentan una RC derecha clase II y el 1,5% (1) presentan RC derecha clase III.

Del 14,9% (10) de pacientes con RC Izquierda Clase I, el 1,5% (1) presentan una RC derecha clase I y clase II respectivamente, y el 11,9% (8) presentan una RC derecha clase III.

Cuadro N° 21. Relación entre las variables Relación Canina Derecha y Relación Canina Izquierda, de pacientes atendidos en la Clínica FO – UNAP 2015.

Relación Canina Derecha		Relación Canina Izquierda			Total
		Clase I	Clase II	Clase III	
Clase I	N°	31	3	1	35
	%	46,3%	4,5%	1,5%	52,2%
Clase II	N°	6	12	1	19
	%	9,0%	17,9%	1,5%	28,4%
Clase III	N°	4	1	8	13
	%	6,0%	1,5%	11,9%	19,4%
Total	N°	41	16	10	67
	%	61,2%	23,9%	14,9%	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

La prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Relación Canina Derecha y Relación Canina Izquierda muestran un valor de chi cuadrado $X^2=49,641$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$, indica que no existe diferencias entre ambas variables; es decir, la Relación Canina Derecha es semejante a la Relación Canina Izquierda.

Cuadro N° 22. Prueba de Chi-cuadrado para tablas de contingencia de las variables Relación Canina Derecha y Relación Canina Izquierda.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,641 ^a	4	0,000
N de casos válidos	67		

CAPÍTULO V

DISCUSIONES

El desarrollo del trabajo de investigación se realizó en una muestra conformada por 67 pacientes de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la UNAP. Los resultados de nuestra investigación indican lo siguiente:

En relación al tipo de maloclusión de los pacientes de nuestro estudio, se encontró que la maloclusión con mayor frecuencia fue la clase I en un 61%, el 21% fue la clase III y el 18% fue la clase II. Similar resultado se encontró en el estudio realizado por Botero M. et al. (Colombia, 2009) donde la maloclusión clase I fue la de mayor frecuencia en un 55%, el 32.5% fue la clase II y el 12.6% fue la clase III. Sin embargo, estos resultados difieren del estudio realizado por Reyes D. et al. (México, 2014) donde encontró que la maloclusión de mayor frecuencia fue la clase II en un 52.5%, el 27.4% fue la clase III y el 20.1% fue la clase I. Sosa JE. (Ecuador, 2012) encontró en sus resultados que el 47,1% presentó maloclusión clase I, el 16,9% maloclusión clase II y el 7,5% maloclusión clase III.

En relación a la forma de los arcos dentarios de los pacientes de nuestro estudio, se encontró que el 55% tienen la forma Ovalada, el 14% tienen la forma triangular y el 31% tienen la forma cuadrada. Estos resultados difieren del estudio realizado por Olmez S, Doga S. (Turkia, 2011) donde la forma de arco más prevalente fue la Afilada, seguida la Ovoide y la Cuadrada.

En la relación molar derecha e izquierda de los pacientes de nuestro estudio, se encontró que la clase I fue la más frecuente, seguido de clase III y la clase II respectivamente; siendo similar al resultado del estudio realizado por Morales D. (2015) donde la Neutroclusión (clase I) fue la más frecuente, seguido de la Mesioclusión (clase III) y Distocclusión (clase II) respectivamente.

En la relación canino derecha e izquierda de los pacientes de nuestro estudio, se encontró que la clase I fue la más frecuente, seguido de clase II y la clase III

respectivamente; siendo similar al resultado del estudio realizado por Morales D. (2015) donde la Neutroclusión (clase I) fue la más frecuente, seguido de la Distocclusión (clase II) y la Mesiocclusión (clase III) respectivamente.

En nuestro estudio el 81% de pacientes tiene el tipo de arcada apiñado en el maxilar inferior y el 73,1% con tipo de Arcada Apiñado en el Maxilar superior, el 3,0% (2) presentan un tipo de arcada inferior Alineada y el 70,1% (47) presentan un tipo de arcada inferior apiñado. El apiñamiento dentario es una anomalía que cada día se observa en la consulta odontológica, y es cada vez más común en la población general. Por lo general, el apiñamiento dentario es atribuido a factores genéticos como también ambientales.

Se encontró que no existen diferencias entre las variables Tipo y forma de arcada del Maxilar Superior e Inferior, Diagnóstico de definitivo y convexidad facial, Relación molar derecha e izquierda, Relación canina derecha e izquierda ($p_valor= 0,000$) siendo semejantes ambas variables.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Finalidad:

Disminuir la prevalencia de maloclusiones de pacientes de la población de la región Loreto.

Propuesta:

La propuesta sería realizar Trípticos, banner y sesiones educativas dirigidas a padres de familias, y también en las Instituciones Educativas e Instituciones del estado (Centros de Salud), el cual permitirá concientizar a la población sobre la importancia de la salud bucal en la población más vulnerable que son los niños. De esta manera, se espera disminuir la prevalencia de maloclusiones dentales de la población.

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES

1. En relación al sexo, el 31% son masculinos y el 69% son femeninos. Según el lugar de procedencia, el 37% proceden de los Distritos de San Juan e Iquitos respectivamente, el 25% proceden del Distrito de Punchana y el 1% proceden del Distrito de Belén.
2. En relación al tipo de arcada del maxilar superior, el 19% tienen el tipo de arcada alineado, el 75% tienen el tipo de arcada apiñado y el 6% tienen el tipo de arcada Diastema.
3. En relación al tipo de arcada del maxilar inferior, el 16% tienen el tipo de arcada alineado, el 81% tienen el tipo de arcada apiñado y el 3% tienen el tipo de arcada Diastema.
4. En relación a la forma de arcada del maxilar superior, el 63% tienen la forma de arcada ovalada, el 15% tienen la forma de arcada triangular y el 22% tienen la forma de arcada cuadrada.
5. En relación a la forma de arcada del maxilar inferior, el 55% tienen la forma de arcada ovalada, el 14% tienen la forma de arcada triangular y el 31% tienen la forma de arcada cuadrada.
6. En relación al tipo de convexidad facial, el 61% son clase 1, el 33% son clase 2 y el 6% son clase 3.
7. Según la relación molar del lado derecho, el 55% son clase 1, el 14% son clase 2 y el 21% son clase 3. Según la relación molar del lado izquierdo, el 63% son clase 1, el 12% son clase 2 y el 25% son clase 3.
8. Según la relación canino del lado derecho, el 52% son clase 1, el 28% son clase 2 y el 20% son clase 3. Según la relación canino del lado izquierdo el 61% son clase 1, el 24% son clase 2 y el 15% son clase 3.
9. En relación a su diagnóstico definitivo, el 61% son clase 1, el 18% son clase 2 y el 21% son clase 3.
10. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=54,684$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Tipo de arcada del Maxilar Superior y el tipo de arcada del Maxilar Inferior.

11. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=55,592$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Tipo de arcada del Maxilar Superior y el forma de arcada del Maxilar Inferior.
12. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=23,977$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Diagnóstico Definitivo y Convexidad facial.
13. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=63,188$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Relación Molar Derecha y Relación Molar Izquierda.
14. Se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($X^2=49,641$; $gl=4$; $p_valor= 0,000$) entre las variables Relación Canina Derecha y Relación Canina Izquierda.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

1. La presente investigación al ser un primer abordaje para conocer sobre tipo de maloclusiones dentales, se recomienda a los estudiantes de pregrado y postgrado de Odontología a realizar estudios sobre este tema de investigación y así lograr el éxito en el tratamiento.

2. Se recomienda a los estudiantes, tomar radiografías cefalométricas y toma de impresión de modelos de estudio para un correcto diagnóstico del paciente, y acorde a esto un adecuado tratamiento ortodóntico si es que requiera el paciente.

3. Se recomienda realizar otros estudios que permitan relacionar ciertos factores que intervienen en la presencia de maloclusiones dentales de las personas.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez Méndez, Leoncio Wadimir. Clasificación de la maloclusión según Angle en el Perú (Análisis de 27 trabajos de investigación). *Odontología Sanmarquina*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 41-44, mayo 2014. ISSN 1609-8617. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3665>. Fecha de acceso: 04 oct. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/os.v1i2.3665>.
2. Almandoz, Alessandra. Clasificación de Maloclusiones. Tesis. Lima-Perú. 2011. Disponible en: http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAA_LMANDOZCALERO.pdf. Fecha de acceso: 01 oct. 2017
3. Nahás-Scocate, Ana Carla Raphaelli; Coelho, Fernando Vusberg; Almeida, Viviane Chaves de. Bruxism in children and transverse plane of occlusion: Is there a relationship or not? *Dental Press J Orthod*; 19(5): 67-73, Sep-Oct/2014. Tab
4. González, E. Midobuche, E. Castellanos, J. Bruxismo y desgaste dental. *Revista ADM* 2015; 72 (2): 92-98. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od152g.pdf>
5. Ávila, Rosa E; Céspedes, Iraida; Diéguez, Ángela Rosa. Prevalencia de las enfermedades bucales en adolescentes del preuniversitario pedagógico Celia Sánchez Manduley, Isla de la Juventud 2011. *Rev med isla juventud*; 13(2)2012.
6. Pérez, E. Carmona, E. Maloclusiones y características clínicas de trastornos temporomandibulares en pacientes de la Clínica Manuel Angulo. *Correo Científico Médico de Holguín* 2010; 14(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no142/no142ori09.htm>
7. María Del Carmen López Jordi. Nueva alternativa metodológica digital en la enseñanza de la odontopediatría. Facultad de Odontología

UDELAR.Universidad de la República. Uruguay 2008. Disponible en:
<http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/lesiones.pdf>

8. Estupiñán, D. Ortega, L. Fernández, I. Díaz, B. Factores de riesgo de maloclusiones en adultos. Invest Medicoquir 2012 (julio - diciembre);4(2):137-145
9. Reyes,D. Etcheverry-Doger, E. Antón-Sarabia,J. Muñoz-Quintana, G. Asociación de maloclusiones clase I, II y III y su tratamiento en población infantil en la ciudad de Puebla. Rev Tamé 2014; 2 (6):175-179.
10. Sosa Rodríguez, Jéssica Estefanía (2012). Maloclusión (clasificación según angle) en alumnos de segundo y tercer semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador. marzo-julio. 2012. Trabajo de Graduación previo la obtención del Título de Odontólogo. Carrera de Odontología. Quito: UCE. 132 p.
11. García García V.J., Ustrell Torrent J.M., Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol [Internet]. 2011 Abr [citado 2017 Oct 05]; 27(2): 75-84. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003&lng=es.
12. Botero, P. Vélez, N. Cuesta, P. Gómez, E. González, P. Cossio, M. et al. Perfil epidemiológico de oclusión dental en niños que consultan a la universidad cooperativa de Colombia. Revista CES Odontología Vol. 22 - No. 1 2009
13. Soto Cantero Luis, de la Torre Morales Julio Danilo, Aguirre Espinosa Iris, de la Torre Rodríguez Elizabeth. Trastornos temporomandibulares en pacientes con maloclusiones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Oct 04]; 50(4): 374-387. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400005&lng=es.
14. Sonia Rosenfeld Seeger. Estudio epidemiológico de malaoclusiones en una población de 634 niños de entre 4 a 5 y 8 a 9 años de edad, de diversos colegios del área metropolitana de Quito. Tesis para optar el grado de

Odontóloga. Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador 2008.
Disponible en:

<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/511/1/88020.pdf>

15. José Rafael Antón Rodríguez. Estudio comparativo entre la frecuencia de maloclusiones dentales, clasificación de ángulo (relación molar) y el patrón morfológico facial (clasificación de Graber), en adolescentes de 13 a 16 años de edad, de ambos sexos, del nivel básico, de institutos públicos de las cabeceras departamentales de las regiones de salud: II (norte: Cobán-Salamá) y III (nor-oriental: Guastatoya-Chiquimula-Zacapa-Puerto Barrios), de la República de Guatemala. 2004. Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2004. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_1580.pdf
16. Ustrell Torrent, Josep María. Manual de Ortodoncia 2da. Edición. Ediciones Universidad de Barcelona. Barcelona. España. 2006.
17. Olmez S, Dogan S. Comparison of the arch forms and dimensions in various malocclusions of the Turkish population. Open Journal Of Stomatology. 2011; 1 : 158-164
18. Morales Caycho, Deborah Diahán. Prevalencia de maloclusiones y necesidad de tratamiento ortodóncico (IOTN), en escolares con dentición mixta del distrito de Ate Vitarte en el año 2015. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. [Citado 5-may-2018]. Disponible en la web: http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/621685/5/morales_cd.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 01

INSTRUMENTO:

Ficha de Recolección de datos

Título : Tipos de Maloclusión de los pacientes que acuden a la Clínica de la FO-UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015

El presente instrumento servirá para coleccionar datos demográficos, clínicos y de las fotografías presentes en las historias clínicas para cumplir los objetivos de la tesis de especialidad de Ortodoncia de la UNAP. El objetivo de nuestro estudio es determinar los tipos de maloclusión de los pacientes que acuden a la clínica de la FO-UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia del 2015.

Investigadores:

C.D Jorge Iván Soplín Guzmán

C.D Mgr. Luis Lima López

Historia clínica: _____

Edad: _____

Sexo: M F

Procedencia: _____

I Características oclusales

Tipo de Dentición:

Mixta Permanente

Tipo de Arcada Dental:

Maxilar Superior:	Alineado	Apiñamiento	Diastemas
Maxilar Inferior:	Alineado	Apiñamiento	Diastemas

Forma de la Arcada:

Maxilar Superior:	Ovalada	Triangular	Cuadrada
Maxilar Inferior:	Ovalada	Triangular	Cuadrada

II Perfil y relación molar y canina

Perfil: Se determinara la Convexidad Facial teniendo en cuenta los puntos Glabelar, Subnasal y Pogonion Blando.

clase 1 (165°-175°) clase 2 (<165°) clase 3 (>175°)

Relación Molar:

Derecho: clase 1, clase 2 o clase 3

Izquierdo: clase 1, clase 2 o clase 3

Relación Canina:

Derecho: clase 1, clase 2 o clase 3

Izquierdo: clase 1, clase 2 o clase 3

III Diagnostico Dentario:

Clase I tipo Clase II división Clase III tipo

ANEXO N° 02

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE PLAN DE TESIS

DECLARACIÓN JURADA

Yo, JORGE IVAN SOPLIN GUZMAN, estudiante del Programa Académico de la Segunda Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia del Maxilar de la Facultad de Post Grado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana , identificada con DNI 40843224.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada: **“TIPOS DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA DE LA FO-UNAP A LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR 2015”** la misma que presento para optar el grado de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Lugar y fecha: Iquitos, 01 de Octubre de 2017

Firma

Nombres y apellidos: JORGE IVAN SOPLIN GUZMAN

DNI: 40843224

DECLARACIÓN JURADA

Yo, LUIS LIMA LOPEZ, estudiante del Programa Académico de la Segunda Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia del Maxilar de la Facultad de Post Grado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana , identificada con DNI 40712998.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada: **“TIPOS DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA DE LA FO-UNAP ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR 2015”** la misma que presento para optar el grado de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Lugar y fecha: Iquitos, 01 de Octubre de 2017

Firma

Nombres y apellidos: LUIS LIMA LOPEZ

DNI: 40712998

ANEXOS N° 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: TIPOS DE MALOCLUSIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA FO-UNAP A LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR UNAP 2015.

Problema	Objetivos	Marco teórico operacional	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema General ¿Cuáles son los tipos de maloclusión en pacientes que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015?</p> <p>Problemas específicos - ¿Cuáles son las características oclusales de las arcadas de pacientes</p>	<p>Objetivo General - Determinar los tipos de maloclusión en pacientes que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015.</p> <p>Objetivos Específicos 1. Describir las características oclusales</p>	<p>Maloclusión: Se refiere al alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.</p> <p>Tipos de maloclusión: Se determina de acuerdo a la clasificación de Angle en maloclusión clase I, maloclusión clase II y maloclusión clase III.</p>	<p>¿Existe diferencia entre los tipos de maloclusión en los pacientes que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015?</p>	<p>Variable Dependiente: Maloclusión</p> <p>Indicadores: Tipos de maloclusión</p> <p>Variable Independiente: Edad Sexo Procedencia</p> <p>Indicadores: Edad en años Hombre / mujer Urbano/Rural/periurbano</p>	<p>Tipo de Investigación Por el tipo de investigación, el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación transversal.</p> <p>Diseño de la investigación: Descriptivo, correlacional – transversal.</p> <p>Método de la Investigación Técnicas.- Fichaje, Encuestas.</p> <p>Instrumentos: - Ficha de Investigación</p>

<p>que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015?</p> <p>- ¿Cuál es el perfil anatómico de los pacientes que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015?</p> <p>- ¿Cuál es la relación molar y canina de los pacientes que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia</p>	<p>de las arcadas de pacientes que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 2015.</p> <p>2. Evaluar e indicar el perfil anatómico utilizando los puntos anatómicos (glabella, subnasal y pogonio blando) de los pacientes que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedi</p>				<p>ción, Cuestionarios.</p>
--	---	--	--	--	-----------------------------

Maxilar 2015?	<p>a Maxilar 2015.</p> <p>3. Evaluar e indicar la relación molar y canina de los pacientes que acuden a la Clínica de la UNAP a la Especiali- dad de Ortodon- cia y Ortopedi- a Maxilar 2015.</p>				
------------------	---	--	--	--	--