

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES
DE 13 A 16 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"SIMÓN BOLÍVAR" DEL DISTRITO DE CIUDAD
NUEVA, TACNA 2024**

PLAN DE TESIS

Presentado por:

Víctor Raúl Palomino Mamani

Para obtener el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA – PERÚ

2025

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD



17% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Cited Text
- ▶ Small Matches (less than 15 words)

Exclusions

- ▶ 21 Excluded Matches

Top Sources

- 15%  Internet sources
- 0%  Publications
- 10%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

1 Integrity Flag for Review

-  **Hidden Text**
17 suspect characters on 1 page
Text is altered to blend into the white background of the document.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN
ESCOLARES DE 13 A 16 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA "SIMÓN BOLÍVAR" DEL DISTRITO DE
CIUDAD NUEVA, TACNA 2024**

TESIS

Presentado por:

Víctor Raúl Palomino Mamani

Para obtener el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA – PERÚ

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE 13 A 16 AÑOS
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SIMÓN BOLÍVAR" DEL DISTRITO
DE CIUDAD NUEVA, TACNA 2024

Tesis sustentada y aprobada el 01 de Abril del 2025; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE:



Dra. C.D. Amanda Hilda Koctong Choy

SECRETARIA:



Mg. C.D. Janett Clarisa Uscamaita Guzmán

MIEMBRO:



Mg. C.D. Nilda Julia Cahuas Cornejo

ASESORA:



Mg. C.D. Guiselle Andrea Verástegui Baldárrago

DEDICATORIA

A mi madre quien me dio consejos y supo inculcarme los valores y principios los cuales me han ayudado a seguir adelante con mis estudios. Sin su apoyo no lo hubiera logrado.

A mi hermana quien siempre estuvo en la buenas y en las malas apoyándome a seguir adelante con mis proyectos.

También dedico, este trabajo, a mi esposa y a mi hija quienes fueron mi mayor motivación para no rendirme y ser un ejemplo para ellas.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecer a Dios quien me a guiado y dado la fortaleza para seguir adelante.

A mi madre Zara y mi hermana Ruth por su comprensión y apoyo incondicional a lo largo de mis estudios ayudándome a cumplir mis metas.

A mis docentes, la Dra. C.D. Amanda Hilda Koc tong Choy, Mg. C.D. Nilda Julia Cahuas Cornejo, Mg. C.D. Janett Clarisa Uscamaita Guzman. por sus enseñanzas y paciencia.

A mi asesora, Mg. C.D. Guiselle Andrea Verastegui Baldarrago por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico y ayudarme en el desarrollo de mi tesis.

A mis diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.

Y todas las personas que me ayudaron a realizar este proyecto de investigación.

ÍNDICE GENERAL

Página del jurado.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos.....	vi
Índice general.....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de gráficos.....	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
Introducción.....	14

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 16

1.1 Descripción del problema	17
1.2 Formulación del problema	17
1.2.1 Problema general.....	17
1.2.2 Problemas específicos	17
1.3 Objetivos de la investigación	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos.....	17
1.4 Justificación de la investigación	18
1.5 Limitaciones	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... 19

2.1 Antecedentes de la investigación.....	19
2.1.1 Antecedentes internacionales1.....	19
2.1.2 Antecedentes nacionales	22
2.1.3 Antecedentes locales	24
2.2 Bases teóricas.....	25
2.2.1 Oclusión	25

2.2.2	Maloclusión dental	25
2.2.2.1	Etiología de la maloclusión	26
2.2.2.2	Clasificación de las maloclusiones.....	26
2.2.2.3	Clasificación de Angle	26
2.2.2.4	Otras clasificaciones.....	29
2.2.3	Apiñamiento dental	32
2.2	Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		33
3.1	Tipo y nivel de investigación	33
3.1.1	Tipo de investigación	33
3.1.2	Nivel de investigación.....	33
3.1.3	Diseño de investigación	33
3.2	Operacionalización de variables	33
3.3	Población y muestra	34
3.3.1	Población.....	34
3.3.2	Muestra	34
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.4.1	Técnicas	35
3.4.2	Instrumentos.....	35
3.5	Técnica para el procesamiento de datos.....	35
3.6	Procedimiento	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....		37
4.1	Resultados.....	37
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN		46
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		48
6.1	Conclusiones.....	48
6.2	Recomendaciones	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		50
ANEXOS.....		55
Anexo 1. Matriz de Consistencia.....		56
Anexo 2. Instrumento ficha de recolección de datos		57
Anexo 3. Confiabilidad de instrumento.....		58

Anexo 4. Consentimiento informado.....	59
Anexo 5. Declaración jurada de autorización	60
Anexo 6. Declaración jurada de autoría	61
Anexo 7. Base de datos	62
Anexo 8. Panel de fotos	65
Anexo 9. Solicitud para efectuar la investigación	96
Anexo 10. Constancia de realización de investigación	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los escolares de 13 a 16 años según la edad.....	37
Tabla 2. Distribución de los escolares de 13 a 16 años según género	39
Tabla 3. Presencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años	40
Tabla 4. Presencia de maloclusiones según clasificación de Angle.....	41
Tabla 5. Presencia de maloclusiones según clasificación de Angle según edad ..	42
Tabla 6. Presencia de maloclusiones según clasificación de Angle según género.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de escolares de 13 a 16 años, según edad	37
Gráfico 2. Distribución de escolares de 13 a 16 años, según género.....	39
Gráfico 3. Presencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años	40
Gráfico 4. Presencia de maloclusiones según clasificación de Angle	41
Gráfico 5. Presencia de maloclusiones según clasificación de Angle según edad	42
Gráfico 6. Presencia de maloclusiones según clasificación de Angle según género	44

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa “Simón Bolívar” del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2023, **Metodología:** Es un estudio básico, prospectivo, transversal, de nivel observacional, descriptivo y de diseño no experimental, con una muestra de 100 escolares de 13 a 16 años. Se registraron los datos en una ficha de recolección de datos donde se empleó como instrumento la clasificación de Angle. **Resultados:** La prevalencia de maloclusiones dentarias según la Clasificación de Angle fue de 51,0 %, para la clase I de Angle, el 4,0 % para la clase II-1, el 22,0% para la clase II-2 y el 23,0 % para la clase III. Según la edad se tuvo mayor incidencia en la maloclusión Clase I en la edad de 13 a 14 años con el 32,0% seguido de la clase II-1 con el 11,0%. Y según el género se encontró mayor incidencia en el género femenino para la Clase I con el 28,0%, seguida de la clase II-2 y el 13,0% para la clase III. **Conclusión:** Se concluye que la prevalencia de maloclusiones dentarias en escolares de 13 a 16 años es del 100,0%, con mayor incidencia en las edades de 13 a 14 años y en el género femenino.

Palabras claves: Oclusión, maloclusión, clasificación de Angle, relación molar

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of malocclusions in school children from 13 to 16 years of age at the “Simón Bolívar” Educational Institution in the district of Ciudad Nueva, Tacna 2023. **Methodology:** This is a basic, prospective, cross-sectional, observational, descriptive and non-experimental design study, with a sample of 100 school children from 13 to 16 years of age. Data were recorded in a data collection form using Angle's classification as an instrument. **Results:** The prevalence of dental malocclusions according to Angle's classification was 51.0% for Angle's class I, 4.0% for class II-1, 22.0% for class II-2 and 23.0% for class III. According to age, there was a higher incidence of Class I malocclusion between 13 and 14 years of age with 32.0%, followed by Class II-1 with 11.0%. According to gender, the highest incidence was found in females for Class I with 28.0%, followed by Class II-2 and 13.0% for Class III. **Conclusion:** It is concluded that the prevalence of dental malocclusion in school children aged 13 to 16 years is 100,0%, with a higher incidence in the 13 to 14 years age group and in females.

Key words: Occlusion, malocclusion, Angle classification, molar relation.

INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones dentales, junto con la caries y las enfermedades periodontales, son considerados problemas de salud bucal de gran relevancia a nivel mundial. Estas alteraciones, que pueden tener diversas causas, afectan no solo la estética de la sonrisa, sino también la función masticatoria y, en consecuencia, la salud general. La clasificación de Angle, un sistema de referencia en ortodoncia, se basa en la relación entre los molares y permite a los profesionales de la salud bucal identificar el tipo de maloclusión y planificar el tratamiento más adecuado.^{1,2}

Estudios realizados en diversas partes del mundo han demostrado que la mala alineación de los dientes es un problema de salud bucal muy frecuente en niños. Los datos indican que, en África y América, más del 50% de los niños presentan maloclusiones de clase I. Si bien la clase II es menos común a nivel mundial, la clase III es más prevalente en América, especialmente en América Latina, donde las cifras pueden llegar a ser extremadamente altas, alcanzando hasta el 90% en la población adolescente.^{3,4}

Los resultados de los estudios sobre maloclusiones son muy diversos, lo que indica que se requiere una mayor investigación para comprender mejor las causas y los factores de riesgo asociados con estos problemas. Es fundamental estudiar a las poblaciones de manera más detallada, considerando aspectos socioculturales y utilizando criterios de clasificación estandarizados. Un análisis profundo de la prevalencia de las maloclusiones permitiría diseñar programas de salud bucal más efectivos y adaptados a las necesidades de cada población.^{5,6}

Las desigualdades en el acceso a la salud bucal son evidentes en las zonas de bajos recursos y alejadas, donde la falta de especialistas en ortodoncia limita el tratamiento de las maloclusiones. La alta prevalencia de caries en estas poblaciones agrava el problema. Detectar y tratar a tiempo las maloclusiones en niños es esencial para prevenir complicaciones a largo plazo. Por lo tanto, es necesario establecer estrategias de seguimiento y definir las necesidades de tratamiento de manera más precisa.^{7,8}

Es fundamental que, tras diagnosticar las maloclusiones, se informe a los padres sobre la importancia de tratarlas de manera oportuna. Los centros de salud deben ofrecer programas de prevención y tratamiento temprano. La educación de la población sobre la salud bucal es clave para reducir la incidencia de problemas dentales y mejorar la calidad de vida de las personas.⁹

Por lo expuesto, esta investigación tiene por objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa Simón Bolívar. Se espera generar indicadores epidemiológicos que motiven a las autoridades de salud pública planificar intervenciones en salud bucal con un enfoque preventivo e interceptivo.

Esta investigación está conformada por seis capítulos principales: El Capítulo I figura el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación y las hipótesis. El Capítulo II abarca los antecedentes del estudio, tanto a nivel internacional, nacional y local. El Capítulo III figura la metodología de investigación, el diseño de investigación, el tipo de variable, la Operacionalización de las variables, la población, la muestra, la técnica y los instrumentos de estudio que son informados por el análisis estadístico de procesamiento y el análisis de datos. El capítulo IV muestra los resultados. El Capítulo V toca la discusión y lo analiza con los antecedentes de la investigación. Finalmente, el Capítulo VI trabaja las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Desde una perspectiva odontológica, la maloclusión es un problema de salud pública y ha sido reportado a nivel mundial. Además, la maloclusión es la segunda enfermedad más común en la población pediátrica después de la caries. Su se debe a muchos factores, es decir, que pueden ser genéticos, ambiental o una combinación de ellos. Muchas personas tienen este problema y es importante comprender los efectos nocivos en la boca, ya que las funciones de masticar, tragar y hablar pueden verse afectadas.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud afirma que la buena calidad de vida de una persona depende de factores tan importantes como la ausencia de dolor en la cavidad bucal, infecciones, úlceras bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes en caso de determinadas enfermedades, porque todos estos factores tienen un impacto significativo en la capacidad de estudio. Por ello, la Organización Mundial de la Salud concluyó que la maloclusión es la tercera patología más común después de la caries y las enfermedades periodontales.

La maloclusión ocurre cuando los arcos dentarios no están en una posición normal entre sí, lo que significa que no hay una alineación adecuada de los dientes superiores e inferiores en términos de altura, posición frontal y lateral. Esencialmente, se trata de una discrepancia en la forma en que los dientes se relacionan entre sí, que puede ser causada por una variedad de factores, ya sean genéticos, ambientales o una combinación de ambos.

En vista de lo anterior, como futuro profesional de la salud inmerso en este escenario problemático, tengo mucho interés en comprender la prevención de la maloclusión entre la población local, especialmente aquellos que se encuentran

en una etapa crítica del desarrollo dental por las razones antes expuestas y señaladas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál será la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa “Simón Bolívar” del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál será la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa “Simón Bolívar” del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2023, según género?
- ¿Cuál será la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa “Simón Bolívar” del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2023, según edad?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa “Simón Bolívar” del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Analizar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa “Simón Bolívar” del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2023, según género.
- Encontrar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa “Simón Bolívar” del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2023, según edad.

1.4. Justificación de la investigación

La presente investigación se justifica de la siguiente manera:

Relevancia Científica: Es científicamente relevante ya que se basa en investigaciones y hallazgos científicos y es un aporte valioso que brindará una referencia para la maloclusión en escolares.

Relevancia Social: Este trabajo de investigación es de importancia social, ya que los resultados obtenidos en este estudio ayudarán a incrementar la concientización de padres y estudiantes sobre la maloclusión, brindando información veraz y relevante para crear talleres preventivos.

Relevancia académica: Este trabajo de investigación es de importancia académica ya que proporcionará resultados que pueden utilizarse en futuras investigaciones.

Relevancia contemporánea: Este trabajo tiene relevancia contemporánea ya que es un tema actual y se desarrollará en grupos de edad relevantes para grupos desfavorecidos.

Interés personal: Este estudio se considera importante porque proporcionaré información valiosa sobre la maloclusión dentaria, además, para obtener título de cirujanos dentista.

1.5 Limitaciones de la investigación

En la presente investigación no se presentó ninguna limitación para su desarrollo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Simbaña Z, et al.¹¹ 2023. Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico e impacto psicosocial de la estética dental en adolescentes. **Objetivo:** Evaluar el nivel de prevalencia de las maloclusiones y su necesidad de abordaje ortodóntico y su impacto psicosocial de la estética dental en los estudiantes. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional, analítico-prospectivo la población estuvo conformada por 203 estudiantes. **Resultados:** Se evidenció que la prevalencia de maloclusión es regular con un 37,90%. **Conclusión:** Se concluye que se debe brindar información oportuna a los pacientes y familiares para que se pueda brindar el tratamiento lo antes posible.

Yin J. et al.¹² 2023. Prevalencia y factores que influyen en la maloclusión en adolescentes en Shanghai, China. **Objetivo:** investigar la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con la maloclusión en la dentición permanente entre adolescentes en Shanghai y proporcionar datos básicos para las estrategias preventivas. **Metodología:** Se reclutaron 1799 adolescentes de 11 a 15 años de 18 escuelas secundarias en 6 distritos de Shanghái, se examinó la caries y la maloclusión, así como se aplicó un cuestionario donde se registró la educación de los padres, comportamiento de salud bucal y los hábitos alimenticios. **Resultados:** La prevalencia de maloclusión en adolescentes en Shanghai fue del 83,5%, y la proporción de relación molar clase I, clase II y clase III fue del 48,9%, 14,7% y 19,0%, respectivamente. La característica oclusal más común de maloclusión fue el apiñamiento anterior, seguido de irregularidades de la línea media y

sobremordida profunda, con tasas de prevalencia del 44,8%, 39,0% y 38,6%, respectivamente. **Conclusión:** La prevalencia de maloclusión en adolescentes en Shanghai es alta, por lo que es de gran importancia fortalecer la educación en salud bucal, asignar estrategias preventivas adecuadas y llevar a cabo la corrección temprana si es necesario.

Murrieta J, et al.¹³ 2022. Frecuencia de maloclusiones y su relación con hábitos para funcionales en niños de Chihuahua, México. **Objetivo:** Determinar la relación entre la frecuencia de hábitos para funcionales con la presencia de maloclusiones en pacientes entre 8 y 12 años. **Metodología:** La presente investigación fue descriptiva, observacional, transversal, prospectivo en una población de 91 niños de 1050 niños. **Resultados:** Se encontró que la mayoría presentó una maloclusión clase I con (67%), en relación a los hábitos para funcionales, el 40.8% de la población presentó onicofagia, seguido de un 21.8% con succión labial, ambos fueron los más frecuentes. **Conclusión:** se concluyó que no existe asociación entre la presencia de maloclusiones con la presencia de hábitos para funcionales.

Salim N. et al.¹⁴ 2021. Prevalencia de maloclusión y evaluación de las necesidades de tratamiento de ortodoncia entre niños y adolescentes refugiados sirios: un estudio transversal. **Objetivo:** Determinar características extraorales e intraorales de la maloclusión y el componente de salud dental del Índice de necesidad de tratamiento de ortodoncia, **Metodología:** Se examinaron a 606 niños/adolescentes sirios refugiados que asistían a la clínica Zaatari (varones = 280, mujeres = 326, edad media = $11,84 \pm 2,1$ años). Se excluyeron los sujetos que no estaban dentro del límite de edad, con antecedentes de tratamiento de ortodoncia o con anomalías craneofaciales. Se evaluaron las características extraorales e intraorales de la maloclusión. Además, se registró el componente de salud dental (DHC) del Índice de necesidad de tratamiento de ortodoncia (IOTN). **Resultados:** La prevalencia de maloclusión fue del 83,8% (52,6% clase I, 24,2% clase II, 7% clase III). Las características más comunes de

maloclusión fueron apiñamiento (71,1%) seguido de desplazamiento de la línea central (52,1%), overjet aumentado (36,1%), proporciones verticales altas (34%) y sobremordida profunda (31,2%). La prevalencia de necesidad moderada a severa de tratamiento de ortodoncia fue del 67,7%.

Conclusión: Se concluye que las maloclusiones tienen valores altos, así como la necesidad de tratamiento de ortodoncia fue alta, lo que justifica la necesidad de un programa integral de ortodoncia interceptiva para prevenir el aumento de los problemas de salud bucal en el futuro.

Aróstica N, et al.¹⁵2020. Prevalencia de mal oclusiones y hábitos orales para funcionales en preescolares de Viña del Mar. **Objetivo:** Evaluar el grado prevalencia en maloclusiones y hábitos estomatológicos disfuncionales en estudiantes. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, transversal, analítico-prospectivo el cual contaba con una muestra de 184 escolares. **Resultados:** Evidenciaron que la prevalencia de maloclusiones fue de 54.35%, donde el apiñamiento fue más prevalente, en relación a los hábitos orales disfuncional se obtuvo porcentaje 95.11%. **Conclusión:** Se concluyó, se presentó una alta prevalencia de maloclusiones y hábitos estomatológicos disfuncionales en estudiantes, donde el más común fue el apiñamiento.

Asiry, Moshabab, and Ibrahim AlShahrani¹⁶ 2019. Prevalencia de maloclusión entre escolares del sur de Arabia Saudita. **Objetivo:** Evaluar el estado de oclusión entre los niños escolares de la ciudad de Abha, Arabia Saudita. **Metodología:** Se hizo un estudio con 1998 adolescentes saudíes de alrededor de 14 años, todos ellos de la ciudad de Abha. Estos jóvenes fueron elegidos al azar para participar. Se les examinó la boca para evaluar cómo encajaban sus dientes, si los dientes tenían apiñados o separados, si mordían correctamente, etc. Para hacer este examen, se utilizaron instrumentos simples como guantes, una luz y un espejo bucal, además de una regla para medir. algunas distancias. **Resultados:** Se observó una relación molar de clase I en 1219 (61%), clase II y III en 326 (16,3%) y 154 (7,7%), respectivamente. Se observaron relaciones caninas de clase I-

III en 1255 (62,8%), 231 (11,6%) y 112 (5,6%) de la muestra, respectivamente. La mayoría de los niños evaluados presentaban una mordida normal. Sin embargo, el problema dental más frecuente fue el apiñamiento, seguido de otros como el espaciado, la sobremordida y la mordida cruzada. **Conclusión:** El apiñamiento fue el rasgo oclusal más frecuente, seguido del espaciamiento, el resalte aumentado y la sobremordida aumentada. Las relaciones molar y canina de clase I, el resalte normal y la sobremordida normal fueron hallazgos frecuentes entre los adolescentes saudíes en la ciudad de Abha.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Márquez M. et al.¹⁷ 2024. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de un instituto pediátrico de referencia en Perú. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de maloclusiones en pacientes de 8 a 17 años atendidos en el Servicio de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar del Instituto Nacional de Salud del Niño. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal, es decir, se observará a un grupo de niños en un momento específico en el tiempo. Se analizaron las historias clínicas de 283 pacientes pediátricos que acudieron a un hospital para identificar la prevalencia de diferentes tipos de maloclusiones y su relación con factores sociodemográficos. **Resultados:** El 51,9 % de los niños fueron del sexo masculino y la mediana de la edad fue de 11 (9-13) años. La prevalencia de maloclusión clase I de Angle fue del 31,5 %, de clase II-1 del 25 % y de clase II-2 del 10,6 %; la clase III se presentó en un 32,9 %. Los pacientes de sexo femenino mostraron mayor frecuencia de maloclusiones de clase II (41,2 %) y los del sexo masculino una mayor prevalencia de maloclusiones clase de III (32,9 %). Solo se halló una asociación con la edad del paciente y el tipo de maloclusión ($p = 0,046$). **Conclusión:** Las maloclusiones más frecuentes en niños y adolescentes fueron las de clase III y clase I.

Parra F.¹⁸ 2020. Prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 15 años en el colegio Señor de Huamantanga de la Ciudad de Jaén. **Objetivo:**

Determinar la prevalencia de maloclusiones en niños y niñas de los 8 a 15 años de edad. **Metodología:** Este estudio fue descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, donde la población estuvo conformada por 797 niños. **Resultados:** Se encontró que, la mayoría de estudiantes presentaron la maloclusión, Clase I con 66.75%, seguido de una Clase II con un 22.08% y finalmente Clase III con 11.17%. **Conclusión:** En este estudio se concluyó que la mayoría de estudiantes presentaron una clase I, seguido de una clase II y finalmente una clase III.

Balvin R.¹⁹ 2019. Prevalencia de maloclusión molar en niños con habilidades especiales de una Institución Educativa Huancayo. **Objetivo:** Determinar el nivel de “prevalencia de maloclusión molar en niños con habilidades especiales. **Metodología:** El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal donde la población estuvo conformada por 70 niños. **Resultados:** Se evidenció la mayoría de estudiantes presentaron una clase I con 70%, seguido de una clase II con 12%, y finalmente el 18% presento una clase molar III. **Conclusión:** Se encontró la mayoría de maloclusiones presentes se dieron en estudiantes que tienen un rango de edad de 06 a 10 años.

Silva J.²⁰ 2019. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes de Instituciones Educativas del Centro poblado el Milagro, Distrito de Huanchaco. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de maloclusiones en adolescentes de instituciones educativas del Centro Poblado El Milagro **Metodología:** La presente investigación fue corte transversal y prospectivo se trabajó con una la población constituida por 176 adolescentes. **Resultados:** Se encontró que la mayoría de estudiantes presentaron una mal oclusión clase I con el 68,8%, el 8.5% presento una maloclusión clase II y finalmente el 22.7% maloclusión clase III. **Conclusión:** Se concluyó, que la mayoría presento una mal oclusión clase I con 68.8%.

Holguín A. ²¹ Asociación entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capelozza en el diagnóstico ortodóntico en los alumnos

mayores de 12 años de la I.E.S “Pedro José Villanueva Espinoza” en el centro poblado Porcón Alto, Cajamarca- Perú en el año 2017. **Objetivo:** Encontrar la asociación y prevalencia entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capelozza según sexo en una muestra tomada en una zona rural del departamento de Cajamarca. **Metodología:** Se realizó un estudio con 124 estudiantes, tanto hombres como mujeres, con edades comprendidas entre los 12 y los 25 años. A cada participante se le tomaron fotografías extraorales (de frente, de perfil y sonriendo) e intraorales (de frente, de los lados y de arriba y abajo) y se obtuvieron modelos de estudio de sus dientes. Los datos obtenidos permitieron clasificar a los participantes según el tipo de maloclusión (clase I, II-1, II-2 o III) y el patrón facial (tipo I, II, III, cara larga o cara corta). **Resultados:** Los resultados del estudio mostraron que la maloclusión Clase I fue la más prevalente (79.03%), seguida de la Clase II-1 (11.29%), la Clase II-2 (6.45%) y la Clase III (3.23%). En relación al patrón facial, el tipo I fue el más frecuente (63,71%), seguido del tipo II (33,06%) y el tipo III (3,23%). Es importante destacar que en esta muestra no se identificó ningún estudiante con patrón facial de cara larga o cara corta. **Conclusión:** No existe asociación entre la maloclusión y el patrón facial ($p=0.05$), la mayor asociación se encontró entre la maloclusión II-2 y el patrón I. No hay significancia entre la maloclusión y el sexo y el patrón facial y el sexo.

2.1.3. Antecedentes Locales

Queque F.²² 2024. Prevalencia de maloclusiones dentarias, según Angle, en niños de 6 a 12 años de las I.E del distrito de Calana, Tacna 2023. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias, según Angle, en niños de 6 a 12 años. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional de todos los individuos de una población determinada (189 niños), con el objetivo de describir la frecuencia de diferentes tipos de maloclusiones. Para ello, se utilizó un instrumento de recolección de datos basado en la clasificación de Angle, un sistema estándar para clasificar las relaciones entre los dientes. **Resultados:** De acuerdo a la clasificación de

Angle, el 92% de los niños evaluados presentaron alguna maloclusión. La Clase I fue la más frecuente (74,1%), seguida por la Clase II División 1 (12,1%). Se observará una mayor prevalencia de las clases I y II División 1 en mujeres, y de las clases II División 2 y III en hombres. **Conclusión:** Se concluye que hay una alta prevalencia de maloclusión dentaria, según la clasificación de Angle.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Oclusión

La oclusión es una relación funcional que se establece entre los componentes del sistema masticatorio. Este sistema incluye los dientes, las encías, el sistema neuromuscular, las articulaciones temporomandibulares y el esqueleto craneofacial.²³

El término oclusión engloba la posición de los dientes y su interacción con el resto del sistema masticatorio, incluyendo las articulaciones y los músculos. Una oclusión normal se define por una serie de características, como la forma en que los dientes superiores se superponen a los inferiores y la relación entre los dientes y los huesos maxilares. Estos parámetros determinan un rango de lo que se considera una alineación saludable y funcional.²⁴

2.2.2. Maloclusión dental

La maloclusión es una condición que surge cuando las estructuras óseas, musculares y dentales que forman el sistema masticatorio presentan alteraciones. Estas irregularidades pueden tener un origen genético o estar influenciadas por factores ambientales.²⁵

La maloclusión dental se produce cuando los dientes están mal posicionados, lo que puede generar desequilibrios en la mordida y alteraciones en la apariencia facial. Estas irregularidades pueden dificultar

la masticación, el habla y pueden causar problemas en las articulaciones temporomandibulares.^{26,27}

2.2.2.1 Etiología de la maloclusión

Su origen es multifactorial, es decir, involucra una combinación de factores hereditarios y ambientales.²⁸ Se han identificado tres factores clave que contribuyen a su desarrollo:

- **Factores esqueléticos:** La morfología y posición de los dientes están determinadas por las características anatómicas de los maxilares. Estas variaciones se atribuyen a factores tanto genéticos como ambientales, incluyendo la actividad muscular, hábitos orales y condiciones congénitas como el labio leporino o el paladar hendido.²⁹
- **Factores musculares:** La oclusión está influenciada por variables como la posición dentaria, la actividad muscular y los hábitos orales, los cuales pueden predisponer a ciertas alteraciones.²⁹
- **Factores dentales:** Depende del tamaño de los dientes en comparación con los huesos de la mandíbula y de si se pierden dientes prematuramente. Esto puede causar problemas como dientes apiñados o que falten.²⁹

2.2.2.2 Clasificación de las maloclusiones

La clasificación de la oclusión es un campo en evolución constante, con múltiples enfoques y perspectivas. Los investigadores han propuesto diversos sistemas de clasificación para abordar la heterogeneidad de las características oclusales.³⁰

2.2.2.3 Clasificación de Angle

Al doctor Edward Angle, Se le considera como el padre de la oclusión moderna, ya que introdujo los fundamentos para desarrollar como especialidad la ortodoncia.³⁰

Angle postuló que el primer molar permanente actúa como un punto de referencia estable en el cráneo y que las discrepancias oclusales son consecuencia de alteraciones anteroposteriores de la dentición.³¹

Según el principio creado por Angle, los dientes están compuestos por muchos elementos y estos trabajan conjuntamente con el maxilar y mandíbula, alveolos, ligamentos, músculos masticatorios y por todas las estructuras que la rodean.³²

La teoría de Angle se centra en el papel fundamental de los primeros molares permanentes en la oclusión, al considerarlos como elementos de anclaje y guías para el desarrollo de las arcadas dentarias.³¹

De esta manera es que Angle clasifica las maloclusiones de la siguiente manera:

Clase I (Neutroclusión)

Cuando la mordida encaja de forma que la cúspide del molar superior calza en el surco del molar inferior, se dice que hay una oclusión clase I. Aunque los huesos están bien alineados, a menudo los problemas están en los dientes anteriores.³³

Se caracteriza por una relación anteroposterior normal del primer molar permanente: la punta mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco bucal del primer molar inferior y la cúspide mesiopalatina del primer molar superior ocluye en la cavidad central del primer molar inferior.²⁸

Las maloclusiones dentarias pueden ser muy variables si solo nos centramos en las piezas dentarias, es por ello que siempre hay que tener en consideración la relación molar.

Los problemas oclusales que pueden ocurrir aisladamente o combinados son normalmente debido a falta de espacio, exceso de espacio en el arco, malposiciones dentarias individuales, mordida abierta, mordida profunda o sobremordida, cruzamiento de mordida o hasta biprotrusión.

Maloclusión Clase II (Distoclusión)

La maloclusión sagital se define por una relación distal del surco medio del primer molar inferior respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.^{28,33,34}

La maloclusión clase II presentan divisiones:

Clase II División 1

Esta clase es una maloclusión caracterizada por una relación desfavorable entre los maxilares, en la cual los dientes superiores se encuentran demasiado adelantados respecto a los inferiores. Esta condición se acompaña de un aumento del espacio entre los dientes anteriores, una inclinación hacia afuera de los incisivos superiores y un perfil facial retraído. Las consecuencias de esta maloclusión van más allá de lo estético, ya que pueden afectar la función masticatoria, la respiración, el habla y la postura, debido a las adaptaciones musculares compensatorias que se producen.^{28,33,34}

Clase II División 2

Esta maloclusión se diferencia de la División 1 por la posición de los incisivos, que están inclinados hacia adentro en la arcada superior y hacia afuera en la inferior, lo que genera una mordida profunda y un perfil facial menos retrognático.^{28,33,34}

Los incisivos centrales superiores están retroinclinados, los incisivos laterales proinclinados, el resalte disminuido y la sobremordida aumentada.^{28,33,34}

Maloclusión Clase III (Mesioclusión)

La maloclusión de clase III se caracteriza por una posición adelantada de la mandíbula respecto al maxilar superior, lo que resulta en una mordida cruzada tanto anterior como posterior. El perfil facial es cóncavo, con un mentón prominente y una retracción de los Esta condición puede deberse a un crecimiento excesivo de la mandíbula, a un desarrollo insuficiente del maxilar o a una combinación de ambos factores. Las causas pueden ser tanto genéticas como ambientales, y suelen requerir tratamiento ortodóncico para corregir la posición de los labios, dientes y mejorar la estética y función bucal.^{28,33,34}

2.2.2.3 Otras clasificaciones

Clasificación de Fisher

Fisher en el año 1992 sugiere una manera de clasificar el mal posicionamiento dental de forma individualizada, es decir, el autor hace uso de un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal. Añadió el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío.³⁵

- **Mesioversión.** El diente está mesializado en relación a su posición normal.
- **Distoversión.** Distalización del diente con relación a su posición normal.
- **Vestibuloversión o Labioversión.** El diente presenta su corona vestibulizada en relación a su posición normal.
- **Linguoversión.** La corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal.

- **Infraversión.** El diente presenta su cara oclusal o borde incisal sin alcanzar el plano oclusal.
- **Supraversión.** El diente esta con la cara oclusal o borde incisal por encima del plano oclusal.
- **Giroversión.** Indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal.
- **Axiversión.** Hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
- **Transversión.** El diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario.
- **Perversión.** Indica la impactación del diente en general, por falta de espacio en el arco.

Clasificación etiopatogénica

- Maloclusión ósea: afecta a uno o ambos huesos maxilares en la zona alveolar, o a nivel de las bases óseas, repercutiendo en el encaje dentario oclusal.³⁵
- Maloclusión muscular: el equilibrio muscular es el primitivamente alterado y el que causa la anomalía oclusal.³⁵
- Maloclusión dentaria: es la propia dentición la que por su forma, tamaño o posición provoca la alteración oclusal.³⁵

Clasificación tridimensional

a) Transversales

Mordida cruzada posterior: Es cuando los dientes posteriores superiores muerden en el interior los dientes posteriores inferiores.³⁶

Mordida borde a borde: Se define como maloclusión vertical y sagital con sobremordida y sobremordida cero. Es

decir, los incisivos superiores e inferiores tocan sus partes cortadas.³⁶

Mordida en tijera: Los extremos palatinos de los molares superiores tocan los molares inferiores. Cuando se presenta de forma bilateral predomina el síndrome de Brodie.³⁶

Mordida abierta posterior: Esto sucede cuando los dientes de la arcada superior no contactan con los dientes de la arcada inferior en la mordida, sino que se crea un espacio entre ellos, lo que podemos decir que es una mordida abierta.³⁶

b) Sentido anteroposterior

Overjet. El espacio horizontal en el que sobresalen los dientes antero superiores de los dientes anteriores inferiores se conoce como mordida horizontal o resalte. El overjet puede ser de 1 a 3 mm en dentición mixta y permanente. Se considera típico 2,5 mm.³⁷

Mordida invertida: Se produce cuando las caras linguales de los dientes anteroinferiores chocan con los bordes incisales de los dientes anterosuperiores. El overjet es negativo en este caso.³⁷

c) Sentido vertical

Overbite: El espacio en que incisivos superiores cubren a los inferiores (1/3), se conoce como sobre mordida vertical. Los rangos del 1 al 5 se pueden encontrar en oclusión permanente o mixta. Se conoce como normal de 2 a 3mm.³⁸

Mordida borde a borde: Se da cuando este resalte está comprendido entre 0 y 2 milímetros.³⁸

Mordida abierta: se da cuando hay ausencia de contacto vertical entre los incisivos.³⁸

Mordida profunda: Si los incisivos superiores cubren más del 43% de los inferiores, es decir, cuando la sobremordida supera los 4 mm, se denomina mordida profunda.³⁸

2.2.3 Apiñamiento dental

El apiñamiento dental ocurre cuando los dientes no caben correctamente en la mandíbula, ya que hay poco espacio. Esto sucede cuando los dientes son demasiado grandes para el hueso o cuando el hueso es demasiado pequeño para los dientes.³⁹

Según esto, existen tres grados de apiñamiento:

- Leve: igual o menos de 3 mm de falta de espacio por arcada.
- Moderado: entre 3-5 mm de falta de espacio por arcada.
- Severo: igual o más de 6 mm de falta de espacio por arcada.⁴⁰

2.3 Definición de términos básicos

- **Maloclusión:** La maloclusión se refiere al contacto irregular entre los dientes de la mandíbula superior y los dientes de la mandíbula inferior; cambios en la mordida de los dientes.¹⁹
- **Oclusión:** Posición de los dientes y su interacción con el resto del sistema masticatorio, incluyendo las articulaciones y los músculos.²⁴
- **Prevalencia:** Es la cantidad total de personas que presentan una característica similar y que presentan una afección o patología.
- **Clase I:** Posición cuspídea MV del 1er molar con respecto del surco medio del 1er molar inferior.²⁸
- **Clase II:** Posición distal del surco medio del 1er molar inferior respecto a la cúspide MV del 1er molar superior.²⁸
- **Clase III:** Posición mesial del surco medio del 1er molar inferior respecto a la cúspide MV del 1er molar superior.²⁸
- **Llave molar:** Es la curvatura natural de la arcada dentaria en el plano sagital, donde el recorrido que trazan las puntas de cada componente es unas veces más prominente que otras.²⁸

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y nivel de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica, prospectivo, transversal.

3.1.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación es observacional y descriptiva

1.1.3 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental

3.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPOS DE VARIABLES
Maloclusión	Las diferentes maloclusiones se medirán a través de la relación molar establecida por Angle.	Clasificación de Angle	Maloclusión Clase I	Ordinal
			Maloclusión Clase II-Div,1	
			Maloclusión Clase II-Div.2	
			Maloclusión Clase III	

COVARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPOS DE VARIABLES
Género	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Características físicas sexuales.	Masculino Femenino	Nominal
Edad	El número de años cumplidos.	Años cumplidos hasta la fecha	13 – 14 años 15 - 16 años	Escala de intervalo

3.3. Población y Muestra de la investigación

3.3.1. Población

La población está conformada por 110 estudiantes del nivel secundario de la I.E. Simón Bolívar que tienen la edad de 13 a 16 años.

3.3.2 Muestra

Se trabajó para la muestra con toda la población, con un muestreo no probabilístico y por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión, quedando conformada por 100 escolares,

Criterios de inclusión:

- Todos los estudiantes del nivel secundario que estén matriculados en el año 2024.
- Estudiantes que tengan de 13 a 16 años
- Todo estudiante que tenga autorización escrita, por parte de sus padres o tutores para participar en el estudio.
- Estudiantes con ABEG y LOTEPE

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no estén matriculados en el año 2024.

- Estudiantes que sean menores de 13 años y mayores de 16 años
- Estudiante que tenga no tengan su consentimiento informado.
- Estudiantes que estén recibiendo tratamiento de ortodóntico.
- Estudiantes que faltaron a clases.

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

En este estudio se utilizó como técnica de recolección de datos la observación clínica, cuya modalidad fue presencial, con todos los implementos de bioseguridad.

3.4.2. Instrumento

El instrumento que se utilizó en la presente investigación fue una ficha de recolección de datos en donde se registró el tipo de maloclusión según la clasificación de Angle el cual es tomado de la investigación realizada por Ayala J.²⁹ (Anexo N° 2).

3.5. Técnica para el procesamiento de datos

Una vez obtenida la información, se realizó la identificación correspondiente y luego la tabulación. Estos pasos utilizarán programas como Excel 2016, Microsoft Office 2016, etc. por su calidad. Posteriormente, los datos se transfieren al programa estadístico IBM SPSS V25.0, donde se realizan los análisis descriptivos pertinentes y el cálculo de medidas inferidas para obtener los resultados, y se muestran gráficamente para su interpretación.

3.6. Procedimiento

- Se presentó un FUT al Decano de la Facultad de Odontología, solicitando una carta o constancia de presentación.
- Posteriormente se solicitó autorización al director de la Institución Educativa Manuel A. Odría; para llevar a cabo el presente estudio en los escolares.

- Luego se coordinó con los docentes de cada aula para aplicar el instrumento, respetando las normas de bioseguridad y a cada participante se le informó del estudio y se les entregó la ficha de consentimiento informado para que su tutor o encargado pueda autorizar, tomando en cuenta que tendrá absoluta confidencialidad en el estudio.
- Se le realizó un examen bucal dentro del aula de clases registrando en la ficha de recolección de datos los hallazgos requeridos de cada escolar.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados

TABLA N° 1

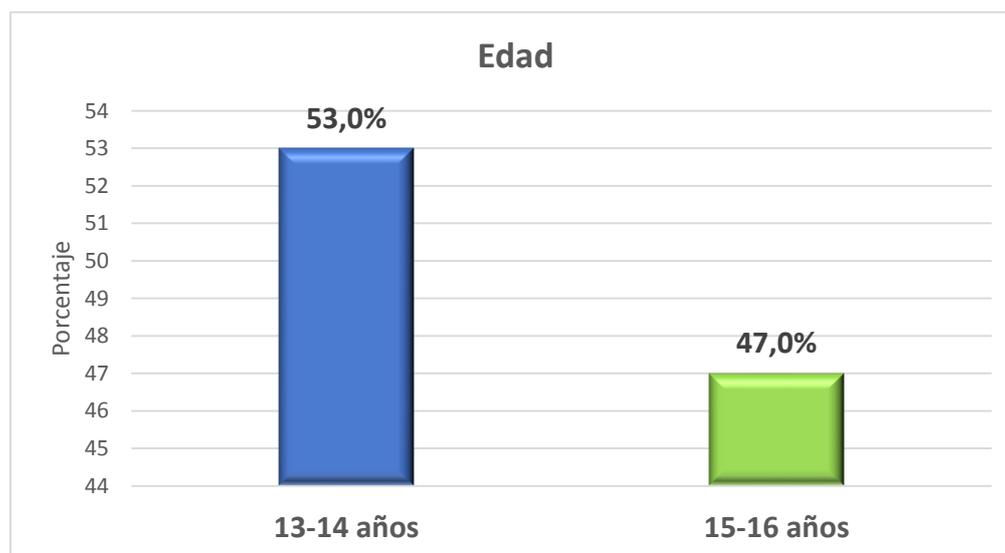
Distribución de los escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar, según edad

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	13 - 14 años	53	53,0
	15 - 16 años	47	47,0
	Total	100	100,0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 1

Distribución de los escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar, según edad



Fuente: Tabla N° 1

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 1 se observa que del total de escolares de la muestra el 53,0% están comprendidos en la edad de 13 a 14 años y el 47,0% a la edad de 15 a 16 años.

TABLA N° 2

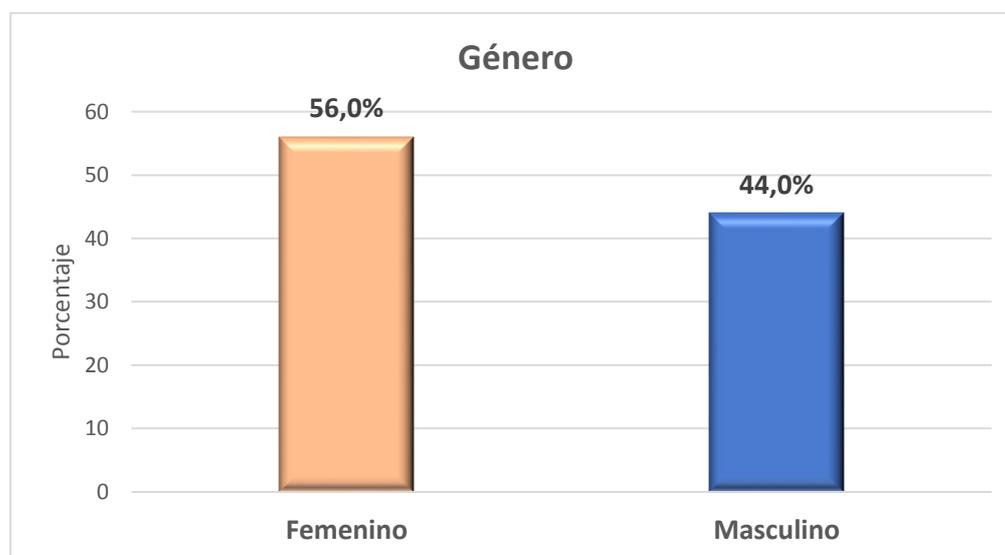
Distribución de los escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar, según género

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	56	56,0
	Masculino	44	44,0
	Total	100	100,0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 2

Distribución de los escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar, según género



Fuente: Tabla N° 2

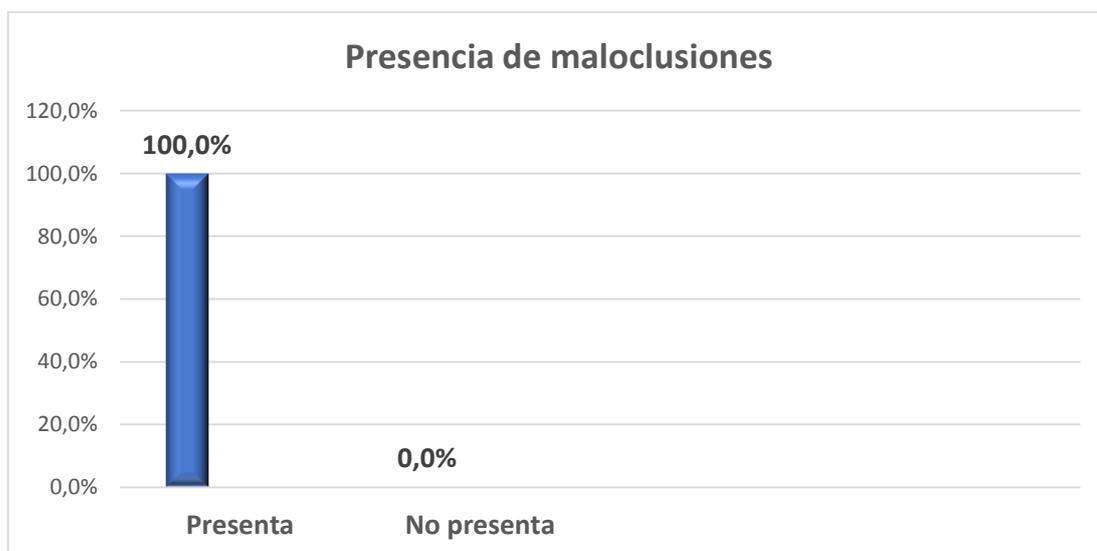
INTERPRETACIÓN

En la tabla 3 y gráfico N° 2 se observa que del total de escolares de la muestra el 56,0% corresponden al género femenino y el 44,0% al género masculino.

TABLA N° 3**Presencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, Tacna 2024**

		Frecuencia	Porcentaje
Presencia maloclusiones	Presenta	100	100,0
	No presenta	0	0,0
	Total	100	100,0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 3**Presencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, Tacna 2024**

Fuente: Tabla N° 3

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 3 se puede observar que del total de los escolares el 100,0% presentan maloclusiones y el 0,0% no presentan ninguna maloclusión.

TABLA N°4

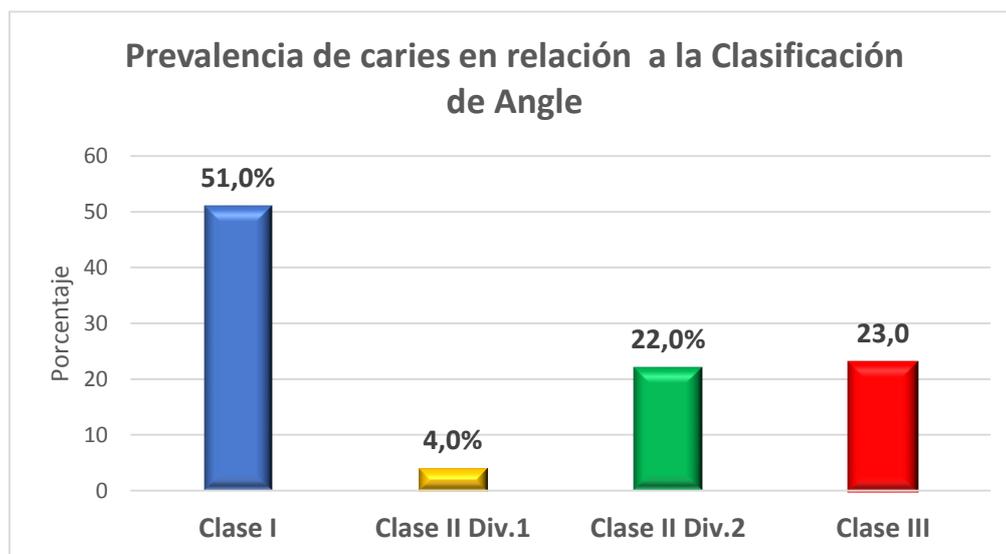
Prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, Tacna 2024

	Frecuencia	Porcentaje
Clase I	51	51,0
Prevalencia de maloclusiones Clase II Div.1	4	4,0
Clase II Div. 2	22	22,0
Clase III	23	23,0
Total	100	100,0

Fuente: Tabla N° 4

GRÁFICO N°4

Prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, Tacna 2024



Fuente: Tabla ° 4

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 4 se puede observar que los escolares de 13 a 16 años según la clasificación de Angle el 51,0% presentan Clase I, el 23,0% presentan maloclusión de Clase III, el 33,0% presentan Clase II Div. 2 y sólo el 4,0% presentan Clase II Div. 1.

TABLA N°5

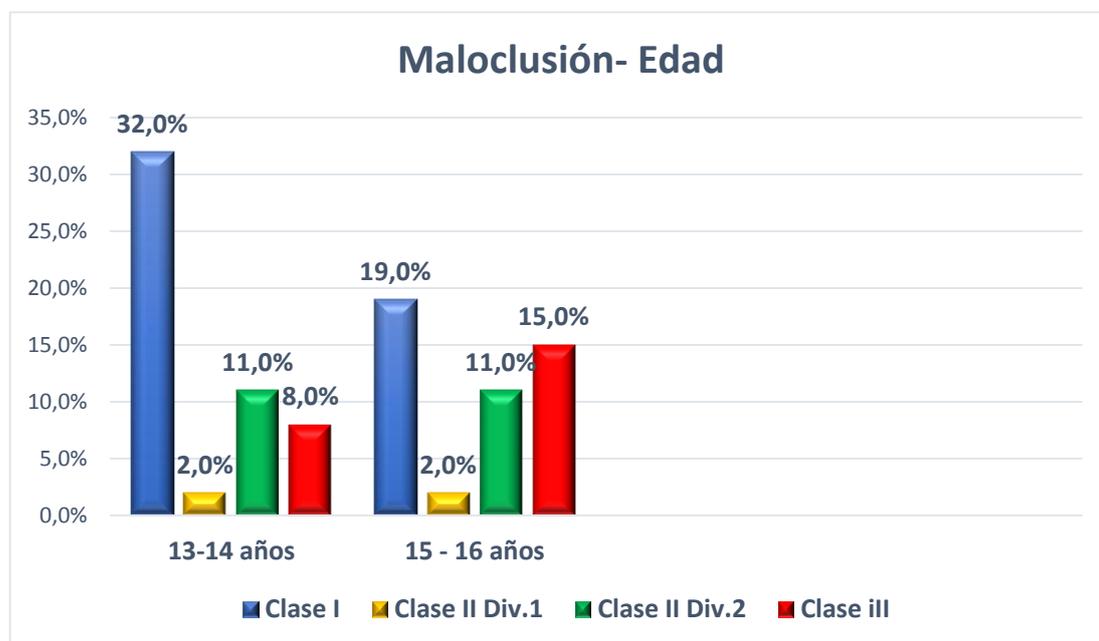
Prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, Tacna 2024, según edad

	Edad		Maloclusión según Clasificación de Angle				Total
			Clase I	Clase II Div.1	Clase II Div.2	Clase III	
13-14 años	Recuento		32	2	11	8	53
	% del total		32,0%	2,0%	11,0%	8,0%	53,0%
15-16 años	Recuento		19	2	11	15	47
	% del total		19,0%	2,0%	11,0%	15,0%	47,0%
Total	Recuento		51	4	22	23	100
	% del total		51,0%	4,0%	22,0%	23,0%	100,0%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N°5

Prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, Tacna 2024, según edad



Fuente: Tabla N° 5

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 5 se puede observar la prevalencia de maloclusión en escolares según la edad, los de 13 a 14 años presentan mayor porcentaje para la Clase I con el 32,0%, seguido de la Clase II Div. 2 con el 11,0%, luego la Clase III con el 8,0% y finalmente la Clase II Div. 1 con el 2,0%.

Los escolares de 15 a 16 años presentaron mayor porcentaje para la Clase I con el 19,0%, seguido de la Clase III con el 15,0%, luego la Clase II Div.2 con el 11,0% y finalmente la Clase II Div. 1 con el 2,0%.

No se encontró relación entre la edad y la maloclusión con un $p= 0,164$.

TABLA N°6

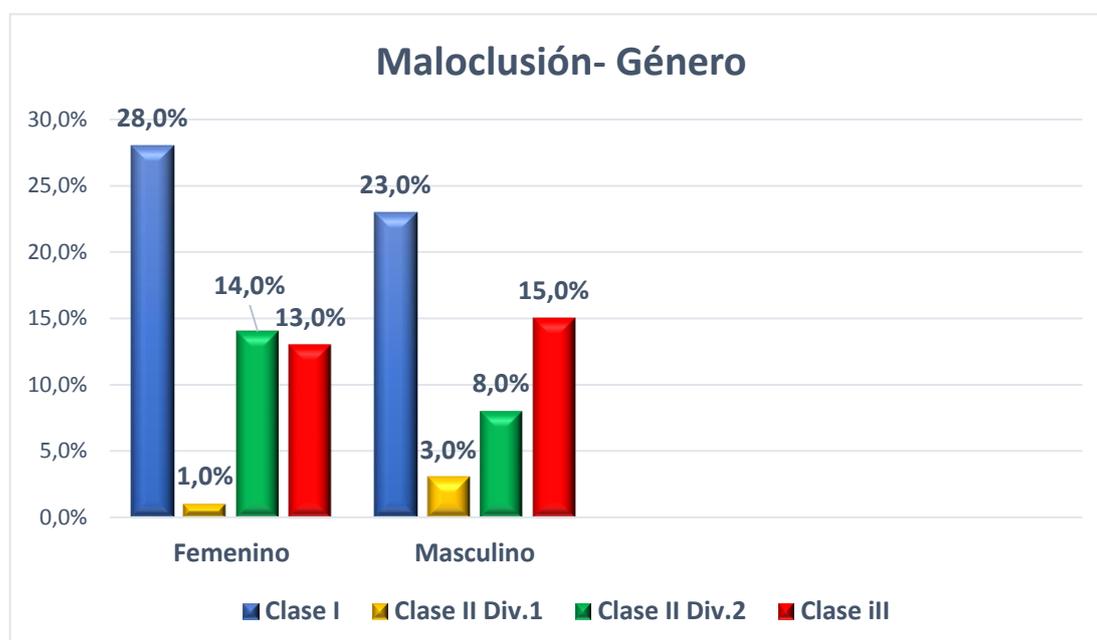
Prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, Tacna 2024, según género

		Maloclusión según Clasificación de Angle				Total	
		Clase I	Clase II Div.1	Clase II Div.2	Clase III		
Género	Femenino	Recuento	28	1	14	13	56
		% del total	28,0%	1,0%	14,0%	13,0%	56,0%
	Masculino	Recuento	23	3	8	10	44
		% del total	23,0%	3,0%	8,0%	10,0%	44,0%
Total		Recuento	51	4	22	23	100
		% del total	51,0%	4,0%	22,0%	23,0%	100,0%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N°6

Prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, Tacna 2024, según género



Fuente: Tabla N° 6

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 6 se puede observar la prevalencia de maloclusión en escolares según el género, los del género femenino presentan mayor porcentaje para la Clase I con el 28,0%, seguido de la Clase II Div. 2 con el 14,0%, luego la Clase III con el 13,0% y finalmente la Clase II Div. 1 con el 1,0%.

Los escolares del género masculino presentaron mayor porcentaje para la Clase I con el 23,0%, seguido de la Clase III con el 15,0%, luego la Clase II Div.2 con el 8,0% y finalmente la Clase II Div. 1 con el 3,0%.

No se encontró relación entre el género y la maloclusión con un $p= 0,560$.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 13 a 16 años de la Institución Educativa “Simón Bolívar” del distrito de Ciudad Nueva, Tacna 2024, la prevalencia de maloclusiones en todos los escolares estudiados fue del 100,0%. Los datos son similares a los encontrados en el trabajo de Yin J. et al.¹² en donde la prevalencia de maloclusión en adolescentes en Shanghai fue del 83,5%. Así mismo es similar al trabajo de Queque F.²² el cual encuentra que la prevalencia de maloclusión es del 92% de los escolares evaluados. Pero difiere de la investigación de Aróstica N, et al.¹⁵ donde obtuvieron que el 54,35% de preescolares presentaron maloclusión dentaria y el 45,65% no presentaron. A su vez difiere del estudio de Simbaña Z, et al.¹¹ quienes encuentran que la prevalencia de maloclusiones fue del 37,90% de los estudiantes investigados.

Del total de escolares evaluados de 13 a 16 años, según la clasificación de Angle, se obtuvo que el 51% es para la Clase I, el 4,0% es para la Clase II Div. 1, el 22,0% para la Clase II Div. 2 y el 23,0% para la Clase III. Estos resultados son parecidos a los encontrados en la investigación de Yin J. et al.¹² quienes encontraron prevalencia para la clase I con el 48,9% clase II 14,7% y clase III y clase III el 19,0%. Asimismo, se asemejan a los resultados de Salim N. et al.¹⁴ quienes evidencian que las maloclusiones se presentan con el 52,6% clase I, 24,2% clase II y 7% clase III. También es similar a la investigación de Parra F.¹⁸ quien halló que la prevalencia de maloclusiones tuvo estos porcentajes: Clase I con 66.75%, seguido de una Clase II con un 22.08% y finalmente Clase III con 11.17%. Finalmente es parecido al trabajo de Silva J.²⁰ en donde tuvo como resultado para la clase I el 68,8%, la clase II el 8.5% y la clase III el 22.7%.

Pero difiere de la investigación de Holguín A.²¹ quien tuvo como resultados para la prevalencia de maloclusiones del 79,03% para la Clase I, seguida de la Clase II-1 con 11.29%, la Clase II-2 con 6.45% y la Clase III con 3.23%. También difiere del estudio de Queque F.²² quien evidencia el 74.1% para la Clase I, el 12.1% para la Clase II

división 1, el 4% para la Clase II división 2 y finalmente el 9.8% niños evaluados presentaron clase III.

Del total de escolares evaluados de 13 a 12 años, según la clasificación de Angle, según género existe una diferencia significativa entre el género femenino con el 56,0 % y el masculino con el 44,0%. Estos datos se asemejan a los encontrados por Márquez M. et al.¹⁷ en donde hay predominio de las maloclusiones en el género femenino con respecto al masculino. Pero estos resultados difieren de los encontrados en la investigación de Holguín A.²¹ quien evidencia un predominio significativo del sexo masculino con respecto al sexo femenino en cuanto al sexo, obteniendo resultados como 60% y 40% respectivamente.

La maloclusión es un problema dental común que varía según la región y el género. Su alta prevalencia a nivel mundial la convierte en un asunto de salud pública. Es fundamental implementar tratamientos preventivos y correctivos para mejorar la salud bucal de la población.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

1. Se concluye que la prevalencia de maloclusiones dentarias en escolares de 13 a 16 años es del 100,0%.
2. La prevalencia de maloclusiones dentarias según la Clasificación de Angle fue de 51,0 %, para la clase I de Angle, el 4,0 % para la clase II-1, el 22,0% para la clase II-2 y el 23,0 % para la clase III.
3. La prevalencia de maloclusiones dentarias según la Clasificación de Angle de acuerdo a la edad se encontró que en la edad de 13 a 14 años el 32,0 %, para la clase I, el 2,0 % para la clase II-1, el 11,0% para la clase II-2 y el 8,0 % para la clase III.
Para la edad de 15 a 16 años el 19,0 %, para la clase I, el 2,0 % para la clase II-1, el 11,0% para la clase II-2 y el 15,0 % para la clase III.
4. La prevalencia de maloclusiones dentarias según la Clasificación de Angle de acuerdo al género se encontró que en el género femenino el 28,0 %, para la clase I, el 1,0 % para la clase II-1, el 14,0% para la clase II-2 y el 13,0 % para la clase III.
Para el género masculino el 23,0 %, para la clase I, el 3,0 % para la clase II-1, el 8,0% para la clase II-2 y el 10,0 % para la clase III.

2. Recomendaciones

1. Se recomienda a los directores de las Instituciones Educativas y a los Centros de Salud que promuevan la realización de talleres informativos para padres, con el objetivo de involucrarlos activamente en la educación de sus hijos y fortalecer sus capacidades para guiarlos sobre tipos de maloclusiones, opciones sobre posibles tratamientos, ya que en esta edad muchos niños están en etapas

de crecimiento apropiados para desarrollar tratamientos preventivos y correctivos más efectivos.

2. Se recomienda que el Ministerio de Salud a través de los Centros de Salud implemente programas de prevención y tratamiento a la población en general principalmente a padres de familia para mejorar la salud bucal de los niños.
3. Se recomienda realizar estudios en diferentes regiones del Perú, considerando los diferentes rangos de edad a fin de contar con datos nacionales sobre la prevalencia maloclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Munshi R, Bansal N, Sunda S, Kanwar G, Chaudhary A, Kanupriya. Classifying Malocclusion - an Overview. *Hmlyn Jr. Appl Med Scie Res.* 2022;3(2):60-7. doi: 10.47310/Hjamsr.2022.v03i02.008-.
2. Rodríguez-Olivos LHG, Chacón-Uscamaita PR, Quinto-Argote AG, Pumahualcca G, Pérez-Vargas LF. Deleterious oral habits related to vertical, transverse and sagittal dental malocclusion in pediatric patients. *BMC Oral Health.* 2022;22(1):88. doi: 10.1186/s12903-022-02122-4
3. Zou J, Meng M, Law C, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. *Int J Oral Sci.* 2018;10(1):7. doi: 10.1038/s41368-018-0012-3
4. De Ridder L, Aleksieva A, Willems G, Declerck D, Cadenas de Llano-Pérula M. Prevalence of Orthodontic Malocclusions in Healthy Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(12):7446. doi: 10.3390/ijerph19127446.
5. Johal A, Cheung MY, Marcene W. The impact of two different malocclusion traits on quality of life. *Br Dent J.* 2007;202(2): E2. doi: 10.1038/bdj.2007.33
6. Akinwonmi B, Kolawole K, Folayan M, Adesunloye A. Orthodontic treatment need of children and adolescents with special healthcare needs resident in Ile-Ife, Nigeria. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2020;21(3):355-362. doi: 10.1007/s40368-019-00492-y
7. Cadenas de Llano-Pérula M, Ricse E, Fieuws S, Willems G, Orellana-Valvekens MF. Malocclusion, Dental Caries and Oral Health-Related Quality of Life: A Comparison between Adolescent School Children in Urban and Rural Regions in Perú. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(6):2038. doi: 10.3390/ijerph17062038. *Rev Pediatr Espec.* 2024;3(2):60-65. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes ISSN: 2955-8964 (En línea) | ISSN: 2955-8956 (Impreso) <https://doi.org/10.58597/rpe.v3i2.73>
8. Shakti P, Singh A, Purohit BM, Purohit A, Taneja S. Effect of premature loss of primary teeth on prevalence of malocclusion in permanent dentition: A systematic review and meta-analysis. *Int Orthod.* 2023;21(4):100816. doi: 10.1016/j.ortho.2023.100816

9. Alves e Luna A, Godoy F, de Menezes V. Malocclusion and treatment need in children and adolescents with sickle cell disease. *Angle Orthod.* 2014;84(3):467-72. doi: 10.2319/070913-503.1
10. Robles CK. Nivel de ansiedad y miedo al tratamiento odontológico de los pacientes que acuden al CAPI San Pedro de LLoc. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Facultad de Medicina humana. Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de odontología; 2016.
11. Simbaña Z, Macias S, López E. Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico e impacto psicosocial de la estética dental en adolescentes. *Rev Odontológica.* 2023;26 (1):2-3.
12. Yin, J., Zhang, H., Zeng, X. et al. Prevalencia y factores que influyen en la maloclusión en adolescentes de Shanghái, China. *BMC Oral Health* 2023, 590. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03187-5>
13. Murrieta J, Hernández P, Espinosa C, Juárez M, Meza J. Frecuencia de maloclusiones y su relación con hábitos parafuncionales en niños de Chihuahua, México. *Rev ASD journal.* [en línea]. 2022 [citado: 01 de abril 2023]; 3(3):1-11.
14. Salim N, Al-Abdullah M, AlHamdan A, Satterthwaite J. Prevalence of malocclusion and assessment of orthodontic treatment needs among Syrian refugee children and adolescents: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):305. Publisher 2021 Jun 14. doi:10.1186/s12903-021-01663-4
15. Arostica N, Carrillo G, Cueto A, Mariño D, Jofre T. Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales para funcionales en preescolares de establecimientos municipales de Viña del Mar. *Rev J Oral Res.* 2020; 9 (4):12-13.
16. Asiry, Moshabab, and Ibrahim AlShahrani. "Prevalence of malocclusion among school children of Southern Saudi Arabia." *Journal of orthodontic science.* 2019. vol. 8 2. doi: 10.4103/jos.JOS_83_18
17. Márquez M., Achachao K., Gómez S. Francis S. y Huaranca-Gavilán S. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de un instituto pediátrico de referencia en Perú. *Rev Pediatr Espec.* 2024;3(2):60-65. doi: 10.58597/rpe.v3i2.
18. Parra F. Prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 15 años en el Colegio "Señor de Huamantanga" de la ciudad de Jaén. [Tesis para optar el título de

- Cirujano Dentista]. Huancayo: Facultad de Medicina. Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo; 2020.
19. Balvin R. Prevalencia de maloclusión molar en niños con habilidades especiales de una Institución Educativa Huancayo. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Huancayo: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Señor de Sipan; 2019.
 20. Silva J. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes de instituciones educativas del Centro Poblado El Milagro, Distrito de Huanchaco-2019. *Rev Med.*2019;1(2):6-7.
 21. Holguín A. Asociación entre la maloclusión según Angle y el Patrón Facial según Capelozza en el diagnóstico ortodóntico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S. "Pedro José Villanueva Espinoza" en el Centro Poblado Porcón Alto, Cajamarca- Perú en el año 2017. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
 22. Queque F. Prevalencia de maloclusiones dentarias, según Angle, en niños de 6 a 12 años de las I.E del distrito de Calana, Tacna 2023. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2024.
 23. Castañeda M, Ramón R. Use of occlusal splints in patients with temporomandibular disorders. *MediSan.* 2016;20(04):532-545.
 24. Fajardo A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev Alerg Mex.* 2017;64(1):109-120.
 25. Meneses E. Perfil epidemiológico de la oclusión estática y hábitos orales en un grupo de escolares de la ciudad de Medellín. *Revista Nacional de Odontología.* 2016; Vol 6: 5-7 <https://doi.org/10.16925/od.v12i22.1207>.
 26. García V, Ustrell J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av En Odontoestomatol.* abril de 2011;27(2):75-84.
 27. Zemlickas T, Camarote E, Faltin K. Prevalencia de las maloclusiones y protocolos de tratamiento utilizados en pacientes tratados en los cursos de especialización en ortodoncia-ortopedia facial: UNIP-SP- Brasil. *Odontol Pediatr Lima.* 2011;10(2):105-15.

28. Proffit WR, Fields H, Larson B, Sarver DM. Ortodoncia contemporánea. 6.a ed. Vol. 4. Elsevier Health Sciences; 740 p.
29. Ayala J. Prevalencia de maloclusiones dentarias en estudiantes de 6 a 12 años de edad de la I.E. Víctor Andrés Belaunde, del Distrito de Chimbote, Provincia de Santa, Departamento de Ancash. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote - Peru: Universidad Católica Los Angeles Chimbote. Facultad de ciencias de la salud; 2021.
30. Mora Pérez C, Álvarez Mora I, Blanco Hernández A, Gómez Ortiz M. Desarrollo de la ortodoncia en la provincia Cienfuegos. *Medisur*. 2018;16(2):309-21.
31. Gómez A. Correlación de maloclusión, huella plantar y posturología en el paciente adulto. [Tesis de Maestría]. [Asturias-España]: Universidad de Oviedo; 2015 Disponible en: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/30898>
32. Amilcar J, Falcón M, Oliveira E, Passos E, Martins E. El sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria. *Acta Odontológica Venez*. 2008;46(3):375-80.
33. Torres Murillo E. Conceptos básicos en crecimiento y desarrollo craneofacial. *Univ St Tomás-USTA*. 2021;1(1):49-51.
34. Moreno J. Prevalencia de Maloclusiones en alumnos del primero al sexto grado de primaria de la institución educativa privada “Divino Salvador” del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, 2019 [Tesis de pregrado].: Universidad Católica Los Ángeles; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/23896>
35. Torres M. Desarrollo de la dentición: La dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría-ws*. edición electrónica. 2019.
36. Borboni N, Escobar A, Castillo R. *Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 1a ed. Buenos Aires; 2010.
37. Jerusalén E. Corrección de mordida cruzada posterior vestibular en dentición primaria. Reporte de dos casos clínico. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2016; Volumen 6 (No. 2): Obtenible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2016/2/art-7>
38. Cabello S, Soldevilla L, Paredes N. Percepción de la desviación de la línea media de la sonrisa por individuos no relacionados a la odontología y por especialistas

en ortodoncia. *Odontol Sanmarquina* 2017;20(2):67-3. Available from:<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/13975>

39. Castañeda M, Ramón R. Use of occlusal splints in patients with temporomandibular disorders. *MediSan*. 2016;20(04):532-545.
40. Lorente T. *Apiñamiento sus clases*. Lorente Ortodoncia. BQDC Valencia. 2017; vol 24.

ANEXOS

ANEXO N° 2

Cuestionario

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE 13 A 16
AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SIMÓN BOLÍVAR"
DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA TACNA 2024.**

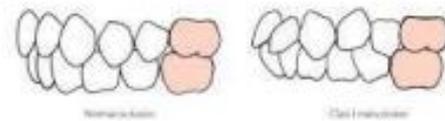
DATOS GENERALES

N° _____

GENERO: Masculino Femenino EDAD:

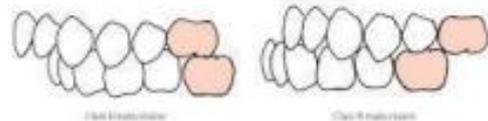
1. Prevalencia de maloclusiones:

- Si ()
- No()



2. Clasificación de Angle:

- Clase I ()
- Clase II DIV I ()
- Clase II DIV 2 ()
- Clase III ()



ANEXO N° 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Evaluación de la Maloclusión Según la Clasificación de Angle

Resumen del procesamiento de los casos			
	Válidos	20	100,0
	Excluidos	0	,0
Casos	Total	20	100,0
Estadísticos de fiabilidad			
Alfa de Cronbach		,795	

Que $\alpha=79,5\%$ de confiabilidad. Considerando la escala de valores que determina el rango de 0.9 a 1, un rango de alta confiabilidad y el valor de 0.795 obtenido en el cálculo de la confiabilidad para el instrumento "Evaluación de la maloclusión según la clasificación de Angle" se puede decir que el instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica alta confiabilidad en este instrumento.

ANEXO N°4**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación es conducida por el bachiller Víctor Raúl Palomino Mamani de la Facultad de Odontología de la Universidad Privada Latinoamericana CIMA.

El objetivo de este estudio es “PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE 13 A 16 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SIMÓN BOLÍVAR" DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA TACNA 2024. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá 5 minutos de su valioso tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será de manera confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán de carácter anónimas.

Desde ya le agradezco su participación a este trabajo de investigación. Mediante el presente documento yo.....con DNI N°.....acepto participar voluntariamente en esta investigación, realizada por el investigador Bachiller en odontología Víctor Raúl Palomino Mamani He sido informado(a) adecuadamente de los objetivos de este estudio.

FIRMA Y DNI:

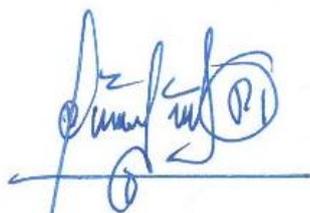
ANEXO N°5

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Víctor Raúl Palomino Mamani con DNI N° 72425457, egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA declaro bajo juramento, autorizar, en mérito a la Resolución del Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, registrar mi trabajo de investigación para optar el: Título Profesional de Cirujano Dentista.

- a) **Acceso abierto;** tiene la característica de ser público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulte el repositorio.

- b) **Acceso restringido;** solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo, ocurre cuando el autor de la información expresamente no autoriza su difusión.



Víctor Raúl Palomino Mamani

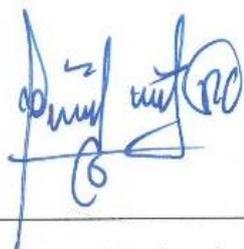
DNI N° 72425457

Autor

ANEXO N° 6

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

Yo, Víctor Raúl Palomino Mamani, identificado con DNI N° 72425457 egresado de la carrera de Odontología, declaro bajo juramento ser autor de la Tesis denominada: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE 13 A 16 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SIMÓN BOLÍVAR" DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, TACNA 2024, además de ser un trabajo original, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo pertinente del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Latinoamericana CIMA.



Víctor Raúl Palomino Mamani

DNI N° 72425457

Autor

ANEXO N° 7
BASE DE DATOS

 Código	 Edad	 Género	 Prevalencia	 Clasificación
1	2	1	0	1
2	2	1	1	4
3	2	1	1	3
4	2	1	1	3
5	2	1	0	1
6	2	1	0	1
7	2	1	1	4
8	2	2	1	4
9	2	1	1	3
10	2	1	0	1
11	2	1	0	1
12	2	2	0	1
13	2	2	1	2
14	2	2	0	1
15	2	1	1	3
16	2	1	0	1
17	2	1	1	4
18	2	1	1	4
19	1	1	0	1
20	2	1	0	1
21	2	1	1	4
22	1	1	0	1
23	2	1	0	1
24	2	2	1	4
25	2	2	0	1
26	2	1	1	4
27	2	1	1	4
28	2	1	1	4
29	2	2	1	4
30	2	2	1	3
31	1	2	0	1
32	2	2	0	1
33	1	1	0	1

34	1	2	1	4
35	1	1	0	1
36	1	1	0	1
37	1	2	0	1
38	1	2	1	2
39	1	2	1	4
40	1	2	1	4
41	1	2	1	3
42	2	1	1	3
43	2	2	1	3
44	1	1	0	1
45	1	2	0	1
46	1	1	1	3
47	1	2	1	3
48	1	2	1	4
49	1	1	0	1
50	1	2	0	1
51	1	1	1	3
52	1	1	0	1
53	1	2	0	1
54	1	2	1	3
55	1	1	0	1
56	1	2	0	1
57	1	1	0	1
58	1	1	1	4
59	1	2	0	1
60	1	2	0	1
61	1	2	0	1
62	1	2	1	3
63	1	2	1	4
64	1	1	1	2
65	1	1	0	1
66	1	2	0	1
67	1	2	0	1
68	1	1	1	3
69	1	2	0	1
70	2	1	1	4

70	2	1	1	4
71	2	1	1	3
72	2	1	1	3
73	2	1	0	1
74	2	1	0	1
75	2	1	1	4
76	2	2	1	4
77	2	1	1	3
78	2	1	0	1
79	2	1	0	1
80	2	2	0	1
81	2	2	1	2
82	2	2	0	1
83	2	1	1	3
84	2	1	0	1
85	2	1	1	4
86	1	2	0	1
87	1	1	1	3
88	1	2	1	3
89	1	2	1	4
90	1	1	0	1
91	1	2	0	1
92	1	1	1	3
93	1	1	0	1
94	1	2	0	1
95	1	2	1	3
96	1	1	0	1
97	1	2	0	1
98	1	1	0	1
99	1	1	1	4
100	1	2	0	1

ANEXO N° 8

PANEL DE FOTOS





ANEXO N° 9

SOLICITUD PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Oficio N° 237- 2024 - FO - ULC

Tacna, 07 de Diciembre del 2024

Señor

Oscar Valle Zavala - 952 290623

Director

Institución Educativa Simón Bolívar

Ciudad Nueva TACNA

Presente. -

Me es grato dirigirme a Ud. para saludarlo muy cordialmente y a la vez manifestarle que el Bachiller de la Facultad de Odontología Víctor Raúl Palomino Mamani se encuentra desarrollando un Proyecto de Investigación para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista titulado: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE 13 A 16 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SIMON BOLIVAR" DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA TACNA 2024 para lo cual le solicito pueda autorizar a quien corresponda dar las facilidades para que pueda aplicar el instrumento que consiste en realizar un examen bucal para observar el tipo de maloclusión que presentan los escolares de 13 a 16 años que estudian en la Institución Educativa que Ud. dignamente dirige.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada y hago propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente



 Dra. LESLY GUISSELA ROBLES VAZALLO
 DECANA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA



ANEXO N° 10

CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SIMÓN BOLÍVAR"

Av. Daniel Alcides Carrión s/n.- Ciudad Nueva
Códigos: Primaria 1127356 – Secundaria 1595842
Cel. 952290623

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE; DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SIMÓN BOLIVAR" DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, DE LA REGIÓN TACNA.

Hace constar:

Que el Sr. **Victor Raul PALOMINO MAMANI**, identificado con DNI N° 72425457, bachiller de la carrera profesional de odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA, aplicó los instrumentos de su investigación titulada "PREVALENCIA DE MALOCCLUSIONES EN ESCOLARES DE 13 A 16 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SIMON BOLIVAR" DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, TACNA 2024", los cuales fueron realizados en el Nivel Secundaria, durante el mes de diciembre del presente año, demostrando respeto, compromiso y eficiencia en el proceso según el cronograma presentado.

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

Tacna, 16 de diciembre del 2024.

