



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología

TESIS

**FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA
MAL POSICIÓN DENTARIA EN JÓVENES DE LA TROPA
DEL EJERCITO JULIACA 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

PRESENTADO POR:

Bach. RUBÉN, LÓPEZ PARICAHUA

ASESORA:

Mg. YOLANDA VICTORIA, FERREYRA DE CÁNEPA

JULIACA-PERÚ

2022

Mi tesis la dedico primeramente a Dios, mis padres, mis hermanos, mi esposa. Muchas gracias a ustedes por demostrarme que “el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se superé”.

Al concluir una etapa maravillosa de mi vida quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, a aquellos que junto a mi caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza. Mi gratitud, también a la Escuela Profesional De Estomatología, a mi asesora Mg. Yolanda Victoria Ferreyra De Cánepa, gracias a cada docente quienes con su apoyo y enseñanza constituyen la base de mi vida profesional.

Gracias infinitas a todos.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Introducción	x
CAPÍTULO I: PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.4. Justificación de la investigación.....	14
1.5. Limitaciones del estudio.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas.....	19
2.3. Definición de términos básicos.....	31
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivados	32
3.2. Variables; definición conceptual y operacional.....	32
3.3. Operacionalización de variables.....	33

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	34
4.1. Diseño metodológico.....	34
4.2. Diseño muestral.....	34
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	35
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	36
4.5. Aspectos éticos.....	37
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	38
5.1. Análisis descriptivo.....	38
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
FUENTES DE INFORMACIÓN	53
ANEXOS.....	56
Anexo 1: Consentimiento Informados.....	57
Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos.....	58
Anexo 3: Constancia de la investigación realizada.....	60
Anexo 4: Carta de presentación	61
Anexos 5: Instrumento de Recolección de Datos.....	62
Anexo 5. Fotografía	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	38
Frecuencia los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca 2022.	
Tabla N° 2	39
Frecuencia los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca 2022	
Tabla N° 3:	40
Frecuencia de los hábitos parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca 2022	
Tabla N° 4	41
Factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca, según edad	
Tabla N° 5	43
Factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca, según edad	
Tabla N° 6	45
Factores de riesgo parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca, según edad	
Tabla N° 7	47
Frecuencia de mal posición dentaria según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca 2022	

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1	38
Frecuencia los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca 2022.	
Gráfico N° 2	39
Frecuencia los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca 2022	
Gráfico N° 3	40
Frecuencia de los hábitos parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca 2022	
Gráfico N° 4	42
Factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca, según edad	
Gráfico N° 5	44
Factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca, según edad	
Gráfico N° 6	46
Factores de riesgo parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca, según edad	
Tabla N° 7	48
Frecuencia de mal posición dentaria según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejercito de Juliaca 2022	

Resumen

La presente investigación tuvo como **objetivo**: Determinar la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022. **Metodología**: La investigación fue de tipo no experimental, de nivel descriptivo; de corte transversal y prospectivo. La muestra se realizó con 100 jóvenes; donde se aplicó las fichas de recolección de datos para medir los factores de riesgo de la mal posición dentaria; se realizó una entrevista y un examen clínico para medir la mal posición a través de la escala de Lisher. **Resultados**: Los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca más frecuentes fueron postura con el 57%, accidentes y traumatismos con el 55%, en tanto la herencia solo el 27%. Los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca fueron con mayor frecuencia pérdida del punto de contacto dental con 58% seguida por las anomalías de erupción con el 49%. Los hábitos anómalos dentaria en jóvenes con la mal posición dentaria de la tropa del Ejército de Juliaca fueron con mayor frecuencia la onicofagia, succión de labio y succión digital con el 47%. Los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca con mayor frecuencia fueron en las edades de 18 y 19 años. La mal posición dentaria más frecuente según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca fueron vestibulversión el 66%, supravversión el 65%, linguoversión el 64%, giroversión el 62%, infraversión el 61%, mesoversión el 60%, distoversión el 48%, palatoversión el 39%. axiversión y transversión solo el 2%. **Conclusión**: La frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca es alta.

Palabras claves: Factores de riesgo y mal posición dentaria

Abstract

The objective of this research was: To determine the frequency of risk factors for bad dental position in young people from the Juliaca Army Troop 2022.

Methodology: The research was non-experimental, descriptive level; cross-sectional and prospective. The sample was carried out by non-probabilistic convenience sampling, working with 100 young people; where the data collection sheets were applied to measure the risk factors of bad dental position; an interview and a clinical examination were carried out to measure the bad position through the Lisher scale. **Results:** The most frequent extrinsic risk factors for dental malposition in young people from the Juliaca Army troop were posture with 57%, accidents and trauma with 55%, while heredity only 27%. The intrinsic risk factors of dental malposition in young people from the Juliaca Army troop were more frequently loss of the dental contact point with 58% followed by eruption anomalies with 49%. The anomalous dental habits in young people with bad dental position of the Juliaca Army troop were more frequently onychophagia, lip sucking and digital sucking with 47%. The risk factors for dental malposition in young people from the Juliaca Army troop were most frequently between the ages of 18 and 19. The most frequent bad dental position according to the Lisher classification in young people from the Juliaca Army troop were vestibulversion 66%, supraversion 65%, linguoversion 64%, giroversion 62%, infraversion 61%, mesoversion 60%, dystoversion 48%, palatoversion 39%. axiversion and transversion only 2%. **Conclusion:** The frequency of risk factors for dental malposition in young people from the Juliaca Army troop is high.

Keywords: Risk factors and bad dental position

INTRODUCCIÓN

La estomatología como parte integrante del Sistema de Salud, tiene entre sus principios el garantizar la salud bucal de la población, considerando la unidad de los aspectos preventivos, curativos, biológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente físico que está en interacción con el individuo y su colectivo. Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, impactando fuertemente sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, limitaciones y discapacidad social y funcional.

Las mal posiciones dentarias, son unas de las alteraciones más frecuentes de los dientes, esto muchas veces trae como consecuencia que los jóvenes no deseen sonreír, por lo que afecta a su modo de comportarse en la sociedad, por lo cual las jóvenes acuden al odontólogo para solucionar el problema, la mal posiciones dentarias el multifactorial es decir puede darse a diversos factores como las causas extrínsecas, intrínsecas, y también puede deberse a los hábitos para funcionales.

El propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022. Que lleva a plantearnos la siguiente interrogante ¿Cuál es la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022?

La investigación fue de tipo no experimental de nivel descriptivo; de corte transversal y prospectivo. La muestra fue de 100 jóvenes; donde se aplicó las fichas de recolección de datos para medir los factores de riesgo de la mal posición dentaria.

La estructura de la presente investigación consiste en V capítulos: El Capítulo I Planteamiento del Problema el cual consiste en la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación de la investigación, viabilidad de la investigación y limitaciones del estudio; Capítulo II Marco Teórico consta de los antecedentes de la investigación, bases teóricas, definición de términos básicos; Capítulo III Variables de la Investigación el cual va a consistir de la formulación de la hipótesis principal y derivadas, variables, definición conceptual y operacional y operacionalización de variables; Capítulo IV

Metodología la cual está constituida por el diseño metodológico, diseño muestral, técnicas e instrumento de recolección de datos, técnicas estadísticas para el procesamiento de la información y aspectos éticos; Capítulo V Análisis y discusión, análisis inferencial, Discusión; Conclusiones; Recomendaciones; Bibliografía y por ultimo Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad, las mal posiciones dentarias, son unas de las alteraciones más frecuentes de los dientes, esto muchas veces trae como consecuencia que los jóvenes no deseen sonreír, por lo que afecta a su modo de comportarse en la sociedad, por lo cual las jóvenes acuden al odontólogo para solucionar el problema, la mal posición dentarias el multifactorial es decir puede darse a diversos factores como las causas extrínsecas, intrínsecas, y también puede deberse a los hábitos para funcionales, estos hábitos recibe muchos nombres como deletéreos, anómalos entre otros, aquí podemos destacar la succión digital, succión labial, uso excesivo de chupón, todo eso conlleva a alterar el crecimiento de las superficies que soportan los dientes; en casos ya severos se presenta por una alteración de espacio entre los dientes de una determinada arcada sobre un espacio en este caso el hueso alveolar propiamente dicho, estos desencadenan un apiñamiento dental, lo cual puede alterar todo el proceso de una buena oclusión.

Para el profesional de la salud oral identificar los factores de riesgo de una mal posición dentaria es paso obligatorio, para la prevención primaria, es decir, el identificar de marcadores de riesgo puede ser extremadamente útil en la identificación de grupos bajo-alto riesgo, para la prevención secundaria, es por esto que es sumamente importante conocer los diferentes factores de riesgo de mal posición dental, es así que cuando están disponibles los medios de detección precoz para un tratamiento rápido.

Desde los tiempos de Hipócrates, fue establecido que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores de riesgo y las condiciones del surgimiento de las diferentes enfermedades.

En la actualidad se cuenta con muchas investigaciones, sin embargo, estas están más relacionadas a los niños, mas no en jóvenes y adultos, es por ello, que nos

motiva a realizar el presente estudio y generando para nosotros una controversia con respecto a este tema.

Si existe un problema en la forma en que los dientes superiores e inferiores oclusionan al morder o masticar, los dientes pueden desgastarse y fracturarse, y las articulaciones y los músculos de la mandíbula pueden doler. Con el tiempo, esto puede dar lugar a dientes torcidos, apiñados o salientes. Puede afectar a la apariencia, el habla o la capacidad de comer de una persona. Aunque las consecuencias van desde la ausencia de síntomas hasta el dolor, el aumento de la tensión en las estructuras orales puede tener resultados de gran alcance. Pueden aparecer caries o signos anormales de desgaste en las superficies de masticación en zonas de estrecha superposición. Puede producirse un desgaste excesivo y la fractura de los dientes, así como problemas en la articulación de la mandíbula, musculares y nerviosos, hasta el punto de que la apariencia, el habla o la capacidad de comer pueden verse afectados.

La presente investigación tendrá importancia clínica, porque definirá los factores de riesgo de las mal posiciones dentarias en jóvenes de sexo masculino de un grupo importante como son la tropa del ejército del Perú que están en una edad importante para poder identificar la presencia de mal posición dental y sus posibles factores de riesgo.

Por lo antes expuesto el propósito de la presente investigación será determinar la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema Principal

¿Cuál es la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022?

1.2.2. Problemas Secundarios

¿Cuál es la frecuencia de los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022?

¿Cuál es la frecuencia de los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022?

¿Cuál es la frecuencia de los hábitos anómalos dentaria en jóvenes con la mal posición dentaria de la tropa del Ejército de Juliaca 2022?

¿Cuál es la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad?

¿Cuál es la mal posición dentaria más frecuente según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo Principal

Determinar la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022.

1.3.2. Objetivos Secundarios

Determinar la frecuencia de los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022.

Determinar la frecuencia de los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022.

Determinar la frecuencia los hábitos anómalos en jóvenes con la mal posición dentaria de la tropa del Ejército de Juliaca 2022.

Determinar la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad.

Determinar la mal posición dentaria más frecuente según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022.

1.4. Justificación de la Investigación

Esta investigación presentó justificación teórica basada en conceptos actualizados de investigaciones previas donde estará fundamentado las bases teóricas y las

variables del estudio, porque favorecerá a evidencia científica en cuanto a los factores de riesgo de las mal posiciones dentales anteriores en jóvenes.

La presente investigación tuvo una justificación profesional, porque permitirá resolver y/o dar una posible solución a una realidad problemática constante, para que el odontólogo pueda identificar los factores de riesgo de la mal posición dentaria, si es detectada a tiempo poder prevenirla o anticipar a los pacientes jóvenes de sus posibles causas.

Presentó una justificación metodológica debido a los pocos estudios realizados actualmente sobre el tema en nuestro país, por lo cual generará un conocimiento validado y confiable que servirá para reforzar como bases teóricas para las próximas investigaciones. Además, debido a los pocos estudios realizados en jóvenes ya que como lo mencione anteriormente los estudio se enfocan más a los niños.

Además, presentó justificación social porque los beneficiados serán los jóvenes de la tropa del ejército y poder indicar si la causa y no conlleve a mal oclusiones, ya que ello produce profundo impacto psicológico en los jóvenes; en algunos afecta el habla la manera de comportarse socialmente, por su aspecto físico los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados o hasta agresivos.

El estudio también presentó una justificación personal, por el interés mismo que, radica en la necesidad de obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

1.4.1. Importancia de la Investigación

La presente investigación tuvo importancia clínica, porque definirá los factores de riesgo de las mal posiciones dentarias en jóvenes de sexo masculino de un grupo importante como son la tropa del ejército del Perú que están en una edad importante para poder identificar la presencia de mal posición dental y sus factores de riesgo.

1.4.2. Viabilidad de la Investigación

La presente investigación fue viable porque se contó con el periodo que se requeriría para recopilar las informaciones. Contando con recursos humanos esenciales para la ejecución completa.

El actual estudio presentó viabilidad financiera, porque todo aquello que se generó como gasto el investigador se encargará de financiarlo.

La viabilidad también se dio por tener disponibilidad y accesibilidad a las unidades de estudio, que son los jóvenes de sexo masculino de un grupo importante como son la tropa del Ejército del Perú

1.5. Limitaciones de Estudio

Este estudio tuvo limitación en cuanto a la situación impredecible que se está viviendo, y poder realizar a un número significativo de jóvenes para poder realizar la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Viteri J. (2017) Ecuador; El objetivo de la presente investigación fue evaluar el mal posicionamiento de los dientes en el sector anterior con la autoestima, en pacientes adolescentes entre las edades de 12 a 18 años. La metodología elaborar encuestas diseñadas, la muestra fue de 85 adolescentes 40% mujeres y 60% hombres, entre las edades mencionadas. Los resultados fueron entre los hábitos más frecuentes fue el hábito de morder esferos con el 42%. del mismo modo la frecuencia en la que estos hábitos se realizaba fue “a veces” con 32%, por otra parte, la autoestima fue positiva alta en el sexo femenino y en el sexo masculino la autoestima fue positiva baja. En conclusión, la mal posición dentaria se produce por varios factores como defectos del desarrollo, herencia, trauma, hábitos bucales y patologías. La mal posición dentaria afecta la autoestima de los adolescentes afectando la relación con interpersonal, además, produce patologías como la gingivitis, periodontitis, caries dental, halitosis, entre otras.¹

Padilla M. (2018) México; el objetivo: identificar la prevalencia y los factores de riesgo intrínsecos de mal oclusión. Metodología: se analizó a 134 personas de ambos sexos, sin historia de extracciones, sin tratamiento ortodóntico previo, buscando factores intrínsecos de riesgo para mal oclusión. Resultados: el 98.5% presentaron algún factor de riesgo. Encontrándose 253 factores de riesgo intrínsecos es así, que los más frecuentes fueron los dientes incluidos 28% y dientes retenidos 22%. Por grupo de factores, los problemas de erupción dental y discrepancias dento alveolares fueron los de mayor prevalencia. Conclusión: La prevalencia de factores intrínsecos de mal oclusión en la población es alta. ²

López E. (2018) Ecuador; ejecutó una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de las maloclusiones en dentición mixta de escolares de 6 a 12 años de edad en dos colegios de la ciudad de Quito, Ecuador. La metodología fue observacional visual cuya muestra al estudio fue de 143 niños según la clase de oclusión. Todos los participantes proporcionaron sus datos y respondieron

preguntas que fueron luego sometidos a pruebas descriptivas y estadísticas. Los resultados del análisis descriptivo mostro que el 83% presento algún tipo de maloclusión dentaria mientras 17% restante presentaban características de oclusión normal. Con respecto a las maloclusiones, el 16,1% de la muestra tuvo mayor incidencia de succión labial. Siendo la clase I canina y molar la más habitual. Al análisis de chi cuadrado se determinó que no existe relación de dependencia entre la clase de hábito y la existencia de mordida abierta anterior ($p = 0,69$), con una proporción de la succión labial levemente mayor. Concluyendo que la población tuvo una mayor incidencia en maloclusiones; así como, el hábito más predominante la succión labial.³

2.1.1 Antecedentes nacionales.

Heredia A. (2017) Arequipa; El objetivo de la investigación fue evaluar la relación que hay entre la gingivitis y la mal posición dentaria. La metodología empleada fue tomar a 204 jóvenes de ambos sexos, de las edades de 18 y 25 años, se usó la observación clínica intraoral, que se registró en la ficha de recolección de datos, para evaluar la gingivitis se usó el Índice PMA modificado de Parfitt, en tanto para la mal posición dentaria la clasificación de Lisher. Resultados, hubo una prevalencia de gingivitis con un 91.7%, siendo la más frecuente la moderada, y el mayor porcentaje en pacientes de 20 a 22 años. El 96.9% presentó piezas afectadas con mal posición dentaria correspondiendo la mayor parte entre 5 y 6 piezas; siendo el tipo de mal posición más frecuente la giroversión. Por lo tanto, la relación entre gingivitis y mal posición dentaria es del 91.4%. Concluyendo que si existe una relación directa de la mal posición dentaria con el grado de gingivitis que presentan las piezas dentarias anteriores.⁴

Baldeon L. (2017) Huánuco; el objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de mal posiciones dentarias en los estudiantes de las Escuelas Profesionales de Ciencias de la Salud como fueron: Odontología, Obstetricia y Enfermería de una universidad de la ciudad de Huánuco describiendo la prevalencia de mal posiciones dentarias según el sexo, edad y según la pieza dentaria. La metodología fue de nivel investigativo descriptivo, transversal; de diseño transeccional descriptivo. La muestra fue no probabilística por conveniencia, tomando un total de 150 estudiantes por carrera, siendo así 450 alumnos, para la

variable mal posición se usó la clasificación de Lisher. Resultados, se encontró una alta prevalencia de mal posiciones dentarias en los estudiantes de las 03 carreras profesionales, el género que predomina en las mal posiciones dentales fue el femenino y los estudiantes en edad de 17-20 años, fueron los más prevalentes en mal posiciones dentarias.⁵

2.2 Bases Teóricas

A. Maloclusiones

Es una alteración de la oclusión. Por definición según el Dr. Angle “es una perversión del crecimiento y un desarrollo anormal de los dientes”. El determinar una maloclusión es un requisito primordial para determinar el diagnóstico para posteriormente elaborar un plan de tratamiento, ya que la maloclusión afecta al aparato estomatognático en su totalidad.⁶

Clasificación de maloclusiones

Edward Angle clasifico a las maloclusiones de una forma cómoda y útil para los clínicos de esa época, tanta fue su sencillez que hasta la actualidad se sigue usando. El Dr. Angle tenía por teoría que los primeros molares permanentes tanto superiores como inferiores al igual que los caninos son dientes más sólidos los cuales tomo como referencia.⁷

Clase I: Por definición es cuando “la cúspide mesiovestibular de primer molar superior permanente ocluye sobre el surco vestibular del primer molar inferior”

Pero cuando hablamos de maloclusión hace referencia a la desviación de lo normal, esto conlleva a los pacientes con maloclusión clase I a tener los dientes anteriores con falta de espacio para estar correctamente bien posicionados, entonces una maloclusión clase I presenta un apiñamiento anterior (incisivos y caninos) pero con los molares bien posicionados. En estos casos los tejidos circundantes cumplen un rol importante ya que por delante tiene el labio haciendo leve presión sobre los dientes y por dentro tiene la lengua intentando conformar o mantener un arco de esta forma el organismo trata de controlar dicha maloclusión. Generalmente los pacientes con mal oclusión clase I presentan un perfil favorable un perfil recto.⁸

Clase II: Se refiere cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior esto sucede por

cualquier motivo, si dicha cúspide se encuentra por delante también lo hacen los demás dientes siguiendo alterando la oclusión.⁹

Clase II división 1: Es una alteración bilateral, en la arcada superior es levemente comprimido, los dientes anterosuperiores están vestibularizados haciendo que el labio se vea delgado, los dientes anteroinferiores se encuentran extruidos debido a que los dientes anteriores superiores se encuentran en vestibularizados por ende no existe una guía anterior, los dientes anteriores inferiores al encontrarse retruidos provoca que el labio se vea más grueso, en estos casos se puede ver que hay incompetencia labial el perfil de paciente es convexo generalmente, no solo los dientes presentan alteración sino que se puede apreciar una mandíbula corta o retruida con respecto al maxilar. Subdivisión, iguales peculiaridades de la división 1 pero solo abarca una hemiarcada.⁹

Clase II división 2: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye mesialmente con respecto al surco vestibular del primer molar inferior, existe un colapso anterior de la mordida ya que los dientes anterosuperiores se encuentran retruidos existe un sellado labial normal, pero existe un overjet aumentado (mordida profunda). Subdivisión: iguales peculiaridades de la división 2 pero solo abarca una hemiarcada.¹⁰

Clase III: La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye distalmente con respecto al surco vestibular del primer molar inferior, puede presentar alteraciones de espacio dental en ambos arcos dentarios, pero especialmente en el arco dentario superior ya que en el arco inferior la lengua forma un arco muy bien delimitado el organismo de manera adaptativa trata de compensar esta maloclusión lingualizando los incisivos anteroinferiores para compensar el patrón de guía anterior, pacientes con esta alteración pueden presentar una proyección marcada de la mandíbula o sea una mandíbula grande y un maxilar pequeño o un paciente puede presentar las dos peculiaridades de esta maloclusión, el perfil de estos pacientes generalmente es retruso o cóncavo. Subdivisión: Iguales peculiaridades de la clase III, pero solo abarca una hemiarcada.

El Dr. Angle se basó en un sentido anteroposterior para clasificar estas maloclusiones diferentes autores en su intento por corregir esta clasificación

evaluaron en el tiempo tanto en el plano sagital como el vertical como fue el caso del Dr. Ackerman y Proffit pero estos autores no tomaban la etiología de las maloclusiones. ¹¹

B. Mal posición dentaria

La malposición dentaria consiste en una posición incorrecta de la pieza dental o desviación de la correcta oclusión dental en el cierre. Es decir, esta alterado los ejes de masticación, y no ejercen las fuerzas de forma repartida, dificulta la buena higiene oral, provocando complejos por una estética inadecuada.

La mayoría de las malposiciones dentales son causas del apiñamiento dentario, es decir la falta de espacio de las arcadas dentales superiores e inferiores. Puede definirse cuantitativamente como una discrepancia entre la suma de los diámetros mesiodistales de un grupo de piezas y la longitud clínica de arcada disponible, en que la primera supera a la segunda. ¹²

Apiñamiento dental: El apiñamiento dental es una alteración de la oclusión muy vista en las personas el cual se ha presentado desde hace décadas, es considerada una manifestación anormalidad fisiológica adaptativa de la oclusión en todos los tipos de denticiones, ésta generalmente consiste en una mayor proporción de masa dentaria alojada en un menor perímetro de arco alveolar la cual puede repercutir ocasionando problemas en el aparato estomatognático, esta alteración es uno de los motivos por el cual las personas visitan a los profesionales de salud bucal. ¹²

La Etiología, generalmente se le relaciona con factores hereditarios hábitos por parte del paciente también se le asocia a la erupción de terceros molares mal posicionados debido al entrecruzamiento intercuspentario de las piezas posteriores y por el vector de fuerza anterior se cree que provocaría un apiñamiento antero inferior, no es de manera exacta la literatura ya que existen autores que asocian el tercer molar con el apiñamiento y otros autores que niegan que eso suceda. ¹³

Clasificación de Lisher

El Dr. Lisher en año 1911, sugiere una manera de clasificar el Malposición dental de forma individualizada, es la primera clasificación hace uso den 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. ¹⁴

Los términos sugeridos por Lisher pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, axigiroversión o, incluso, mesiolinguosupraversión. La clasificación es la siguiente: ¹⁵

Mesioversión: Es la malposición dental de la pieza cuando está mesializado en relación a su posición normal. ¹⁵

Distoversión: Es la malposición dental de la pieza se encuentra distalizada con relación a su posición normal. ¹⁵

Vestibuloversión o Labioversión: En esta malposición dental la pieza presenta su corona vestibularizada en relación a su posición normal. ¹⁵

Linguoversión: En esta malposición dental la corona de la pieza se encuentra lingualizada en relación a su posición ideal. ¹⁵

Infraversión: Es la malposición dental cuando la pieza por la cara oclusal o borde incisal no alcanza el plano oclusal. ¹⁵

Supraversión: Es la malposición dental cuando la pieza por la cara oclusal o borde incisal por encima del plano oclusal. ¹⁵

Giroversión: En esta malposición dental nos indica una rotación de la pieza dental sobre su eje longitudinal. ¹⁵

Axiversión: Esta malposición dental hay alteración en la inclinación del eje longitudinal de la pieza dental. ¹⁵

Transversión: Es cuando la pieza dental cambia su posición en el arco dentario con otro elemento dentario. ¹⁵

Perversión: Indica la impactación del diente en general, por falta de espacio en el arco. ^{14,15}

C. Factores de riesgo de las mal posiciones dentales

Los factores de riesgo de la mal posición son aquellas causas de algo que aumenta la probabilidad de tener una patología o enfermedad. En este caso se puede alterar

la oclusión si no es tratada a tiempo. Podemos clasificar en tres factores, los cuales son: ¹⁶

C.1 Factores de riesgo extrínsecos

Son los factores exógenos al paciente, es decir no dependen del paciente en sí, están relacionados al medio ambiente. ¹⁶

Herencia: Algunos problemas dentales son hereditarios, ya sea por parte del padre o la madre, están son algunas de las más frecuentes. La forma y tamaño dentario. Además, pueden conllevar a un apiñamiento dentario. ¹⁷

Deformidades congénitas: Es cuando existen deformaciones congénitas en el tejido dentario, están se producen normalmente en la odontogénesis, ellas varían en número, forma o tamaño entre muchas otras, lo cual varía en el tratamiento.

Postura: Con nuevos estudios de la biomecánica entre la oclusión dentaria y la postura corporal es que genera un interés por observar la interacción entre ellas y por qué se vienen encontrando que los problemas posturales en más de 90% de los pacientes con maloclusión. ¹⁷

Accidentes y traumatismo: son los que afectan a las piezas dentarias, específicamente el tejido que sirve de sostén, dependiendo del grado de lesión es que puede haber pérdida de la pieza dentaria o movimiento lateral de la pieza dentaria de su posición anatómica. Es necesario el tratamiento temprano de estos traumatismos, lo cual condiciona en la mayoría de los casos, para un pronóstico a corto y largo plazo y la viabilidad de la pieza o piezas dentales afectadas. ^{16,17}

C.2 Factores de riesgo intrínsecos

Son los factores endógenos al paciente, es decir dependen del paciente en sí, son inherentes a las características propias de cada individuo. ¹⁸

Anomalías de número

Agenesia dental: Es una anomalía craneofacial común en el desarrollo humano. Es un desorden heterogéneo determinado genéticamente que se manifiesta como la ausencia.

Supernumerarios: Es una alteración que se da durante el desarrollo dental, es poco frecuente y no presenta un síndrome asociado, esto induce a maloclusiones,

retraso en la erupción dentaria, formación de quistes, dilaceraciones radiculares, giroversiones entre otros posibles problemas de maloclusión. ¹⁹

Anomalías de tamaño

Microdoncia: Es cuando el tamaño de los dientes es significativamente más pequeño con respecto al resto de elementos de la boca, cuando la raíz del diente es normal, pero las coronas son más pequeñas de lo común.

Macrodoncia: Se presenta cuando los dientes tienen un tamaño superior al que se considera normal. ^{19,20}

Anomalía de forma

Tubérculos suplementarios: Crecimiento no funcional de la pieza dentaria, se puede sentir como un bulto en el diente.

Morfología coronaria: Es una parte de la Anatomía dentaria la cual describe la forma tanto externa como interna de los grupos **dentales** (incisivos, caninos, premolares, molares considerándolos no como un ente aislado sino integrado a nuestra cavidad bucal).

Perla de esmalte: Es un factor local la cual contribuye en la progresión de la enfermedad periodontal debido a que interrumpen la inserción de las fibras periodontales en el cemento y favorecen la acumulación de placa blanda o biopelícula. ²⁰

Fusión: Es una anomalía anatómica dentaria, no es otra que la unión embriológica en fases preeruptivas de dos o más gérmenes dentarios adyacentes por medio de dentina con el resultado de un diente único.

Frenillo labial patológico: Son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o mixto, recubiertas de una membrana mucosa situada en la línea media y de origen congénito. ²¹

Anomalía de erupción:

Dientes incluidos: Son piezas dentarias que no han erupcionado durante su periodo normal de erupción y permanecen dentro del hueso, parcial o totalmente.

Retención (bloqueo): Anomalía en el crecimiento dental que se caracteriza por la falta de erupción del diente por encima de la mucosa oral, total o parcialmente, esto hace que no llegue a ocupar su posición normal en las arcadas gingivodentarias de la cavidad bucal.

Erupción tardía: Cuando después de los 7 años y 6 meses de edad, no ha brotado ningún diente permanente. ^{20,22}

Pérdida de punto de contacto dental:

Fractura dental: Cuando una pieza dental se ha roto o la caída de un diente o un pedazo de diente a causa de un golpe o trauma.

Caries dental: Las zonas dañadas alteran la anatomía de los dientes.

Restauraciones mal adaptadas: Cuando una restauración, no importa el material, está mal adaptada impidiendo la oclusión normal y desarrollando a la larga dolor en el paciente.

Historia de extracción prematura de temporales: Cuando se realiza la exodoncia antes del tiempo de exfoliación natural y existen múltiples factores por los cuales se pueden perder prematuramente. ²²

C.3 Hábitos parafuncionales

Un hábito es aquel comportamiento adquirido que realiza un individuo para repetir una cierta actividad con facilidad en boca que con el tiempo afecta al crecimiento normal del sistema estomatognático. Asimismo, en una primera instancia se hace de forma consciente y si llegara a persistir se vuelve de modo inconsciente. Los hábitos se clasifican por lo general en fisiológicos y no fisiológicos. En el fisiológico porque nacen del mismo individuo como el habla, la deglución y la respiración nasal, mientras que los no fisiológicos se dan por una mala práctica repetida de modo que con el tiempo estas llegan a padecer de una deglución atípica, succión digital o en otros casos de una succión labial, onicofagia, bruxismo y respiración bucal, estos hábitos son perjudiciales debido a que generan fuerzas nocivas en la contracción muscular desencadenan múltiples alteraciones a niveles musculares, maxilofaciales, óseas y dentales, según la edad que se inicie el hábito dependiendo a la intensidad y frecuencia. Suele ser automáticas y se presentan durante la frustración, fatiga, estrés o aburrimiento como también en problemas psicológicos o emocionales. ^{23,24}

Los factores ampliamente que lo modifican

Duración: La duración va desde hábitos de la infancia, que continúan en la etapa escolar, y a veces hasta jóvenes.⁹ Frecuencia: En esta fase logran ser intermitente, debido a que interrumpe y prosigue cada cierto tiempo de manera reiterada y en otros casos continuos, no muestra interrupciones.⁹ Intensidad, Poco intensa: la actividad muscular es poca principalmente los buccinadores en el caso de succión del dedo. Intensa: presenta contracción de los músculos buccinador y de la periferia labial fácilmente apreciable.²⁵

Succión

Esta acción se activa cuando los labios del recién nacido entran en contacto con el objeto, facilitando así que la boca logre succionarlo con la ayuda de los músculos masetero, buccinador, extrínsecos e intrínseco de la lengua y finalmente del músculo orbicular de los labios. Existe dos tipos de succión: una succión prenatal y neonatal nutricional. La succión nutricional es aquella succión nutritiva denominada fisiológica porque permite al bebé alimentarse de su madre considerándose normal sólo cuando alcanza los tres años de vida y la succión no nutritiva, que se da cuando persiste el mal hábito manifestando piezas temporales en boca generando así cierta satisfacción al individuo.²⁶

Succión digital: La succión digital es la acción de introducir el dedo dentro de la cavidad oral generalmente implica al dedo pulgar, asimismo es el hábito más común en la infancia. Este hábito es considerado succión no nutritiva puesto que no tiene índole nutricional sino relacionado con problemas psicológicos como la inmadurez emocional. Algunos estudios mencionan que la existencia de la succión digital será consecuencia de periodos cortos de amamantamiento menor a 6 meses o por gratificación oral puesto que son reemplazados por chupetes o biberones, causando atresia maxilar afectando así el desarrollo y crecimiento del sistema estomatognático. Otros estudios también mencionan que la asociación entre los hábitos parafuncionales con el tiempo de lactancia si existe, debido que mientras mayor sea el tiempo de amamantamiento materno menor será la presencia de hábitos y por ende menor será la presencia de maloclusiones en ambas denticiones.²⁷

Alteraciones de la succión digital: Los cambios que se provocaría en la succión digital son, mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, aumento de Overjet, paladar profundo y estrecho, dientes anterosuperiores con presencia de diastemas y vestibularizados, dientes anteroinferiores lingualizados, relación canino Clase II, labio superior corto, labio inferior hipertónico, problemas en el habla como el ceceo. A nivel extraoral dedos cortos, presencia de callosidades, apariencia de plato con tendencia a una infección fúngica.²⁷

Tratamiento de la succión digital; El éxito de un trabajo multidisciplinario permite la detección temprana de hábitos dañinos. Por ello estudios sugieren que el tratamiento más apropiado debe ser a partir de los 4 años, ya que a esa edad el niño tiene mayor entendimiento y es más colaborador. El tratamiento como primera opción sería los psicológicos o persuasivos en la que el niño debe comprender la gravedad del problema que trae consigo este hábito, luego tratarlo proponiéndole que abrace un peluche o juguete para mantenerse ocupado y evitar así que el niño lleve el dedo a la boca, donde la duración de este tratamiento es de 3 a 6 meses. Otro de los tratamientos en casos que la primera opción no obtenga resultados sería los aparatos ortodónticos como: Placa Hawley con rejilla, el Quad Hélix con rejilla, estos mencionados pueden ser fijos o removibles y tienen la finalidad de dejar el hábito al primer mes, sin embargo, se recomienda que el tratamiento dure 3 a 6 meses.²⁷

Onicofagia

La onicofagia es aquella acción que realiza un individuo al morderse las uñas, por lo que viene hacer el acto de sustitución como la succión digital o chupón. Así mismo, está asociado a graves componentes de disturbios emocionales e influye negativamente en el aspecto estético dental, sumado a esto produciría una tensión en el eje longitudinal de los dientes. La eventualidad de tal hábito se manifiesta también en estados de estrés, ansiedad, con conductas de aburrimiento, inactividad hasta de hambre. Este hábito puede ser de forma temporal en la infancia y en algunos casos extenderse a la edad adulta. No obstante, ciertos autores consideraron a la onicofagia como la interferencia en el crecimiento normal de la cara y como factor predominante sea la intensidad y frecuencia. Por otro lado, como resultado de la predominancia del componente vertical del desarrollo de la cara con

la deglución atípica, sería la manifestación de la mordida abierta anterior, donde la intrusión de dientes se daría en la zona anterior superior.^{28,29}

Consecuencias de la onicofagia: Se caracteriza por presentar consecuencias a nivel estético como las siguientes: En dientes: muestran cambios en la posición y desgaste. Uñas: el mordisqueo continuo produce micro traumatismos en el lecho ungueal, uñas en forma de serrucho, heridas alrededor del borde libre de la uña, que no crezca y finalmente causan que el dedo duela y se inflame. ATM: trastornos y disfunciones.

Alteraciones de la Onicofagia Generalmente un paciente con Onicofagia tiende a morderse las uñas para luego ser consumido por el mismo individuo, puede causar inflamación a nivel de la faringe debido a los daños en mucosa y tejidos. A nivel dentario puede provocar maloclusiones dentarias, afectación al tejido periodontal, desgastes dentarios, desviaciones y disfunción temporomandibular.²⁸

Tratamiento de la Onicofagia La terapia para este hábito es conductual y cognitiva, es decir consiste en que el individuo tiene que ser consciente de eliminar el hábito y ser motivado. Según Benítez, menciona que, una conducta por hábito de la onicofagia se modifica mediante la participación del profesional porque le brinda sus gerencias útiles para la superación de la adicción.¹⁷ Para que un tratamiento sea favorable no es útil ridiculizar, castigar y ni amenazar, porque empeora el problema o en casos más graves puede ser reemplazado con trastornos psicológicos graves, causando sentimientos de culpa y conflictos sociales. Para los casos leves no se requiere un tratamiento de por sí, a diferencia de las situaciones más graves donde es importante eliminar los factores de emociones que generen el hábito. Se recomienda para estos problemas, actividades con las manos o actividades al aire libre. Y así mejorar la autoestima y autoconfianza del paciente.²⁹

Interposición Labial

Es el hábito que se presenta cuando el individuo desplaza la mandíbula hacia atrás consiguiendo que el labio inferior se apoye sobre los incisivos inferiores, causando que los incisivos superiores se sobreponen al labio inferior. La interposición labial, presenta un labio superior hipotónico y labio inferior hipertónico por lo que facilita una fuerza muscular entre ambas arcadas dentarias, afectando la zona anterior de

los incisivos superiores. Estas ocurren en pacientes que se encuentran normalmente en reposo o al momento de la deglución. El individuo que tiene hábito de succión, a veces lo realiza como sustitución de la succión digital.³⁰

Alteraciones de Interposición labial En la mayoría de casos la interposición labial involucra primero al labio inferior seguido del labio superior. Además, el resultado de la interposición repetida de ambos labios tanto superior como inferior será la protrusión superior, mordida abierta anterior, lingualización del incisivo anteroinferior con un incremento del resalte. A nivel extraoral se observan irritación de los labios inferiores, erosiones, sequedad y labios agrietados.²⁰

Tratamiento de la Interposición Labial Para el tratamiento está indicado el Lip bumper, que es un aparato ortodóntico funcional o también conocido escudo labial, este aparato encaja en los tubos de las bandas cementadas y se ubican a nivel inferior en los molares, ya que influye positivamente al maxilar inferior (hipertónico) que en el superior que es hipotónico y genera menos fuerza.³¹

Interposición Lingual

Es la protrusión de la lengua entre los incisivos al momento de la deglución. El cual ocurre cuando el individuo para deglutir necesita realizar un empuje negativo, elevando así a la lengua hacia delante con la finalidad que el alimento sea impulsado hacia el esófago. Para la evaluación de la interposición labial, hay una contracción de los músculos maseteros, elevadores mandibulares y de labios, dientes posteriores en oclusión, lengua protruida y anormal, hay engranaje cuspídeo exacto y seguro. Cuando se hace más grave esta presenta una deglución con diastemas y poca adaptación e inestabilidad.³¹

Alteraciones de la Interposición lingual La interposición lingual provoca alteraciones negativas en la mal oclusión como la forma difusa de una mordida abierta o rectangular, incisivos superiores protruidos, diastemas anterosuperiores, desgastes en el borde incisal, incompetencia labial, labio superior hipotónico y músculo del mentón hipertónico. Además, existen problemas en la fonación para la pronunciación de los fonemas 'd, t, s, h, y' y se percibe movimientos al momento de ingerir sólidos o líquidos.³¹

Tratamiento de la Interposición Lingual Para el tratamiento de la interposición lingual es necesario modificar los patrones funcionales. Otro de los tratamientos para educar a la lengua es a base de aparatos ortodónticos como la rejilla lingual fija, el cual colocado los alambres fijados en molares impide la interposición lingual. A nivel quirúrgico sería realizarle un reposicionamiento quirúrgico con un especialista en cirugía maxilofacial.³¹

Respiración Bucal

La respiración bucal viene a ser el ingreso de aire por la vía nasal con un cierre absoluto de la cavidad oral, para que se cumpla su función en forma óptima. La respiración bucal está causada por trastornos respiratorios de obstrucción funcional o por hábitos; si es originada por obstrucción funcional, en la zona de las fosas nasales presentará un obstáculo el cual impide el flujo del aire a través de ellas, ocasionando resistencia a la inhalación del aire. Mientras en un hábito, es el efecto de la obstrucción funcional, que, a pesar de haber sido eliminadas, respiran con la boca transformándose en un hábito. En que obstrucciones pueden estar presentes; por un tabique nasal desviado, cornetes hipertróficos, alergias frecuentes o infecciones que cause inflamación de la mucosa, hipertrofia de las amígdalas faríngeas e hipertrofia de amígdalas palatinas, asma y bronquios.³²

Alteraciones de la respiración bucal: Si este patrón es alterado se genera una modificación en el desarrollo y el crecimiento de las estructuras orofaciales en el hueso hioides, postura de cabeza y cuello. Además, que a nivel dentario presenta alteraciones de los maxilares superiores estrechos, paladar ojival, incompetencia labial, labio superior atónico y corto, labio inferior hipertónico y grueso, mordida abierta o mordida cruzada. Están asociadas a problemas gingivales y en los estudiantes causarían bajo rendimiento durante su aprendizaje.

Tratamiento de la respiración bucal El tratamiento debe ser por un otorrinolaringólogo para tratar la obstrucción nasal y a su vez ser atendido por un logopeda que rehabilite la musculatura y la correcta respiración. Finalizado el tratamiento se podría usar aparatos de disyunción o emplear.³

2.3 Definición de términos básicos

Factores de riesgo: Son aquellas causas de algo que aumenta la probabilidad de tener una patología o enfermedad.¹⁶

Mal posición dentaria: La malposición dentaria consiste en una posición incorrecta de la pieza dental o desviación de la correcta oclusión dental en el cierre, alterando los ejes de masticación, y no ejercen las fuerzas de forma repartida, dificulta la buena higiene oral, provocando complejos por una estética inadecuada.¹²

Factores de riesgo extrínsecos: Son los factores exógenos al paciente, es decir no dependen del paciente en sí, están relacionados al medio ambiente.¹⁶

Factores intrínsecos: Son los factores endógenos al paciente, es decir dependen del paciente en sí, son inherentes a las características propias de cada individuo.¹⁸

Hábitos parafuncionales: Un hábito es aquel comportamiento adquirido que realiza un individuo para repetir una cierta actividad con facilidad en boca que con el tiempo afecta al sistema estomatognático.²³

Onicofagia: Hábito de morderse las uñas y luego ser consumido por la persona, puede causar daño a nivel dentario, y provocar maloclusiones dentarias.²⁸

Succión digital: Es la acción de introducir el dedo dentro de la cavidad oral generalmente implica al dedo pulgar, es el hábito más común en la infancia. Esta relacionado con problemas psicológicos como la inmadurez emocional.²⁷

Clasificación de Lisher: Es una manera de clasificar el Malposición dental de forma individualizada, creada por el Dr. Lisher, primera clasificación hace uso de un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal.¹⁴

Mesioversión: Es la malposición dental de la pieza cuando está mesializado en relación a su posición normal.¹⁵

Distoversión: La pieza se encuentra distalizada en relación a su posición normal.¹⁵

Axiversión: Esta malposición dental hay alteración en la inclinación del eje longitudinal de la pieza dental.¹⁵

Transversión: Es cuando la pieza dental cambia su posición en el arco dentario con otro elemento dentario.¹⁵

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis principal

Por ser una investigación descriptiva no llevó hipótesis.

3.2 Variables, definición conceptual y operacional

V₁ Factores de riesgo: Son aquellas causas de algo que aumenta la probabilidad de tener una patología o enfermedad.

V₂ Mal posición dentaria: La malposición dentaria consiste en una posición incorrecta de la pieza dental o desviación de la correcta oclusión dental en el cierre. Es decir, esta alterado los ejes de masticación, y no ejercen las fuerzas de forma repartida, dificulta la buena higiene oral, provocando complejos por una estética inadecuada.

3.3. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
FACTORES DE RIESGO	Factores extrínsecos	Herencia Deformidades congénitas Postura Accidentes y traumatismos	Entrevista/ Examen clínico	Nominal	SI/NO
	Factores intrínsecos	Anomalías de número Anomalías de tamaño Anomalía de forma Frenillo labial patológico Anomalía de erupción Pérdida de punto de contacto dental			SI/NO
	Hábitos anómalos	Onicofagia Succión de labio Succión digital Respirador oral Presión atípica de lengua			SI/NO
MAL POSICIÓN DENTARIA	Clasificación de Lisher	Vestibuloversión Linguoversión Palatoversión Mesioversión Distoversión Infraversión Supraversión Giroversión Axiversión Transversión	Examen clínico	Nominal	Presenta No presenta

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El diseño investigativo según Hernandez Sampieri fue no experimental porque no se maniobrará ninguna variable de estudio.³³

Según el objetivo de la investigación fue descriptivo porque el investigador se limitará a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población.

En referencia con las mediciones de las variables estudiadas fue transversal, porque el instrumento será aplicado en un determinado momento.

En referencia con los periodos del examen fue prospectivo porque la recopilación de datos se recopilará a medida que están sucediendo.³⁴

Nuestra investigación tiene un Nivel II, o también conocido como un nivel descriptivo.

4.2 Diseño muestral

Población

Jóvenes que prestan servicio Militar en el ejército del Perú de la ciudad de Juliaca que es un total de 135.

Muestra

La fórmula para calcular el tamaño muestral cuando se conoce el tamaño de la población es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

En donde:

La muestra estuvo conformada por 100 Jóvenes.

Criterios de Selección

Jóvenes que presten servicio Militar en el ejército del Perú de la ciudad de Juliaca.

Jóvenes mayores de 18 años

Jóvenes de sexo masculino.

Jóvenes que tengan los dientes anterosuperiores.

Jóvenes que deseen participar de la investigación.

Criterios de exclusión

Jóvenes que no deseen participar en la investigación.

Jóvenes que tengan prótesis anteriores.

Jóvenes que tengan aparatología ortodóntica.

Jóvenes menores de 18 años.

4.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó para este estudio fue la observación clínica y la entrevista y se utilizó una ficha de recolección de datos, aprobada y usada en anteriores estudios donde demostraron su eficacia y fidelidad.

Esta ficha de recolección de datos tomó información de manera presencial a cada joven que cumplan los criterios de inclusión.

Procedimientos

Se gestionó a la dirección de la Escuela de Estomatología de la UAP una carta de presentación y autorización, para iniciar la recolección de datos.

Se presentó la carta al Teniente Coronel Ing. Oscar Antonio Vega Ravello que es el Comandante Batallón De Ingeniería De Combate Motorizado "Tte Crl La Rosa" N° 4 del Ejército del Perú y al Teniente Coronel Julio Javier Téllez Martell encargado área de odontología, para que no proporcione los datos de los jóvenes que prestan servicio en la tropa del Ejército en la ciudad de Juliaca.

Se presentó la carta a los jóvenes de la Tropa con el fin de buscar la colaboración de los sujetos de estudio para la recopilación de los datos y coordinar estas actividades, días, y horas que no intervengan en las labores cotidianas diarias, se le explicó de forma clara y sencilla que la participación en el estudio era voluntaria, además, se detallará sobre el procedimiento a seguir, objetivos, los beneficios de participación y que toda información sería de absoluta confidencialidad, a la vez firmaron el consentimiento informado (anexo 1)

Luego de la autorización de los jóvenes se procedió a la entrevista y al examen clínico de la cavidad bucal a fin de buscar las mal posiciones dentarias. Antes de realizar el examen clínico se izó un enjuague bucal con CPC y clorhexidina por un tiempo de 2 minutos.

El cuestionario se calificó de la siguiente manera:

Para evaluar los factores de riesgo se procedió a una entrevista y al examen clínico donde se registró los posibles factores de riesgo para la mal posición dental, en las dimensiones factores de riesgos extrínsecos, intrínsecos y hábitos para funcionales que presentan las unidades de estudio.

Para evaluar la malposición dental se usó la clasificación de Lischer, en todas las piezas anterosuperiores o inferiores.

Validación del instrumento

En cuanto a la validación del instrumento para la ejecución de este cuestionario tomó como referencia el estudio realizado por la estudiante Alexandra Heredia el cual ya fue sometido a un juicio de expertos de la misma universidad para su posterior uso en futuras investigaciones.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Ejecutado la recopilación de los datos fue transferidos para su almacenamiento y procesamiento a una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2020. Posteriormente el procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del

programa estadístico SPSS Software v.25.0. utilizando estadísticas descriptivas para ejecutar tablas y gráficos de distribución de frecuencia respectiva.

4.5 Aspectos éticos

Se cumplieron los lineamientos establecidos por el código de ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú donde todo profesional de la salud, debe respetar las Buenas Prácticas Clínicas.³⁵

A la vez se respeta la resolución que fue aprobada en el documento con N° 1748-2016-R-UAP de la Universidad Alas Peruanas, donde menciona el código de ética en el decálogo del investigador científico.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Análisis Descriptivo

Tabla N°1: Frecuencia los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022

	Herencia		Deformidades congénitas		Postura		Accidentes y traumatismo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No presenta	73	73	88	88	43	43	45	45
Presenta	27	27	12	12	57	57	55	55
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: matriz de datos

Interpretación y análisis: En la tabla N° 01, se observa la frecuencia los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército, con factores intrínsecos como la herencia no presentaron un 73%, presentan un 27%, en el factor deformidades congénitas no presentan un 88% y presentan un 12%, en el factor postura no presentan un 43% y presentan un 57% y en el factor accidentes y traumatismos no presentan un 45% y presentan un 55%.

Gráfico N°1: Frecuencia los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022

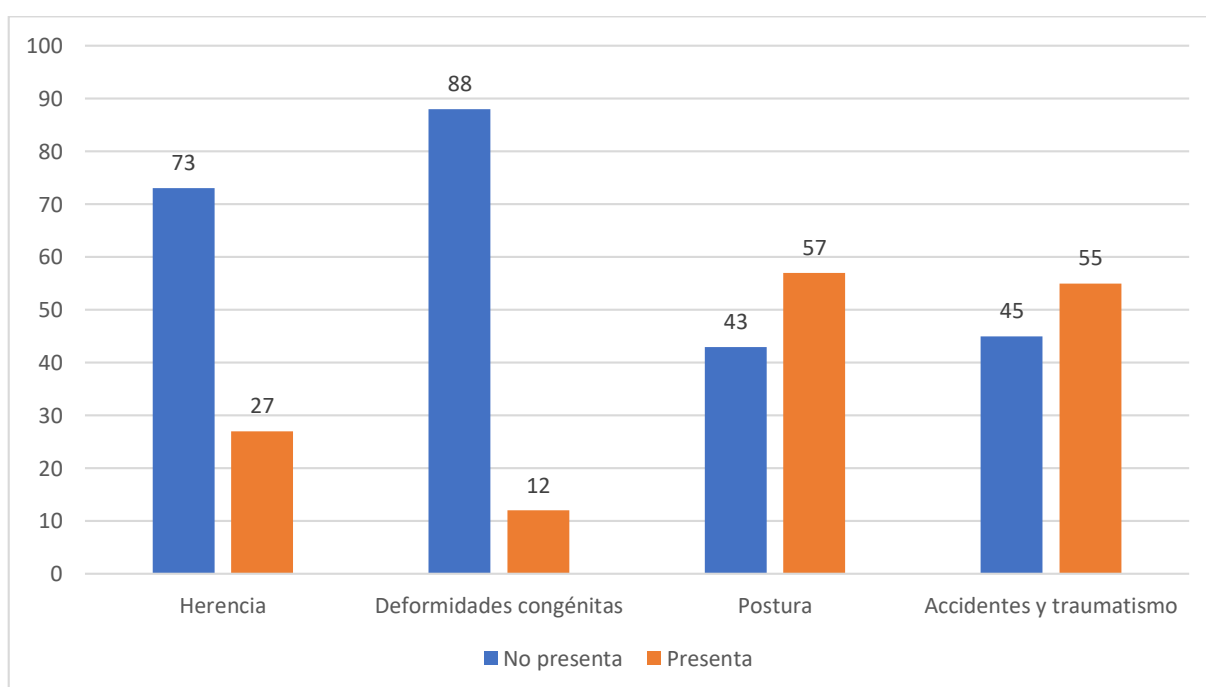


Tabla N°2: Frecuencia los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022

	Anomalías de número		Anomalías de tamaño		Anomalías de forma		Frenillo labial patológico		Anomalía de erupción:		Pérdida de punto de contacto dental	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No presenta	70	70	63	63	67	67	91	91	51	51	42	42
Presenta	30	30	37	37	33	33	9	9	49	49	58	58
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: matriz de datos

Interpretación y análisis: En la tabla N° 02, se observa la frecuencia los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército, en anomalías de numero presentaron el 30% y no presentaron el 70%; anomalías de tamaño presentaron el 37% y no presentaron el 63%; anomalías de forma presentaron el 33% y no el 77%; frenillos labial patológico presentó solo el 9%; anomalías de erupción presento el 49% y no presento el 51%; en tanto; la perdida de contacto dental presentó el 58% y no presentaron el 42%.

Gráfico N°2: Frecuencia los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022

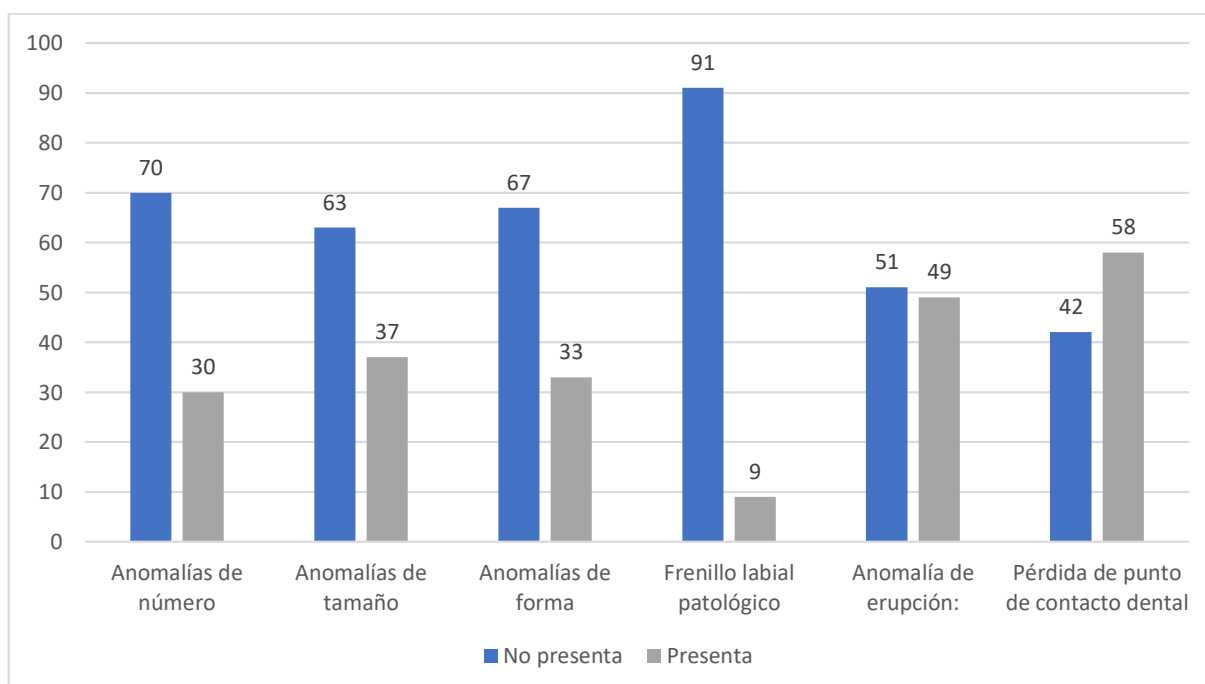


Tabla N°3: Frecuencia de los hábitos parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022

	Onicofagia		Succión de labio		Succión digital		Respirador oral		Presión atípica de lengua	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No presenta	53	53	53	53	53	53	93	93	78	78
Presenta	47	47	47	47	47	47	7	7	22	22
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: matriz de datos

Interpretación y análisis: En la tabla N° 03, se observa la frecuencia de los hábitos parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército, tenemos qué: en los hábitos de Onicofagia, succión de labio y succión digital presentaron el 47% en tanto no presentaron el 53 del total de jóvenes. En cuanto a los jóvenes que presentaron ser respiradores bucales solo el 7% del total lo presentaron y no presentaron el 93%. La presión atípica de la lengua presentó el 22% y no presentaron el 78% del total de la muestra estudiada.

Gráfico N°3: Frecuencia de los hábitos parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022

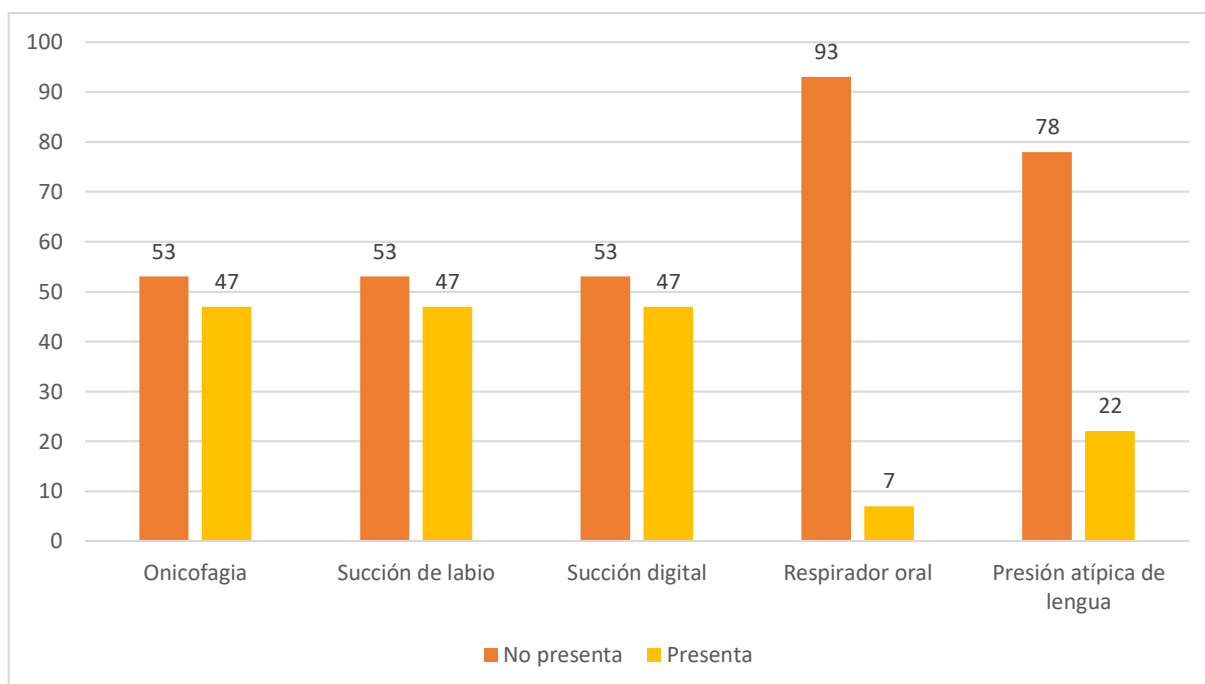


TABLA N°4

Factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad

	Herencia		Deformidades congénitas				Postura				Accidentes y traumatismo					
	No presenta	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta	Presenta		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18 años	32	43.8%	13	48.1%	39	44.3%	6	50%	23	53.5%	22	38.6%	24	53.3%	21	38.2%
19 años	32	43.8%	10	37%	39	44.3%	3	25%	14	32.6%	28	49.1%	16	35.6%	26	47.3%
20 años	8	11%	4	14.8%	9	10.2%	3	25%	5	11.6%	7	12.3%	4	8.9%	8	14.5%
21 años	1	1.4%	0	0%	1	1.1%	0	0%	1	2.3%	0	0%	1	2.2%	0	0%
Total	73	100%	27	100%	88	100%	12	100%	43	100%	57	100%	45	100%	55	100%

Fuente: matriz de datos

Interpretación y análisis: En la tabla N° 04, se observa la frecuencia de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad, se observó qué, presentaron factores de herencia 27 personas y de ellas el 48.1% tenían 18 años edad, el 37% 19 años. Presentaron deformidades congénitas 12 personas, de las cuales el 50% tenían 18 años y el 25% 19 y 20 años respectivamente. Presentaron una mala postura 57 jóvenes donde se observó que el 53.3% tenían 18 años, y el 49.1% tuvo 19 años. Una gran cantidad de personas manifestó tener traumatismos y/o accidentes 55 jóvenes, de ellos el 38.2% tenían 18 años y el 47.3% tenían 19 años.

GRÁFICO N°4

Factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad

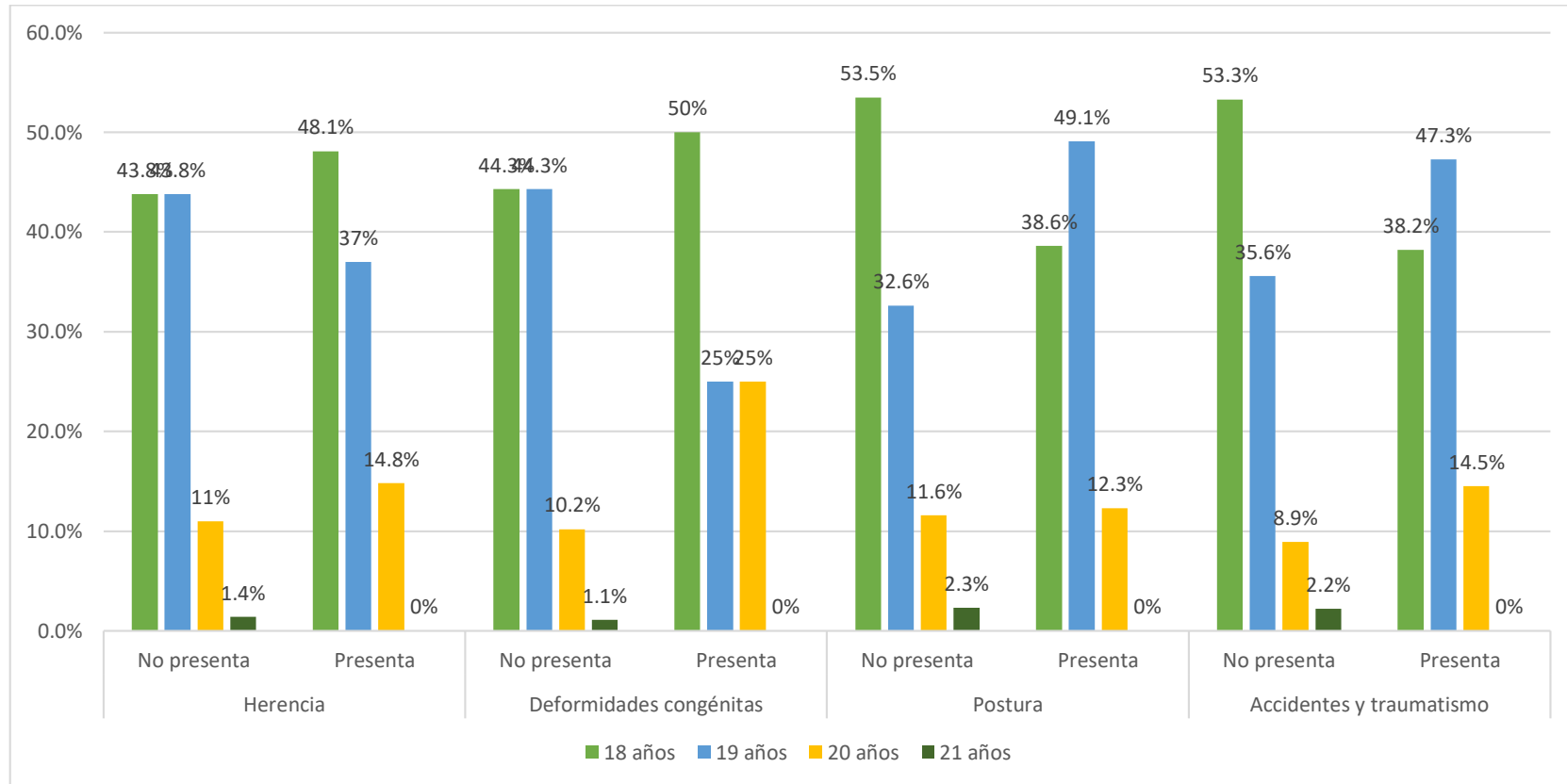


TABLA N°5

Factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad

	Anomalías de numero		Anomalías de tamaño		Anomalías de forma		Frenillo labial patológico		Anomalía de erupción		Pérdida de punto de contacto dental													
	No presenta		Presenta		No presenta		Presenta		No presenta		Presenta													
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%												
18 años	31	44.3%	14	46.7%	27	42.9%	18	48.6%	32	47.8%	13	39.4%	41	45.1%	4	44.4%	22	43.1%	23	46.9%	16	38.1%	29	50%
19 años	31	44.3%	11	36.7%	27	42.9%	15	40.5%	27	40.3%	15	45.5%	38	41.8%	4	44.4%	24	47.1%	18	36.7%	19	45.2%	23	39.7%
20 años	8	11.4%	4	13.3%	8	12.7%	4	10.8%	7	10.4%	5	15.2%	11	12.1%	1	11.1%	5	9.8%	7	14.3%	7	16.7%	5	8.6%
21 años	0	0%	1	3.3%	1	1.6%	0	0%	1	1.5%	0	0%	1	1.1%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	1.7%
Total	70	100%	30	100%	63	100%	37	100%	67	100%	33	100%	91	100%	9	100%	51	100%	49	100%	42	100%	58	100%

Fuente: matriz de datos

Interpretación y análisis: En la tabla N° 05, se observa la frecuencia de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad, se observó que, presentaron factores de anomalías de numero 30 personas y de ellas el 46.7% tenían 18 años edad, el 36.7% 19 años. Presentaron anomalías de tamaño 37 personas, de las cuales el 48.6% tenían 18 años y el 40.5% 19 años respectivamente. Presentaron anomalías de forma 33 jóvenes donde se observó que el 39.4% tenían 18 años, y el 45.5% tuvo 19 años. Solo 9 jóvenes presentaron frenillo labial patológico de ello el 44.5% tuvieron 18 y 19 años de edad. Presentaron anomalías de erupción 49 jóvenes donde se observó que el 46.9% tenían 18 años, y el 36.7% tuvo 19 años Una gran cantidad de personas manifestó perdida de punto de contacto dental, que fue en 58 jóvenes, de ellos el 50% tenían 18 años y el 39.7% tenían 19 años.

GRÁFICO N°5

Factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad

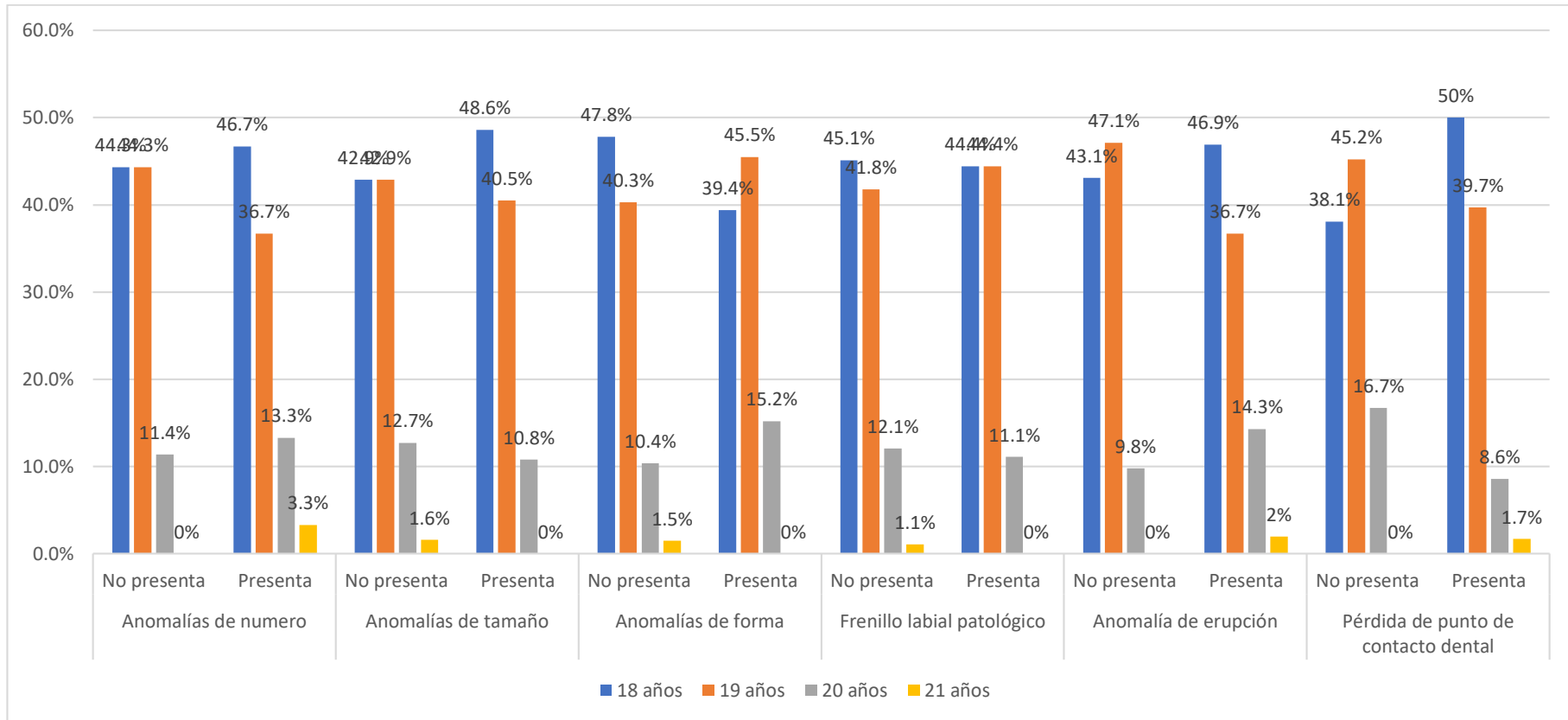


TABLA N°6

Factores de riesgo parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad

	Onicofagia		Succión de labio		Succión digital		Respirador oral		Presión atípica de lengua											
	No presenta		Presenta		No presenta		Presenta		No presenta		Presenta		No presenta		Presenta					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
18 años	18	34%	27	57.4%	26	49.1%	19	40.4%	23	43.4%	22	46.8%	42	45.2%	3	42.9%	36	46.2%	9	40.9%
19 años	29	54.7%	13	27.7%	19	35.8%	23	48.9%	23	43.4%	19	40.4%	39	41.9%	3	42.9%	32	41%	10	45.5%
20 años	5	9.4%	7	14.9%	8	15.1%	4	8.5%	7	13.2%	5	10.6%	11	11.8%	1	14.3%	10	12.8%	2	9.1%
21 años	1	1.9%	0	0%	0	0%	1	2.1%	0	0%	1	2.1%	1	1.1%	0	0%	0	0%	1	4.5%
Total	53	100%	47	100%	53	100%	47	100%	53	100%	47	100%	93	100%	7	100%	78	100%	22	100%

Fuente: matriz de datos

Interpretación y análisis: En la tabla N° 06, se observa la frecuencia de riesgo hábitos parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad, se observó que, presentaron onicofagia 47 personas y de ellas el 57.4% tenían 18 años edad, el 27.7% 19 años. Presentaron succión de labio 47 personas, de las cuales el 40.4% tenían 18 años y el 40.5% 19 años respectivamente. Presentaron succión digital 47 jóvenes donde se observó que el 46.8% tenían 18 años, y el 40.4% tuvo 19 años. Solo 7 jóvenes mostraron ser respiradores orales de ello el 42.9% tuvieron 18 y 19 años de edad. Presentaron presión atípica de la lengua 22 jóvenes donde se observó que el 40.9% tenían 18 años, y el 45.5% tuvo 19 años.

GRÁFICO N°6

Factores de riesgo parafuncionales de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca, según edad

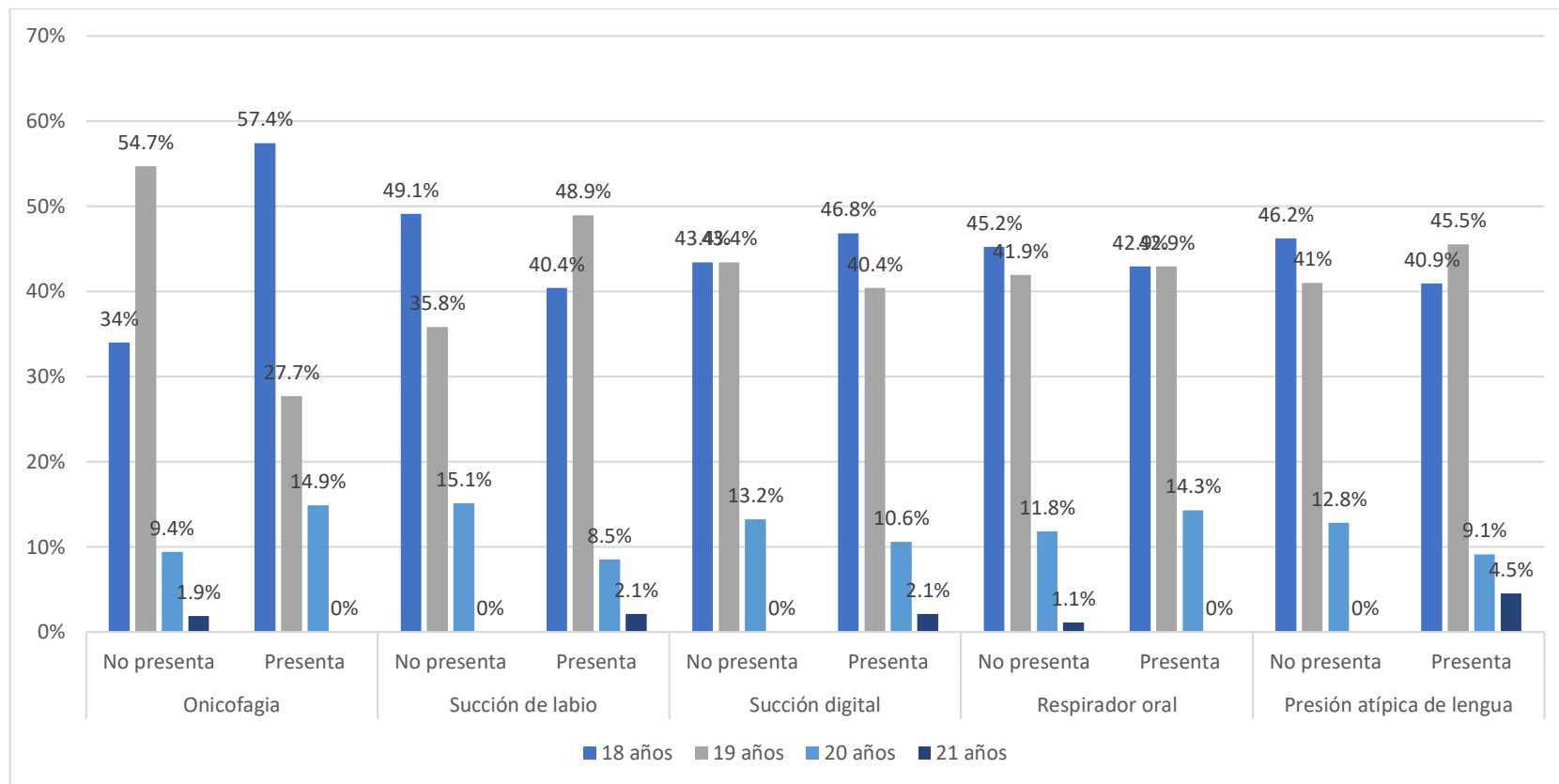


TABLA N°7

Frecuencia de mal posición dentaria según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022

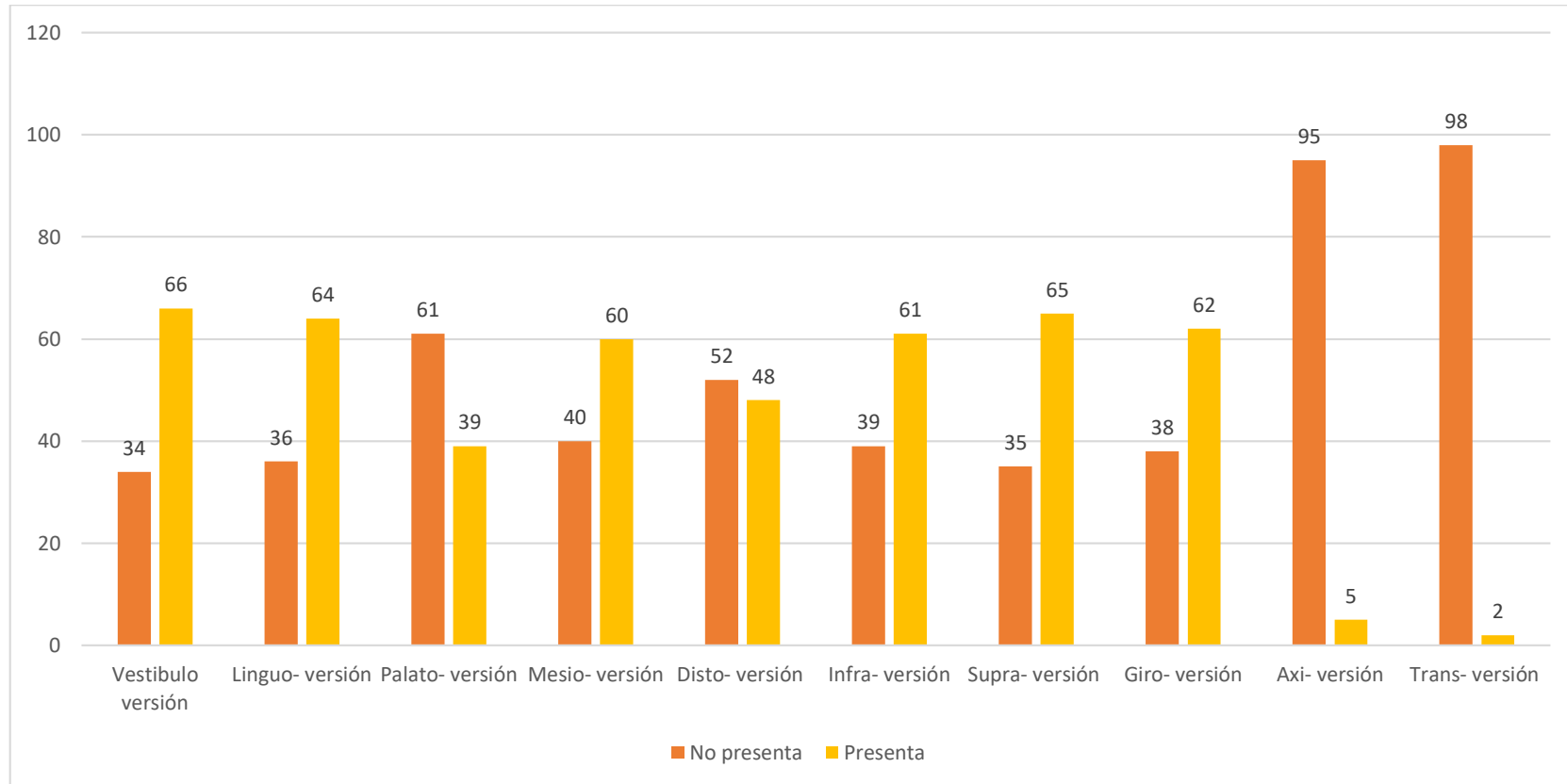
	Vestibulo versión		Linguo- versión		Palato- versión		Mesio- versión		Disto- versión		Infra- versión		Supra- versión		Giro- versión		Axi- versión		Trans- versión	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No presenta	34	34	36	36	61	61	40	40	52	52	39	39	35	35	38	38	95	95	98	98
Presenta	66	66	64	64	39	39	60	60	48	48	61	61	65	65	62	62	5	5	2	2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: matriz de datos

Interpretación y análisis: En la tabla N° 07, se aprecia la frecuencia de mal posición dentaria según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejército, presentaron vestibulversión el 66%; linguoversión el 64%; palatoversión el 39%. mesoversión el 60%; distoversión el 48%; infraversión el 61%; suproversión el 65%; giroversión el 62%; axiversión y transversión solo el 2 %.

GRÁFICO N°7

Frecuencia de mal posición dentaria según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022



5.4 Discusión

La presente investigación tuvo como propósito determinar la frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca 2022.

De acuerdo con el hallazgo en el presente estudio se pudo observar una alta frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército, este hallazgo concuerda con lo encontrado por **Baldeon L. (2017)** que encontró una alta prevalencia de mal posiciones dentarias en estudiantes.⁵

Se puede apreciar en nuestros resultados de que los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria más frecuentes fueron postura con el 57%, accidentes y traumatismos con el 55%, en tanto la herencia solo el 27%, estos resultados se asemejan a lo encontrado por **Viteri J. (2017)** que encontró una alta frecuencia de la mal posición dentaria por factores como, herencia, trauma y hábitos bucales.¹

Además, se encontró que los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes fueron con mayor frecuencia pérdida del punto de contacto dental con 58% seguida por las anomalías de erupción con el 49%, estos hallazgos son parecidos a **Padilla M. (2018)** que en su estudio concluyó que la prevalencia de factores intrínsecos de mal posición en la población es alta.²

En tanto en nuestra investigación encontramos que los hábitos anómalos dentaria en jóvenes con la mal posición dentaria de la tropa del Ejército de Juliaca fueron con mayor frecuencia la onicofagia, succión de labio y succión digital con el 47%. Estos hallazgos discrepan ligeramente con **López E. (2018)** que concluye que el hábito más predominante la succión labial.³ Esto se puede deber a que el realizo el estudio en niños de 6 a 12 años, en tanto nuestro estudio fue dirigido a jóvenes.

El presente estudio estuvo dirigido a en jóvenes que prestan servicio voluntario a la tropa del Ejército de la ciudad de Juliaca, todos fueron de sexo masculino y solo encontramos en edades de 18 a 21 años de edad; en ellos encontramos que los factores de riesgo de la mal posición dentaria con mayor frecuencia fueron en las edades de 18 y 19 años, dichos resultados coinciden con **Baldeon L. (2017)** que encontró una alta frecuencia de mal posiciones en edad de 17-20 años.⁵

Finalmente encontramos que la mal posición dentaria más frecuente según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejército fueron vestibulversión el 66%, supravversión el 65%, linguoversión el 64%, giroversión el 62% estos resultados concuerdan con **Heredia A. (2017)** que encontró el tipo de mal posición más frecuente la giroversión. con el 66% seguida por la vestibuloversión y linguoversión.⁴

CONCLUSIONES

La frecuencia de los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca es alta.

Los factores de riesgo extrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca más frecuentes fueron postura, accidentes y traumatismos.

Los factores de riesgo intrínsecos de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca fueron con mayor frecuencia anomalías de erupción y pérdida del punto de contacto dental.

Los hábitos anómalos dentaria en jóvenes con la mal posición dentaria de la tropa del Ejército de Juliaca fueron con mayor frecuencia la onicofagia, succión de labio y succión digital.

Los factores de riesgo de la mal posición dentaria en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca con mayor frecuencia fueron en las edades de 18 y 19 años.

La mal posición dentaria más frecuente según la clasificación de Lisher en jóvenes de la tropa del Ejército de Juliaca fueron vestibulversión, linguoversión, mesoversión, infraversión, suproversión y giroversión.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar en próximas investigaciones un estudio con la variable mal posición dental ya que se encontró una alta frecuencia.

Se recomienda realizar similares investigaciones a futuro y con mayor número de muestra, en diferentes grupos etarios, como son los niños, adolescentes, adultos, ya que culminaron su crecimiento craneofacial.

Se recomienda al ejército del Perú, que promueva un examen con el departamento de psicología, debido a que las mal posiciones dentarias pueden bajar la autoestima.

Se recomienda a los estudiantes de la especialidad de ortodoncia, hacer estudios en estos jóvenes y tratamientos a fin de corregir su mal posición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viteri J. Nivel de autoestima en pacientes entre 12 a 18 años de edad con mal posición dentaria en el sector anterior que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas [Tesis previa a la obtención del título profesional de Cirujano Dentista]. Quito. Universidad de las Américas Facultad de Odontología; 2017.
2. Padilla M. Factores intrínsecos de mal oclusión dental en pacientes con dentición permanente México; 2018
3. López E. Prevalencia de hábitos deletéreos y maloclusiones en dentición mixta en niños de la ciudad de Quito, Ecuador. KIRU. 2018 [citado 2021 Sep 03]; 15(3): 120 - 126.
4. Heredia A. Relación entre la gingivitis y mal posición dentaria en alumnos de 18 a 25 años de edad del instituto superior de educación público Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2017. [Tesis previa a la obtención del título profesional de Cirujano Dentista]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Odontología; 2017.
5. Baldeon L. Prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las escuelas profesionales de enfermería, obstetricia y odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco 2017 [Tesis previa a la obtención del título profesional de Cirujano Dentista]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Odontología; 2018.
6. Ugalde Morales FJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM. 2007; LXIV (3):97-109.
7. Rodríguez A. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Revit Cub de Estoma. 2019;56(2): e1395.
8. Barrios G. Odontología su Fundamento Biológico. 4ta Edición. Edit. Iatros. Bogotá. 2008.
9. Canut, J. A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica, 2ª Edición, Editorial Masson, España 2010.
10. Di Santi de Modano J, Vázquez, V. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revis Latino de Ortod y Odontoped. 2003.

11. Quirós O. Introducción a la Ortodoncia. Acta Odontol Venez. 2004; 42(3): 230-231.
12. Major A. Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental. 8va Edición. Lima: Elsevier, 2008
13. Alarico Cohaila L, Cruz López G. Resolución de apiñamientos severos con alambres ligeros. Rev Med Bas. 2014; 8(1): 57 – 59.
14. EDUARDO A, Jessica Vanessa Milagros: Relación de la Mal posición Dentaria Individual con el contorno y la posición gingival en pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM Arequipa. 2013.
15. VELLINI, Flávio. Ortodoncia diagnóstica y planificación clínica. Segunda edición. 2004
16. Lao, W., Araya, H., Mena, D. Prevalencia de apiñamiento dental en la población costarricense que consulta los servicios de odontología de la CCSS, 2017. Odontología Vital 30:39-44.
17. Santiesteban-Ponciano F, Gutiérrez-Rojo MF, Gutiérrez-Rojo J. Severidad de apiñamiento relacionado con la masa dentaria. Revi Mex de Ortod. 2016; 4(3).
18. VARELA, Margarita. Ortodoncia Interdisciplinar. Volumen 1. Editorial Océano. 2005. -
19. Tarazona Álvarez B, Jiménez Galiano F. Relación entre las alteraciones del índice de Bolton y las diferentes maloclusiones dentarias. Rev Esp Ortod. 2010; 40: 209-14.
20. Lopez Virguetti M. Determinación del índice de discrepancia dentaria en estudiantes de 4to y 5to año de la carrera de odontología. Rev Invest e info de Salu. 2015; 24(10).
21. Frecuencia de exodoncias en pacientes atendidos ortodónticamente en centro especializado en formación odontológica universidad católica santo Toribio de Mogrovejo. [Tesis]. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo; 2019.
22. Wolf H. Periodoncia. 3ra ed. Suiza: Masson, 2005. Pg: 8.
23. Reni K. Malos hábitos orales: Rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Revista Médica Clin Condes. [Internet] 2014 Abr [citado 2021 Sep 14]
24. Gacitúa, Mora D, Veloso D, Espinoza A. Prevalence of Dentomaxillar Anomalies Caused by Oral Habits in Children of 6 to 9 years Old. [Internet] 2018 Abr [citado 2021 Sep 14].

25. Contreras G. El lip bumper como tratamiento interceptivo del hábito de interposición labial. Universidad de Guayaquil [Internet] 2017 Abr [citado 2021 Sep 14];1(1).
26. Tongo M. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.; [Internet] 2017[citado 2021 Sep 14];1(1).
27. Medina A, Laboren M, Vilorio C, Quirós O. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet] 2011 [citado 2021 Sep 15]; 1(1):1–30
28. Lima M, Rodríguez A, García B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Revisión Cubana Estomatológica. [Internet] 2019 Jun [citado 2021 Sep 15]; 56(2): 13-95.
29. Trocones A. Asociación entre hábitos orales y la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7-12 años. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; [Internet] 2018 Jun [citado 2021 Sep 15]; 1(1).
30. Mendoza L. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. [Internet] 2014 Oct-Nov [citado 2021 Sep 15]; 2(4): 220-227.
31. Ugalde FJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Rev Asoc Dent Mex. [Internet] 2014Jun [citado 2021 Sep 17];97(5):1386–8.
32. Cruz B, Muñoz C. Tratamiento ortodóncico de mordidas profundas. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. [Internet] 2011 Jun [citado 2021 Sep 18];23(1):158–73.
33. Hernández Sampieri R. Fernández C. Baptista P. Metodología de la investigación, quinta edición. México. 2012.
34. Rosado L. Formulación del proyecto e informes investigativos. Universidad Católica de Santa María. 1ª ed. Perú: Editorial Santillana; 2010.
35. Miranda M, Villasís M. El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos.

ANEXOS

Anexos 1: Consentimiento Informado



Fecha: _____

En este presente documento se le informa los objetivos de estudio, de las características de la entrevista que se someterá las posibles incomodidades que este pudiera presentar y del uso académico que se le dará a los resultados obtenidos.

Yo, _____;
identificado con DNI N° _____ confirmo participación y firmo el presente documento después de haber entendido el procedimiento que se realizara y para los resultados que se pretenden. La presente investigación odontológica tiene como objetivo evaluar la **FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MAL POSICIÓN DENTARIA EN JÓVENES DE LA TROPA DEL EJERCITO JULIACA 2021**, para el cual se le realizara unas preguntas y examen clínico bucal.

Con dicha información usted decidirá participar en el estudio por propia voluntad y completamente confidencial. En caso de necesitar más información acerca de las preguntas realizadas, le número de celular personal 916136378

Fecha:

Firma del entrevistador

Firma del Participante/

Bachiller RUBÉN LÓPEZ PARICAHUA

¡Muchísimas gracias por su tiempo!

ANEXO N° 2: Ficha de recolección de datos



FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MAL POSICIÓN DENTARIA EN JÓVENES DE LA TROPA DEL EJERCITO JULIACA 2021

Edad: _____

Sexo: F() M()

El cuestionario es totalmente anónimo con preguntas claras y concisas. Se agradece su gentil colaboración.

A. FACTORES DE RIEGO:

Factores extrínsecos

Herencia

- Si () No ()

Deformidades congénitas

- Si () No ()

Postura

- Si () No ()

Accidentes y traumatismo

- Si () No ()

Factores intrínsecos

Anomalías de numero:

- Agenesia dental () Supernumerarios ()

Anomalías de tamaño:

- Microdoncia () Macrodoncia ()

Anomalia de forma

- Tubérculos suplementarios () Morfología coronaria ()
- Perla de esmalte () Fusión ()

Frenillo labial patológico:

- Si () No ()

Anomalia de erupción:

- Dientes incluidos () Retención (bloqueo) () Erupción tardía ()

Pérdida de punto de contacto dental:

- Fractura dental () Caries dental () Restauraciones mal adaptadas ()
- Historia de extracción prematura de temporales ()

Hábitos para funcionales

- **Onicofagia** Presenta () No presenta ()
- **Succión de labio** Presenta () No presenta ()
- **Succión digital** Presenta () No presenta ()
- **Respirador oral** Presenta () No presenta ()
- **Presión atípica de lengua** Presenta () No presenta ()

B. MALPOSICIÓN DENTARIA

Malposición dentaria según clasificación de Lischer

Tipo de Malposición	Piezas dentales											
	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	3.3	3.2	3.1	4.1	4.2	4.3
Vestibuloversión												
Linguoversión												
Palatoversión												
Mesioversión												
Distoversión												
Infraversión												
Supraversión												
Giroversión												
Axiversión												
Transversión												

FUENTE: Heredia A. Relación entre la gingivitis y mal posición dentaria en alumnos de 18 a 25 años de edad del instituto superior de educación público Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2017. [Tesis previa a la obtención del título profesional de Cirujano Dentista]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Odontología; 2017.

Anexos 3: Carta de presentación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD Escuela Profesional de Estomatología

Pueblo Libre, 31 de Enero del 2022

CARTA DE PRESENTACION

TTE. CRL. ING. CMDTE. JIMMY MARCELLINI JACHA.

DIRECTOR DEL CUARTEL DE INGENIERÍA BING 4, JULIACA-PUNO.

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado Rubén López Paricahua con DNI: 47295219 y código de estudiante 2015230117 Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MAL POSICIÓN DENTARIA EN JÓVENES DE LA TROPA DEL EJERCITO JULIACA 2021.

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso. Le anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

 UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

.....
DR. PEDRO MARTIN JESUS APARCANA QUIJANDRIA
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

Anexo 4: Constancia del desarrollo de la investigación

CONSTANCIA

EL CMDTE DEL BING C/M "TTE CRL LA ROSA" N°4, HACE CONSTAR QUE:

EL SEÑOR BACHILLER DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

SR:

LOPEZ PARICAHUA RUBEN

IDENTIFICADO CON DNI N° 47296219 Y CODIGO: 2015230117 A RECABADO LA INFORMACION NECESARIA PARA EL DESARROLLO DE SU PROYECTO DE TESIS INTITULADO "FRECUNCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MAL POSICION DENTARIA EN JOVENES DE LA TROPA DEL EJERCITO JULIACA 2021" DURANTE EL PERIODO DEL 16 DE FEBRERO, DESARROLLANDO EN FORMA SATISFACTORIA EN LA FECHA PROGRAMADA, DEMOSTRANDO BASTANTE INICIATIVA Y PROACTIVIDAD.

SE EXPIDE LA PRESENTE CONSTANCIA A SOLICITUD DEL INTERESADO, PARA FINES QUE CREA CONVENIENTE.

Juliaca, 08 de Marzo del 2022

JIMMY MARCELLINI JACHA
0-2243336789 -04
TTE CRL ING
CMDTE BING C/M N°4

Anexo 6: fotografías



Foto # 1: Jóvenes de la tropa del ejército en formación
Fuente: Bachiller Rubén López Parichahua



Foto # 2: Jóven de la tropa firmando el consentimiento informado
Fuente: Bachiller Rubén López Parichahua



Foto # 3: Aplicando la Ficha de recolección de datos
Fuente: Bachiller Rubén López Paricahua



Foto # : fotografía intraoral
Fuente: Bachiller Rubén López ParicahuA