



**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES Y SU
RELACION CON LOS HABITOS PARAFUNCIONALES EN DENTICION
PRIMARIA Y MIXTA DENTRO DE LAS CLINICAS DE ORTODONCIA
Y ORTOPEdia DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN
EL PERIODO 2018-3**

Autores:

Abreu Matos Diana Patricia CI: V- 26.557.886
Montes de Oca María Salomé CI: V- 25.714.308

Urb. Yuma II, calle N^a 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGIA



**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES Y SU
RELACION CON LOS HABITOS PARAFUNCIONALES EN DENTICION
PRIMARIA Y MIXTA DENTRO DE LAS CLINICAS DE ORTODONCIA
Y ORTOPEdia DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN
EL PERIODO 2018-3**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de
ODONTÓLOGO

Autora: Abreu Matos Diana Patricia CI: V- 26.557.886
Autora: Montes de Oca María Salomé CI: V- 25.714.308

Tutor de contenido: Akel, Gabriel
Tutor metodológico: Gladys Orozco

San Diego, Octubre de 2019



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES Y SU
RELACION CON LOS HABITOS PARAFUNCIONALES EN DENTICION
PRIMARIA Y MIXTA DENTRO DE LAS CLINICAS DE ORTODONCIA
Y ORTOPEdia DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN
EL PERIODO 2018-3**

ESTUDIANTE

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

V- 26.557.886

Br. Abreu Matos Diana Patricia

V- 25.714.308

Br. Montes de Oca María Salomé

Tutor Propuesto: Akel, Gabriel

Firma:

Cédula de Identidad N° _____.

Tutor metodológico: Gladys Orozco

Firma:

Cedula de Identidad N ° _____

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CS de la Salud
ESCUELA DE Odontología
CARRERA Odontología

San Diego, 27 Mayo 2019

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado:

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS MALOCCLUSIONES
Y SU RELACION CON LOS HABITOS PARAFUNCIONALES EN DENTICION PRIMARIA

ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Gabriel Akel
Nombre Tutor Académico



Firma

2905-19
Fecha




ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES Y SU RELACION CON LOS HABITOS PARAFUNCIONALES EN DENTICION PRIMARIA Y MIXTA DENTRO DE LAS CLINICAS DE ORTODONCIA Y ORTOPIEDIA DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN EL PERIODO 2018-3^o", realizado por Abreu Matos Diana Patricia C.I N° V- 26.557.886 y Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.



Jurado
Nombre: Gladys Orozco
C.I.: 4.128.558



Jurado
Nombre: Nora De Fraino
C.I.: 3.990.402



Tutor Académico
Nombre: Gabriel Akel
C.I.: 15.800.987




REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA




Escuela de Odontología
UJAP

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **"ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES Y SU RELACION CON LOS HABITOS PARAFUNCIONALES EN DENTICION PRIMARIA Y MIXTA DENTRO DE LAS CLINICAS DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN EL PERIODO 2018-3"**, realizado por Montes de Oca Onofretti María Salomé V- 25.714.308, cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación



Jurado
Nombre: Gladys Orozco
C.I.: 4.128.558



Jurado
Nombre: Nora De Fraino
C.I.: 3.990.402



Tutor Académico
Nombre: Gabriel Akel
C.I.: 15.800.987



DEDICATORIA

Mi tesis se la dedico a mi Dios Padre Todopoderoso, por guiarme y darme fuerzas durante los momentos de angustia, durante toda mi carrera y por permitirme lograr mis sueños.

A mi amada mamá Irma Matos Niño por su apoyo incondicional, su amor, su dedicación, su sacrificio, su esfuerzo, sus enseñanzas y por creer en mí siempre.

A mi papá Robert Abreu por su comprensión y amor.

A mi casa de estudio la Universidad José Antonio Páez por abrirme sus puertas y formarme como profesional.

Abreu Matos Diana Patricia

DEDICATORIA

Dedicatoria.

Esta tesis se la dedico a Dios quien me ha guiado por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en las adversidades que se presentaban, enseñándome a encarar cada una sin perder la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia que por ellos soy quien soy. Para mis padres por s apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momento difíciles, por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter mi desempeño, mi perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

Montes De Oca María Salomé

AGRADECIMIENTO

Gracias mi Dios Padre por haberme permitido llegar hasta este punto, por acompañarme, por permitirme cumplir mi meta y formarme como profesional, por darme luz en momentos de oscuridad, gracias por mi vida, mi salud, por la vida y salud de mi madre, mis familiares, mis estudios y mis logros.

Gracias Jesucristo de la Divina Misericordia.

Gracias santísima Virgen María.

Gracias mi hermosa mamá Irma Matos Niño, no existen las palabras para decirte cuanto te amo, cuanto te agradezco, por siempre estar para mí, por ser la maravillosa persona que eres, esto es por y para ti, gracias por cada consejo, cada lágrima que secaste, por todos los esfuerzos que hiciste para que yo estuviera estudiando aquí, por haberme educado de la manera en que lo hiciste, por siempre creer en mí, eres una gran bendición de Dios, infinitas gracias mamita

Gracias a mi Padre Robert Abreu Espósito por creer en mí por su apoyo, su amor, su cariño y por cada consejo.

Gracias a mi profesora Gladys Orozco por sus enseñanzas, su cariño, su paciencia y su dedicación

Gracias a mi tutor de contenido Gabriel Akel por sus enseñanzas su cariño y sus conocimientos.

Gracias a mis profesores durante la carrera por sus enseñanzas, su cariño, conocimientos y su comprensión, Eglee Díaz, Alba Lopez, Blasmir Gimenez, Rodrigo Pino, Francella Perez, Orlando Moreno, Martín Correa, Juan Gamboa, Ivette Alsina.

Gracias a la Sra Raisa por su apoyo durante mi carrera, su cariño, sus detalles y su incondicionalidad.

Gracias a mis amigas Angélica, Vesna, Elyanna, Génesis, Arianna, Estephania, Frayini, por su hermosa amistad incondicional.

Abreu Matos Diana Patricia

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios y a la vida por darme la oportunidad de estar en este mundo. En especial a mis padres, quienes siempre me han brindado s apoyo y cariño incondicional cando más lo necesite. A mis hermanos, Orlando, Carlos Felipe, Johanna y María Larissa. A mi amiga y compañera de tesis Diana Patricia, y a todas aquellas personas que me animaron día a día para llegar a donde estoy. Agradezco a mis profesores, y a la Universidad José Antonio Páez por abirme las puertas

Montes de Oca María Salomé

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
PRELIMINARES		iii
RESUMEN INFORMATIVO		xiii
INFORMATIVE SUMMARY		xiv
INTRODUCCIÓN		1
CAPÍTULO		
I EL PROBLEMA		
Planteamiento del Problema		2
Formulación del Problema.....		9
Objetivos de la Investigación		10
Justificación de la Investigación.....		10
Alcance y Delimitación de la Investigación		11
II MARCO TEÓRICO		
Antecedentes de la Investigación		13
Bases Teóricas		17
Definición de Términos.....		33
III MARCO METODOLÓGICO		
Tipo y Diseño de la Investigación		35
Población y Muestra		36
Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos		37
Procesamiento y Análisis de Datos		38
IV ANÁLISIS DE RESULTADOS		
Análisis y Presentación de Resultados		39
Discusión		45
V CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES		
Conclusiones		48
Recomendaciones		49
REFERENCIAS		50
ANEXOS		54
A. Cuadro de operacionalización.....		55
B. Instrumento de investigación		57
C. Matriz de resultados.....		59

LSTA DE FIGURAS

CONTENIDO

FIGURAS	pp.
1. Maloclusión Clase I	21
2. Maloclusión Clase II.....	22
3. Maloclusión Clase III.....	23

LSTA DE TABLAS

CONTENIDO

TABLAS	pp.
1. Distribución según edad y sexo	39
2. Distribución según tipo de maloclusiones	41
3. Distribución de los hábitos parafuncionales	42
4. Distribución de la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales	43
5. Distribución de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales	44

LSTA DE GRAFICOS

CONTENIDO

GRAFICOS	pp.
1. Distribución según edad y sexo de las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.....	40
2. Distribución según el tipo de maloclusiones de las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.	41
3. Distribución de los hábitos parafuncionales existente en las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3	43
4. Distribución de la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales en las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3	44
5. Distribución de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales existente en las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3	45



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES Y SU
RELACION CON LOS HABITOS PARAFUNCIONALES EN DENTICION
PRIMARIA Y MIXTA DENTRO DE LAS CLINICAS DE ORTODONCIA
Y ORTOPIEDIA DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN
EL PERIODO 2018-3**

Autoras: Abreu, Diana
Montes De Oca, María
Tutor: Akel, Gabriel
Fecha: Octubre, 2019

RESUMEN INFORMATIVO

La investigación tuvo el objeto de estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3. Metodológicamente, el estudio fue de tipo campo con diseño no experimental transversal, la población estuvo conformada por las historias clínicas de pacientes que presentan maloclusiones asociadas con hábitos parafuncionales en las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez correspondientes al periodo 2018-3, se consideró un muestreo no probabilístico, seleccionando una muestra correspondiente al 30% de la población en estudio bajo criterios de inclusión. Se aplicó la observación directa para la recolección de datos a través de una guía de observación, como técnica de análisis fue aplicado la estadística descriptiva resultando la relación entre los hábitos de deglución atípica y onicofagia encontrándose una prevalencia mínima de pacientes en el rango de edad 7 a 9 años, siendo necesario interceptar los hábitos parafuncionales tempranamente para prevenir las maloclusiones en la etapa de crecimiento y desarrollo, con el fin de ofrecer prevención primaria y manejo temprano de futuras patologías.

Descriptor: Maloclusiones, Hábitos Parafuncionales, Dentición Primaria, Dentición Mixta.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DENTISTRY SCHOOL



**STUDY OF THE PREVALENCE OF MALOCCLUSIONS AND THEIR
RELATIONSHIP WITH PARAFUNCTIONAL HABITS IN DENTITION
PRIMARY AND MIXED WITHIN THE ORTHODONTICS CLINICS
AND ORTOPEdia OF THE UNIVERSITY JOSE ANTONIO
PAEZ IN THE PERIOD 2018-3**

Authors: Abreu, Diana
Montes de Oca, María
Tutor: Akel, Gabriel
Date: October, 2019

INFORMATIVE SUMMARY

The research was aimed at studying the prevalence of malocclusions and their relationship with parafunctional habits in primary and mixed dentition within the Orthodontics and Orthopedics Clinics of the José Antonio Páez University in the 2018-3 period. Methodologically, the study was field-type with non-experimental cross-sectional design, the population was made up of the clinical records of patients who present with malocclusions associated with parafunctional habits in the Orthodontics and Orthopedics Clinics of the José Antonio Páez University corresponding to the 2018-3 period, a non-probabilistic sampling was considered, selecting a sample corresponding to 30% of the study population under inclusion criteria. Direct observation was applied for data collection through an observation guide, as descriptive statistics were applied as an analysis technique, resulting in the relationship between atypical swallowing habits and onychophagy, finding a minimum prevalence of patients in the age range 7 at 9 years, it being necessary to intercept parafunctional habits early to prevent malocclusions in the growth and development stage, in order to offer primary prevention and early management of future pathologies.

Descriptors: Malocclusions, Parafunctional Habits, Primary Teething, Mixed Teething.

INTRODUCCIÓN

Un hábito es la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente. Actualmente existen numerosos estudios y revisiones realizados sobre hábitos bucales parafuncionales en niños, los cuales han sido enfocados en temas específicos tales como las consecuencias de los hábitos y su asociación con las maloclusiones, además de la influencia de diferentes factores de riesgos tales como el perfil social familiar, el uso frecuente de chupete y la lactancia materna, entre otros.

De tal forma, la presente investigación tiene el propósito de estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, en vista de que todos los hábitos parafuncionales traen como consecuencia las maloclusiones y estas son evitables cuando son tratadas en estadios primarios.

Por tal motivo, este proyecto pretende incentivar a los profesionales a tomar en cuenta más la prevención que el tratar, y a su vez, incentivar a los padres y/o representantes que tengan en cuenta los factores de riesgos que pueden desencadenar la presencia de hábitos y las repercusiones que estos tienen en la calidad de vida de sus hijos; tales como dificultades en el desarrollo del habla, la masticación, inconformidad estética, generan costos en consultas odontológicas y tratamientos, los cuales tienden a ser largos, caros y molestos para la personas que se someten a ellos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El sistema estomatognático es una unidad morfofuncional perfectamente definida. Está ubicada en la región cráneo-facial, en una zona limitada aproximadamente por un plano frontal que pasa por las apófisis mastoides y dos líneas horizontales que pasan, una por los rebordes supraorbitarios y otra a nivel del hueso hioides. Este sistema, que comprende las estructuras combinadas de la boca y los maxilares, mantiene con el resto del organismo una interrelación recíproca y constante tanto en estado de salud como de enfermedad. Es así como está constituido por un conjunto heterogéneo de tejidos y órganos que comprenden estructuras óseas, dientes, músculos, articulaciones, glándulas y componentes vasculares, linfáticos y nerviosos asociados. Entre estas diversas estructuras es posible distinguir, desde el punto de vista funcional, estructuras pasivas o estáticas, estructuras activas o dinámicas y estructuras anexas (1).

De esta manera, las estructuras pasivas o estáticas están representadas por dos huesos nasales, uno superior fijo llamado el maxilar superior y otro inferior móvil denominado mandíbula, los que se relacionan entre sí por las articulaciones temporo-mandibulares así como a través de sus respectivos arcos dentarios. A estos componentes óseo-articulares habría que agregar el hueso hioides y ciertos huesos craneales que corresponden en conjunto a estructuras sin motricidad propia (2).

De la misma forma, las estructuras activas o dinámicas corresponden a los músculos esqueléticos con su comando nervioso componente neuromuscular, que representan a los verdaderos motores del sistema. Al entrar en actividad contráctil, ponen en moviendo las estructuras pasivas potencialmente móviles: la mandíbula, a través de los músculos mandibulares o masticatorios y el hioides, a través de los músculos infra y suprahioides (conjunto muscular hioideo). Además, existen grupos musculares ubicados tanto por fuera de los arcos óseos dentarios (labios y mejillas) como por dentro (lengua), los cuales desempeñan un rol muy importante en las diferentes funciones que desarrolla el sistema estomatognático. También debe mencionarse los músculos del cuello, estos son músculos antigraavitacionales que ayudan a la adaptación postural del cráneo sobre la columna cervical durante las diferentes actividades funcionales del sistema (conjunto muscular cráneo-cervical) (3).

Asimismo, las estructuras anexas corresponden a las glándulas salivales, así como a los componentes vascular y linfáticos asociados. Como se puede apreciar, se trata de un sistema biológico caracterizado por una gran heterogeneidad de tejidos y órganos, que presentan diferente composición histológica y orígenes embrionarios, así como distintas funciones. Sin embargo, más importante que considerar el funcionamiento aislado de cada componente o estructura, es el enfoque integrativo de todo el sistema, que constituye una unidad morfofuncional bien organizada y sincronizada, acorde a su vez con los requerimientos fisiológicos del organismo total. Esta acción de integración está a cargo del sistema nervioso mediante sus complejas vías y mecanismos de control (4).

Funcionalmente entonces, se debe reconocer al sistema estomatognático como una unidad morfofuncional que es perfectamente definible e indivisible con respecto al resto del organismo y que como tal se la debe comprender, diagnosticar y tratar. El sistema estomatognático cumple una serie de funciones, entre las cuales se encuentran la masticación, deglución, respiración y fonoarticulación. Debido a que la masticación del alimento es una función primordial del organismo humano, se habló durante mucho tiempo de aparato o sistema masticador. Sin embargo, esta no es por cierto su única función, razón por la cual de desarrollo este concepto universal más amplio del sistema estomatognático, que abarca a un sistema biológico a cargo de las diferentes funciones ya enumeradas (3,4).

La mandíbula es capaz de realizar una serie de movimientos que son el producto de la actividad sinérgica de diferentes fascículos de los músculos mandibulares, regulados y coordinados por el sistema nervioso central (SNC). Estos movimientos, no obstante, se rigen por las articulaciones temporo-mandibulares con sus ligamentos, las aponeurosis musculares y los tendones, la tonicidad de los músculos insertados en la mandíbula y los contactos entre las piezas dentarias (oclusión) con sus respectivos ligamentos periodontales (1).

Es posible, entonces afirmar que los movimientos mandibulares funcionales, especialmente durante la masticación y deglución, están controlados y dirigidos por medio de cuatro componentes fisiológicos básicos constituidos por el componente neuromuscular, articulaciones temporo-mandibulares, oclusión y el periodonto. Consecuentemente, entre las diferentes estructuras anteriormente nombradas que

componen el sistema estomatognático, estos cuatro componentes fisiológicos son decisivos en la ejecución de los movimientos mandibulares funcionales (1).

Cuando todos estos componentes son compatibles unos con respecto a los otros y existe armonía morfofuncional entre ellos, el resultado es una función normal del sistema estomatognático. Existiendo armonía, las funciones se realizan con una máxima eficiencia y con el mínimo de gasto energético. En esta forma, la propia función normal preserva y crea las condiciones que favorecen la normal integridad morfológica de los diferentes componentes del sistema estomatognático y se estimula así el funcionamiento óptimo del sistema (5).

Es de hacer notar que todos los componentes fisiológicos básicos tienen igual relevancia dentro del sistema estomatognático. No obstante, la mayoría de los investigadores concuerdan en que el componente neuromuscular desempeña un papel predominante en la fisiología de este sistema, puesto que toda su dinámica depende, en último término de la energía nerviosa transmitida por la actividad neuromuscular. La dentición primaria tiene como una de sus principales funciones la de preparar el sistema estomatognático para mejores exigencias funcionales durante la dentición mixta y permanente. La primera dentición, también llamada provisional, caduca o de leche, está constituida por 20 dientes y debe comenzar a los 6-8 meses de edad, fundamentalmente con los incisivos centrales inferiores (1-3).

La fase de dentición mixta comienza con la erupción del primer diente permanente, a menudo el incisivo central mandibular, y por lo general se completa en el momento en el que se pierde la última pieza decidua. El período de dentición mixta se

caracteriza por cambios importantes en la dentición, resultantes de la pérdida de veinte dientes deciduos y la erupción de sus sucedáneos permanentes. El período de dentición mixta se caracteriza por estar dividido en dos fases: dentición mixta primera fase, que está comprendido entre los 5 y 8 años, luego un período de reposo o intertransicional que podría considerarse de 2 años, cuando no hay erupción de ningún diente, y dentición mixta segunda fase, de gran actividad eruptiva, comprendido entre los 10 y 12 años de edad, cuando erupcionan los caninos, premolares permanentes. Las dimensiones de arco cambian sistemáticamente durante el período de crecimiento y desarrollo siendo estos cambios menos intensos en la edad adulta (4, 5).

En este sentido durante esta etapa se presentará un escenario de cambios adaptativos hacia la fase mixta tardía. En esta dentición se produce el mayor crecimiento. Es un período de particular importancia en la causa de las anomalías de la oclusión, puesto que durante estos años deben realizarse una serie de complicados procesos que conduzcan al cambio de los dientes temporales por los permanentes y se establezca la oclusión normal definitiva. Cualquier alteración, cambio de posición o movimiento no considerado dentro de los límites normales se denomina maloclusión (5).

En otras palabras la maloclusión es la patología donde los controles anatómo-fisiológicos del sistema estomatognático se encuentran en desarmonía con los segmentos dentarios. El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y parafunción; sin embargo, este vocablo no solo designa al contacto de las arcadas de una interfase oclusal, sino también a todos los factores que

participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal. La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al colocar los arcos dentarios en contacto, tanto en relación céntrica como en protrusión o en movimientos laterales. No comprende solamente la interdigitación dentaria, sino también la relación de estos arcos con los tejidos blandos y duros que los rodean y la existente entre las dos bases apicales y el cráneo y a través de ellos con el resto del esqueleto humano (4).

Por lo que la oclusión "normal" se usa por lo general para expresar un patrón de referencia o situación óptima en las relaciones oclusales; y aunque no es lo que con más frecuencia se encuentra en los pacientes, se considera el patrón más adecuado para cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en armonía con el sistema estomatognático. Las maloclusiones son la causa más frecuente de la alteración o pérdida de la estética de una persona y constituye una de las razones por la cual los pacientes, fundamentalmente niños, adolescentes y jóvenes, acuden a las consulta de ortodoncia y estomatología (5).

Este defecto se presenta desde edades muy tempranas en cualquiera de sus modalidades y ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales consideradas problema de salud, así como el primero y segundo entre las afectaciones de la cavidad bucal infantil. Al respecto, su vigilancia y regulación, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación desde el nacimiento del niño, así como el control de los dientes y la oclusión en las denticiones temporal y mixta, favorecen la existencia de una población infantil y adulta joven con una oclusión

adecuada. Aunque no todas las maloclusiones pueden prevenirse o detenerse, sí es posible reducir su número y condición en la niñez. La oclusión puede ser alterada por distintas condiciones, tales como: tipo de alimentación, hábitos bucales deformantes, caries proximales, obturaciones defectuosas, extracciones dentarias prematuras, así como enfermedades que repercuten durante el proceso evolutivo de las denticiones mixta y permanente (6).

Desde una perspectiva preventiva, es importante conocer las causas específicas de maloclusión porque permitirá prevenirlas, aunque solo representen una pequeña parte del conjunto. Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y, al repetirse, llegan a convertirse en inconscientes. Estos pueden ser beneficiosos (cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los labios y la adecuada masticación) o perjudiciales (cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales). Entre estos casos se destacan la succión digital y del biberón, la interposición lingual en reposo y en deglución, así como la respiración bucal (6).

Considerando la importancia de los trastornos de la oclusión desde el punto de vista de la salud del aparato estomatognático porque participa en las funciones principales de este sistema, es necesario definir con claridad los aspectos que conduzcan al logro de una oclusión dentaria funcional y estable. Aunado a esto las maloclusiones son factores de riesgo de otras afecciones orales tales como la gingivitis, la periodontitis, la caries y la disfunción en la articulación temporomandibular, aparte de producir

alteraciones estéticas y funcionales, cosa que implica la necesidad de aplicar medidas preventivas adecuadas a cada momento. Otro factor de maloclusión es la alteración de la función oral. Ésta incluye la articulación, la deglución y la masticación que pueden ser afectadas por los hábitos orales y las alteraciones funcionales. Según Graber et al., la morfología y la función oral son inseparables como las ruedas de un vehículo. Las alteraciones funcionales y los hábitos orales pueden llegar a modificar la posición de los dientes (5,6).

Finalmente, considerando que todos los hábitos parafuncionales traen como consecuencia las maloclusiones con el presente trabajo se pretende ofrecer un estudio de la prevalencia de las mismas y a su vez crear prevención, ya que estas maloclusiones son evitables cuando son tratadas en estadios primarios. Partiendo de lo anterior y en función de dar una respuesta a la problemática, se ha considerado desarrollar una investigación en el marco de la Universidad José Antonio Páez del municipio San Diego, estado Carabobo, tomando para su estudio los casos que acuden a la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia de la institución.

Formulación del Problema

Por tal motivo, de acuerdo a lo anteriormente planteado para el desarrollo del presente estudio se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál será la prevalencia de maloclusiones en dentición primaria y mixta?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

Objetivos Específicos

- Seleccionar los pacientes según criterios de inclusión que presentan maloclusiones asociadas con hábitos parafuncionales dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.
- Clasificar el tipo de maloclusiones que presentan los pacientes en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.
- Evaluar la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

Justificación de la Investigación

La presente investigación tiene como propósito estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, dado a que estas pueden traer consecuencias con el paso el tiempo. Así mismo, existen eventos que afectan la salud, estabilidad y funcionamiento de la cavidad oral y uno de ellos es la maloclusión dental, alteración

que se desarrolla cuando las arcadas dentarias no cumplen con las relaciones y leyes establecidas de relación correcta y normal de los dientes inferiores con los superiores; tanto en sentido transversal como anteroposterior y vertical.

En otras palabras; es la alteración en la relación que guardan los dientes entre sí en estado de reposo. Por su alta prevalencia en la población es considerada la tercera causa de morbilidad bucal, por lo que se le clasifica como problema de salud pública bucal; no obstante, su importancia se establece no solo por el número de personas que la presentan; sino, además, por los efectos nocivos que puede generar su presencia en la cavidad oral, ya que afecta las funciones de la masticación, la deglución y el habla, y su impacto en la estética devalúa la autoestima de los sujetos y su calidad de vida.

En otro sentido, desde el punto de vista metodológico el presente estudio tendrá un gran aporte a otras investigaciones relacionada con la variable en estudio; de la misma forma aportara a la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez información relevante sobre la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta en pacientes que acudieron a la misma en el periodo 2018-3.

Alcance y delimitación de la investigación

Por último, el estudio tendrá el alcance de estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta; estando delimitada en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez ubicada en el municipio San Diego, Valencia. La población estará comprendida por las historias clínicas existente del periodo 2018-3. De esta forma, la

investigación se encuentra dentro de la línea de investigación de Odontología correctiva específicamente en Maloclusiones del área de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo, se presenta el marco teórico de la investigación, donde se toman en cuenta estudios que se encuentran relacionados y antecedieron al estudio presente, los cuales brindan un aporte y sustentan teorías en relación al estudio de prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

Antecedentes de la investigación

Esis et al., realizaron una investigación titulada “Prevalencia de hábitos bucales Parafuncionales como factor Etiológico de Maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas Panare en Maniapiare, Edo. Bolívar”. La población consistió en todos aquellos niños, niñas y adolescentes con edades comprendidas entre 2 a 18 años que permitieron ser vistos por el capitán o jefe de las comunidades indígenas. Resultó que el género con mayor número de maloclusiones asociadas a la presencia de hábitos bucales parafuncionales es el femenino, siendo el hábito de succión labial el más frecuente, seguido por la deglución atípica; luego la interposición lingual, con un predominio de la posición de la lengua entre incisivos superiores e inferiores; en el plano transversal, la normooclusión es lo más frecuente, seguido de mordidas cruzadas anteriores, en el plano vertical, también se presenta con mayor frecuencia la normooclusión y en segundo lugar, un gran porcentaje de

pacientes con mordida abierta anterior y en menor porcentaje, mordida profunda anterior (7).

Salamanca y Murrieta en el año 2015 realizaron un estudio al cual titularon “Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un Jardín de niños del Estado de México”, tuvo como objetivo evaluar la relación entre las alteraciones en la oclusión en dentición primaria con algunos hábitos parafuncionales en un grupo de preescolares. Realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo de estudio estuvo conformado por 309 preescolares entre 3 a 5 años de edad ambos sexos. Encontraron que el 22,9% de los niños presentó alguna alteración en la oclusión, siendo más frecuente la mordida abierta, los hábitos parafuncionales que con mayor frecuencia se presentaron fueron la onicofagia, la succión digital y el bruxismo, siendo los dos primeros los únicos con los cuales estuvieron asociadas algunas de las alteraciones en la oclusión dental. Concluyeron que la frecuencia de alteraciones en la oclusión fue baja, no así la de hábitos bucales parafuncionales ya que fue alta. La distribución por edad y sexo no resultaron ser relevantes para el evento de estudio. La onicofagia y la succión digital fueron los únicos hábitos parafuncionales que estuvieron relacionados con las alteraciones en la oclusión (8).

Por otro lado, Arocha et al., en el año 2016, realizaron un estudio sobre “Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana”. Este se efectuó como un estudio descriptivo y transversal de 150 escolares de 6 y 7 años de edad con maloclusiones y hábitos bucales deformantes,

correspondientes al segundo grado de la Escuela Primaria “Nguyen Van Troi” de Santiago de Cuba, atendidos durante 2013, para caracterizarles según variables seleccionadas. La información primaria se obtuvo mediante el interrogatorio y el examen físico efectuado a cada paciente. Utilizaron el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas. Entre los principales resultados predominaron el sexo masculino (52,0 %), las maloclusiones en este mismo sexo (59,3 %) y el uso del biberón como hábito deformante (41,1 %). Concluyeron que, en la mayoría de los niños, las disfunciones bucales deformantes estuvieron relacionadas con la presencia de maloclusiones dentarias (9).

Ramos y Colaboradores en el año 2017, realizaron un estudio titulado prevalencia de hábitos parafuncionales y maloclusiones en escolares de 5 a 13 años de una Institución Educativa de la Ciudad de Cartagena, la cual tuvo como objeto describir la relación de hábitos parafuncionales y las maloclusiones en escolares de una institución educativa de la ciudad de Cartagena, realizaron un estudio descriptivo transversal, basado en la población pediátrica de 200 individuos con un rango de edad de 5 a 13 años mediante muestreo no probabilístico, aplicaron encuestas a los padres o tutores. Al realizar el cruce de variables encontraron una relación significativa estadística entre la onicofagia y la función familiar, también una relación importante entre deglución atípica y tipo de dentición y deglución atípica y el hábito de dormir con el tetero, otra relación significativa fue entre el apiñamiento y el uso de chupete, concluyeron que existe una elevada prevalencia de maloclusiones y hábitos orales y su asociación, observadas en esta investigación, evidencia la necesidad de identificar

tempranamente maloclusiones que puedan presentarse en pacientes en crecimiento y desarrollo, con el fin de ofrecer prevención primaria y manejo multidisciplinario con el fin de interceptarlas a tiempo y prevenir futuras patologías (10).

De la misma manera, Freeman en el año 2017, realizó un proyecto de investigación al cual título “Características oclusales en dentición primaria de preescolares de Viña del Mar”. Este estudio persigue el objetivo de describir la oclusión en pre-escolares con dentición temporal pertenecientes a establecimientos educativos municipales de Viña del Mar. De un total de 307 pre-escolares, examinó a 181. El 51,4% de ellos de género masculino y con 5 años. Calculó un porcentaje de pérdida cercano al 40%, principalmente por incumplimiento de los criterios de inclusión necesarios para el proyecto de investigación. Concluyo que el escalón mesial fue la relación distal de segundos molares temporales más frecuente y la clase canina temporal más frecuente la clase I bilateral, ambas asociadas al desarrollo de neutroclusión o clase I en dentición permanente. El promedio de Overbite fue de 2,25 mm. Para Overjet fue de 2,07, sin relación estadística con edad. No existen parámetros de normalidad para el overbite ni de overjet en dentición temporal. La característica más prevalente para la variable Espaciamiento fue el Espaciamiento generalizado. Dentro de las Anomalías dentomaxilares medidas (Mordida abierta y Mordida cruzada), la mayoría de los pre-escolares no presentaba ninguna de las dos. La mordida cruzada unilateral se observó más frecuente que bilateral (11).

Bases Teóricas

Salud pública

Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar a salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (12).

Epidemiología

Es una disciplina científica en el área de la medicina que estudia la distribución, frecuencia y factores determinantes de las enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas. Rich la describió en 1979 como la ciencia que estudia la dinámica de salud en las poblaciones. La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes (13).

La epidemiología -que, en sentido estricto, podría denominarse epidemiología humana- constituye una parte muy importante dentro de la salud pública, ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, e integra los métodos y principios de estas ciencias para estudiar la salud y controlar las enfermedades en grupos humanos bien definidos. Existe también una epidemiología veterinaria, que estudia los mismos aspectos en los padecimientos que afectan la salud de los animales; y también podría hablarse de una epidemiología zoológica y botánica, íntimamente relacionadas con la ecología (14).

En epidemiología se estudian y describen las enfermedades que se presentan en una determinada población, para lo cual se tienen en cuenta una serie de patrones de enfermedad, que se reducen a tres aspectos: tiempo, lugar y persona: el tiempo que tarda en surgir, la temporada del año en la que surge y los tiempos en los que es más frecuente; el lugar (la ciudad, la población, el país, el tipo de zona) en donde se han presentado los casos, y las personas más propensas a padecerla (niños, ancianos, etc., según el caso) (14).

Estudios de prevalencia

Es un estudio estadístico y demográfico, utilizado en ciencias sociales y ciencias de la salud —estudio epidemiológico—. Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado. Los estudios transversales, frente a los estudios longitudinales, confunden los efectos de edad y de cohorte,

pueden no diferenciar si la causa de un cambio está en las diferencias de edad o en las diferencias en el momento del nacimiento (15).

Los estudios de prevalencia son estudios transversales descriptivos y por tanto observacionales. Estos estudios permiten estimar la prevalencia de una enfermedad en una población determinada. La prevalencia de una enfermedad se define como la proporción de individuos de una población que tiene la enfermedad. La característica principal de este tipo de estudios es la falta de secuencia temporal. Por ello, el establecimiento de asociaciones entre variables no permite establecer relaciones causales (que exigen una secuencia temporal en la que primero se da la causa y después el efecto) (15).

Para estimar la prevalencia se debe aplicar la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia: } \frac{\text{número de personas con enfermedad} \times 100}{\text{Población total}}$$

Maloclusiones

Una maloclusión consiste en un mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores encajan con los inferiores, lo que llamamos mordida u oclusión. Cuando la maloclusión o mala mordida es severa puede requerir un tratamiento de ortodoncia para ser corregida. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular, conocida como ATM. El concepto de maloclusión se refiere cuando los dientes superiores e inferiores no encajan de forma correcta, siendo una patología oral muy común y que se puede deber a una amplia variedad de causas. Sin

embargo, en este artículo vamos a hablar de los diferentes tipos de maloclusiones así como también, haremos especial hincapié a las soluciones que tenemos a nuestra disposición a día de hoy (16, 17).

Tipos de Maloclusiones según E. Angle

Angle, basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión que fueron adoptados, inicialmente por protesistas. Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. En 1899, basándose en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Este autor dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III (18).

1. Maloclusión Clase I

Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares, esto quiere decir que la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco vestibular del 1er molar inferior. En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior, la maloclusión

está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados. El perfil facial puede ser recto (19, 20).

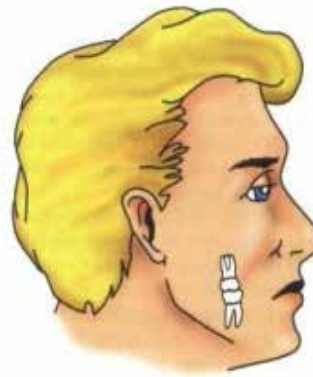


Figura N°1: Maloclusión Clase I. Ortodondia. Diagnóstico y Planificación Clínica (19)

2. Maloclusión Clase II

Cuando por cualquier causa los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula. La nomenclatura de la clasificación de Angle enfatiza la ubicación distal de la mandíbula respecto al maxilar superior en la clase II, pero en muchos casos el maxilar superior es prognático, una morfología cráneo facial muy diferente, pero que produce una relación molar similar y, por eso, la misma clasificación. Por lo tanto, La Clase II o distoclusión puede ser

resultado una mandíbula retrógnata, de un maxilar prognata o una combinación de ambas. Existen 2 subdivisiones de la clase II, cada una teniendo una subdivisión. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruídos (19, 20).

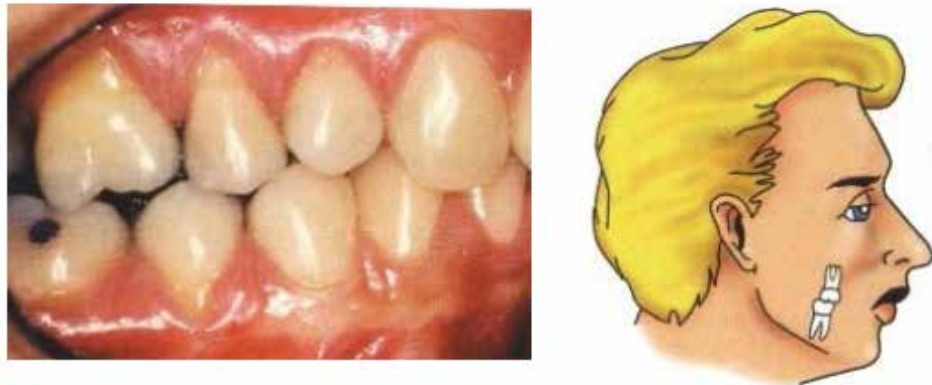


Figura N°2: Maloclusión Clase II. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica (19)

3. Maloclusión Clase III

Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser cóncavo o recto (19, 20).

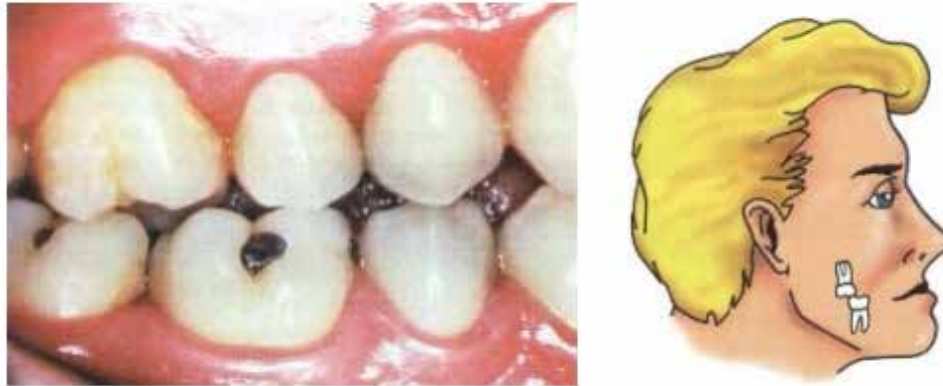


Figura N°3: Maloclusión Clase III. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica (19)

Dentición Primaria

Estos son los primeros dientes que salen en la cavidad bucal. La dentición primaria consta de 20 piezas dentales. En muchos casos, se conocen como dientes temporales. Estos dientes serán exfoliados (se perderán) conforme vayan erupcionando los dientes permanentes. En cada arcada de la boca existen dos incisivos centrales, dos incisivos laterales, dos caninos y cuatro molares. Los dientes suelen identificarse mediante una letra del alfabeto, empezando por la “A” (primer molar del maxilar superior derecho) y terminando por la “T” (segundo molar mandibular izquierdo). No hay premolares ni terceros molares en la dentición primaria (21).

Dentición Mixta

La dentición mixta es el periodo durante el cual dientes deciduos y permanentes están juntos en boca. Está dividida en dos periodos conocidos como: dentición mixta primera fase y dentición mixta segunda fase, y entre ambos periodos existe una fase intertransicional en donde no erupciona ningún diente, pero existen procesos de gran

actividad resortiva de las raíces de los deciduos, formación y calcificación de los permanentes (22).

La fase de dentición mixta comienza con la erupción del primer diente permanente, a menudo el incisivo central mandibular, y por lo general se completa en el momento en el que se pierde la última pieza decidua. El periodo de dentición mixta se caracteriza por cambios importantes en la dentición, resultantes de la pérdida de veinte dientes deciduos y la erupción de sus sucedáneos permanentes. Está dividido en dos fases: dentición mixta primera fase, que está comprendido entre los 5 y 8 años, luego un periodo de reposo o intertransicional que podría considerarse de 2 años, cuando no hay erupción de ningún diente, y dentición mixta segunda fase, de gran actividad eruptiva, comprendido entre los 10 y 12 años de edad, cuando erupcionan los caninos, premolares permanentes (22).

Hábitos Parafuncionales

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y, al repetirse, llegan a convertirse en inconscientes. Estos pueden ser beneficiosos (cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los labios y la adecuada masticación) o perjudiciales (cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales). Entre estos casos se destacan la succión digital y del tete, la interposición lingual en reposo y en deglución, así como la respiración bucal (23).

Los hábitos parafuncionales pueden ser factores desencadenantes de maloclusiones, debido a que éstos pueden alterar la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentales, interfiriendo en el crecimiento normal y la función de la musculatura orofacial, que lamentablemente se presentan en la población infantil a edades tempranas y persisten, provocando alteraciones considerables en la dentición mixta y permanente, afectando la estética y función de los individuos (24).

Son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es a edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años edad los problemas pueden corregirse espontáneamente (23, 24).

1. Hábito de Succión digital

La succión digital es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Se puede observar de forma muy temprana durante el desarrollo fetal y neonatal, considerándose normal durante esta etapa de desarrollo. El problema se produce cuando este hábito se mantiene una vez iniciado el cambio de dentición. Por lo que si al año de edad, ha adoptado este hábito, es recomendable intentar sustituirlo por

chupete. Se genera como una forma de satisfacer una necesidad en el niño, otorgándole seguridad y una rica sensación de contacto. La mayoría de las veces el niño lo realiza cuando está cansado, con sueño, pena, entre otras (25).

Este hábito prolongado en el tiempo, puede llegar a producir alteraciones en el desarrollo de los maxilares y de los dientes, lo que se conoce como anomalías. El hábito oral más común es la succión digital, ya sea de uno o más dedos, o únicamente del pulgar. Las consecuencias de este hábito principalmente son una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula (desplazamiento hacia posterior), provocada por la presión que ejerce la mano y el brazo. La mordida abierta anterior hace referencia a la separación y ausencia de contacto entre los dientes anteriores superiores e inferiores, debido a la constante colocación del dedo entre ambos maxilares. Se consideran la lactancia con biberón como posible causante del hábito de succión del dedo. Esto es debido a que suele ser más breve y el niño no tiene que realizar mucho esfuerzo físico, hecho que impide su cansancio y que no agote todo su instinto natural de succión (26).

La succión digital se puede observar en el niño en momentos de depresión, aburrimiento o de cansancio, ya que genera tranquilidad e induce al sueño. También se valora el estrés como causa de este hábito. Las consecuencias en la cavidad oral de este hábito vienen dadas por la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, la hiperactividad de los músculos buccinadores que comprimen el paladar, la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar (25).

Las alteraciones asociadas por la succión digital van a ir cambiando y agravándose a medida que el niño va creciendo, pasando de alteraciones reversibles a deformaciones esqueléticas ya permanentes, difícilmente solucionables mediante tratamiento convencional. Inicialmente se establece una mordida abierta anterior debido a la interposición del dedo o el chupete entre las arcadas dentales superior e inferior. A su vez conlleva una posición baja de la lengua no permitiendo así que ésta se apoye en el paladar durante la deglución con lo que la fuerza centrífuga que podría ejercer está anulada, limitando así la capacidad de expansión transversal del maxilar superior (26).

Por otro lado, la constante succión ejerce una fuerza centrípeta hacía dentro de la arcada superior provocando así la compresión de la misma que, sumado a la no expansión del maxilar por parte de la lengua, conlleva una mordida cruzada posterior por la limitación del desarrollo transversal. Como efectos a medio plazo se destaca la protrusión dental de incisivos superiores y retrusión de los incisivos inferiores por el apoyo tanto del dedo como del chupete. Y ya a largo plazo las alteraciones destacadas son a nivel esquelético con una posterotación mandibular y una protrusión de la premaxila. Todas ellas se van a combinar con alteraciones funcionales a nivel de la posición lingual mediante la deglución, lo que va a perpetuar el problema y por ello el tratamiento va asociado a rehabilitación miofuncional mediante logopedia (27).

2. Deglución atípica

La deglución atípica consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución. Se define como la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcas

dentarias. La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución. Este mal hábito puede modificar la posición de los dientes y relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial (28).

En otras palabras, se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral. La deglución atípica o infantil, no se trata de un estancamiento en un estadio evolutivo infantil previo, sino de una forma de deglutir anómala que puede ser consecuencia y causa de alteraciones anatómicas. Esta se detecta cuando los niños proyectan la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar con claridad ciertos fonemas como: d,t,l,n,r. En muchos casos una evaluación e intervención logopédica temprana puede evitar que se instauren patrones y hábitos incorrectos que generen anomalías estructurales en los órganos fonoarticulatorios: maxilares, paladar, mejillas y dientes (29).

La deglución atípica es una variante alimentaria causada por ruptura en la coordinación de los movimientos musculares faciales que origina anomalías dentomaxilares y foniatricas. La deglución es una secuencia refleja de contracciones musculares ordenadas, que lleva el bolo alimenticio o los líquidos de la cavidad bucal hasta el estómago. Este proceso varía en función de la edad de la persona: es diferente en bebés y en adultos (28).

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica, como labios hipotónicos, lengua descansando entre los dientes, tendencia a la respiración bucal, maxilar superior o inferior avanzado o retrasado. No realiza una deglución adecuada porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la cavidad bucal, sacar alimentos fuera de la boca y no degluten con tanta frecuencia, realizar movimientos excesivos como: elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente o hacer muecas o ruidos al tragar. Entre las causas más comunes se tiene la falta de sellado labial, durante el acto de deglutir, dejando la boca abierta, labios de tono muscular disminuido, es decir, la musculatura del músculo orbicular de los labios está poco desarrollado, respiración bucal. Lengua hipotónica en posición avanzada o interdental, es decir, la lengua se interpone entre los incisivos en la parte frontal o lateral (interposición lingual) o presiona contra su cara posterior durante la fase de deglución. Presencia de maloclusiones: dentales y maxilares, incorrecta posición de las piezas dentarias no permite el sellado correcto de la boca durante el acto de la deglución (28, 29).

El factor más relevante se refiere al uso del biberón, considerado una de las causas de la deglución atípica, el uso de alimentos triturados más allá de la edad adecuada. La alimentación blanda exige poca actividad de la musculatura perioral, situado en la etapa de deglución infantil y potenciando en consecuencia la aparición de un aparato estomatológico inmaduro. La persistencia de hábitos orales nocivos puede afectar tanto al patrón de crecimiento y desarrollo normal como a las funciones del sistema estomatognático, estos hábitos son la utilización de chupete o biberón hasta edades

impropias (más allá de los 3 años), succión digital, succión labial, lingual y de mejillas, succión de objetos, acción de morder-prensar, queilofagia (morderse los labios), onicofagia (morderse las uñas), respiración bucal, entre otras (29).

3. Respirador bucal

La respiración es un proceso fisiológico indispensable para la vida de los organismos aeróbicos y puede definirse como la absorción de oxígeno y eliminación de anhídrido carbónico de la atmósfera y de las células del organismo, respectivamente. En los seres humanos durante el proceso respiratorio normal el aire que atraviesa las estructuras respiratorias lo hace a través de dos zonas: La zona de conducción constituida por la boca, nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios principales y los bronquiolos terminales, estas estructuras son las encargadas de llevar el aire que se introduce en el sistema hasta la zona respiratoria propiamente dicha, ubicada en los pulmones donde se lleva a cabo el intercambio de gases y la consecuente entrada del oxígeno al torrente circulatorio (30).

La respiración bucal es un hábito que suele comenzar a corta edad, la persona lo que hace es respirar por la boca cuando lo correcto sería respirar por la nariz, no tiene porque ser siempre, a veces la respiración bucal es sólo nocturna, otra es al hablar y a veces es mixta y respiran por ambos lados. Se define como la aspiración y espiración de aire, sobre todo por la boca, que se observa más comúnmente en la obstrucción y congestión de los pasajes nasales. La respiración bucal también puede mantenerse aún después de haberse realizado el tratamiento necesario para eliminar la obstrucción nasofaríngea que la ha producido y las vías aéreas superiores se

encuentren permeables, en este caso el individuo respira por la boca por hábito. Un hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto. A cada repetición se hace menos consciente y si es repetido muy a menudo será relegado a una acción del todo inconsciente (31).

Entre algunas de las consecuencias de tener una respiración bucal se pueden ocasionar alergias e infecciones respiratorias debido a que el aire no pasa por ningún filtro por el que limpiarse calentarse y humedecerse como pasa con la nariz. El cerebro no consigue suficiente oxigenación lo que puede causar problemas de concentración, falta de atención, falta de coordinación, dolores musculares, entre otros. Pueden producirse apneas del sueño y son personas roncadoras, problemas en la columna, normalmente escoliosis debido a que respirar por la boca les hace adoptar una mala postura (30, 31).

4. Onicofagia

Es el hábito de comerse las uñas, generalmente de los dedos de las manos. Se trata, si no puede controlarse, de una compulsión. Es un trastorno emocional, que puede llegar a precisar de ayuda profesional. La persona que padece onicofagia puede llegar al extremo de dejar la piel al descubierto y provocarse un deterioro estructural permanente. Morderse las uñas facilita el transporte de gérmenes que se ocultan bajo las uñas a la boca y viceversa, con lo cual se lleva la infección de los dedos y se produce panadizos, por lo que los efectos nocivos se pueden ver a nivel de los dedos, de la boca y del sistema digestivo en general. Cuando los casos son extremos, también genera una mala imagen a las personas que lo practican, debido a que las

manos con las "uñas comidas" tienen muy mala presentación, lo que provoca consecuencias a nivel de las relaciones sociales de la persona (32,33)

Las personas que tienen este hábito suelen morder por igual las diez uñas aproximadamente al mismo grado. El mordedor compulsivo de uñas puede estar tentado a comer no sólo estas, sino también la cutícula y la piel de alrededor (padrastrós, por ejemplo), y se provoca heridas a través de las cuales puede sufrir infecciones oportunistas. A veces, la uña puede llegar a un punto en el que no crece más, puede quedar pequeña permanentemente y provocar el ensanchamiento del dedo, lo que conlleva a deformaciones en las uñas, luego de años de este hábito (32).

Su aprendizaje comienza generalmente en la niñez por observación de otros realizando este hábito. Pasado el periodo de la niñez, y ya en la adolescencia, el morderse las uñas puede verse modificado por otro tipo de conductas tales como morder el bolígrafo, mover el pelo, fumar, entre otros. Todas las personas que se muerden las uñas coinciden en la afirmación de que no pueden controlar este hábito, no tienen conciencia de que lo están realizando y cuando están llevándolo a cabo tienen serias dificultades para parar (33).

5. Bruxismo

El bruxismo es una parafunción mandibular persistente que se conoce comúnmente como rechinar de los dientes. Éste se puede producir durante el día o por la noche. El más frecuente es el relacionado con el sueño, también el más difícil de controlar. Las personas que tienen bruxismo aprietan fuertemente los dientes superiores con los inferiores y los mueven de atrás y adelante y viceversa, la mayoría de las veces de

forma inconsciente produciendo el desgaste de las piezas. Su principal desencadenante se sitúa en el plano psicológico, aunque las repercusiones se extienden al plano de la odontología (34).

Uno de los principales problemas del bruxismo es que los dientes pueden ejercer una presión excesiva en los músculos, los tejidos y las estructuras que rodean la mandíbula. De hecho, si se prolonga en el tiempo puede causar problemas en la articulación temporomandibular. En la actualidad los especialistas difieren sobre las causas que originan el bruxismo, aunque apuntan al estrés como el principal desencadenante, existen otros factores que pueden contribuir a la aparición como el tipo de alimentación que sigue el paciente, los hábitos del sueño, la postural, la alineación de los dientes, especialmente si ésta es inadecuada, la incapacidad para relajarse (34).

Uno de los principales problemas del bruxismo es que los dientes pueden ejercer una presión excesiva en los músculos, los tejidos y las estructuras que rodean la mandíbula. De hecho, si se prolonga en el tiempo puede causar problemas en la articulación temporomandibular. Entre los principales síntomas se tiene la ansiedad, estrés, depresión, dolor de oído dolor de cabeza, sensibilidad muscular, sensibilidad a las cosas calientes, frías y dulces, trastornos alimentarios, dolor y/o inflamación de la mandíbula, insomnio (34).

Definición de términos

Caries: la es un proceso infeccioso, crónico y multifactorial, caracterizado por un desequilibrio iónico en el proceso de desmineralización y remineralización de los

tejidos duros del diente, resultado del metabolismo de los carbohidratos de las bacterias de la placa dentobacteriana (18).

Hábito: es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular y automáticamente. Los hábitos pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario (24).

Hábito bucal no fisiológico: es la práctica repetida en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo (23).

Maloclusión: es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura. Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares (20).

Mordida cruzada: es aquel tipo de mordida en la cual los dientes superiores muerden por dentro de los inferiores. Se trata de una patología oral muy común y que requiere un tratamiento específico a través de un aparato disyuntor, así como también es necesario en algunos casos realizar un proceso de Ortodoncia (20).

Mordida abierta: estamos ante una situación en la cual los dientes superiores no cubren la medida suficiente para abarcar los dientes inferiores y en este caso es recomendable recurrir a la cirugía ortognática para corregir este problema que causa numerosos problemas de carácter funcional (20).

Sobremordida: cuya principal particularidad es que los dientes superiores cubren en excesos a los dientes inferiores. Para solucionar un problema relacionado con la sobremordida es necesario que el paciente se someta a un proceso de Ortodoncia (20).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Es de notar que toda investigación se fundamenta en un marco metodológico, el cual define el uso de métodos, técnicas, instrumentos, estrategias y procedimientos a utilizar en el estudio que se desarrolla, es la instancia referida a los métodos, registros, protocolos y técnicas con los cuales una teoría y su método calcular las magnitudes de lo real (35).

Tipo y diseño de investigación

Los tipos de investigación permiten la elaboración de una propuesta o de un modelo, como solución a un problema o necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social, o de una institución, en un área particular del conocimiento, a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento. Mientras que el diseño de investigación es la estructura a seguir en una investigación, ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con las interrogantes surgidas de los supuestos o problemas, en función de los objetivos establecidos y tomando en consideración lo descrito, dado a que la presente investigación pretende estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, fue considerada una investigación de campo no experimental, de corte transversal (36, 37).

La investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos, para efectos del presente estudio los datos e información fueron recolectados de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez, donde se genera los hechos e interactuara en la realidad, con el fin de recabar información precisa, válida y confiable (36).

Por otro lado, se consideró no experimental transversal ya que no se puede manipular las variables del estudio, los datos a reunir se obtendrán de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia. Hernández y Col; señalan que es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables; lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos, asimismo será un estudio que no constituye ninguna situación ya existente, no provocadas intencionalmente, de esta forma, la investigación fue no experimental transversal (38).

Población y muestra

La población es un conjunto finito o infinito de los elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación, de esta forma se tomó como población del estudio a 350 historias clínicas de pacientes que presentan maloclusiones asociadas con hábitos parafuncionales en las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez correspondientes al periodo 2018-3. Con respecto a la muestra, es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible; por lo que en la presente investigación se

consideró un muestreo no probabilístico, seleccionando una muestra correspondiente al 30% de la población (105 historias clínicas) en estudio bajo los criterios de inclusión (36):

- Niños, niñas y adolescentes con dentición primaria.
- Niños, niñas y adolescentes con dentición mixta.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas de recolección representan el conjunto de procedimiento o formas utilizadas en la obtención de la información necesaria para lograr los objetivos de la investigación. Por lo que se aplicó una observación directa como técnica de recolección de datos, es una técnica que emplea para relacionar el sujeto de estudio con el objeto, dotando al investigador de una teoría y un método adecuado para que la investigación tenga una orientación correcta y el trabajo de campo arroje datos exactos y confiables. De igual forma, el instrumento de recolección de datos, es una herramienta utilizada por el sujeto investigador para recabar información acerca del hecho, evento o fenómeno que investiga (36).

Asimismo, para la selección de los pacientes según criterios de inclusión que presentan maloclusiones asociadas con hábitos parafuncionales dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, a través de un permiso otorgado por las autoridades de la Universidad José Antonio Páez, se llevó a cabo como técnica la observación directa e instrumento la guía de observación de las historias clínicas.

Para estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, se llevó a cabo de la misma manera la técnica de observación directa con el instrumento guía de observación la cual estará autoadministrado compuesto por una serie de ítems.

De la misma manera, fue aplicada la guía de observación para la clasificación del tipo de maloclusiones que presentan los pacientes en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, tomando en cuenta la clasificación de E. Angle: Clase I, Clase II y Clase III.

Por último, se evaluó la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, a través de la guía de observación de los estudios de cefalometrías y análisis panorámicos de la muestra en estudio.

Procesamiento y análisis de los resultados

Por último, para el procesamiento y análisis de los resultados obtenidos después de la aplicación del instrumento, fue aplicada la estadística descriptiva, y a través de una secuencia se organizó en tablas y gráficos las frecuencias absolutas y relativas obtenidas por medio del programa Microsoft Excel 2007, obteniendo una visualización precisa que facilitó la interpretación y permitió la elaboración posterior de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis de Resultados

A continuación, se presenta el análisis y presentación de resultados, el mismo se obtuvo luego de ser implementado el instrumento de recolección de datos con el propósito de estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

Así mismo se procedió a seleccionar los pacientes según criterios de inclusión que presentan maloclusiones asociadas con hábitos parafuncionales dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, de lo cual se obtuvo una muestra representativa de 105 historias clínicas, la cuales se clasificaron según la edad y sexo del paciente resultando:

Variable: Maloclusiones

Dimensión: Criterios de inclusión

Indicadores: Edad, sexo, dentición primaria, dentición mixta

Tabla N°1: Distribución según edad y sexo

EDAD	Frecuencia Femenina		Frecuencia Masculina		Total	
	f	%	f	%	f	%
4 – 6	4	4	5	5	9	9
7 – 9	33	31	38	36	71	67
10 – 13	7	7	18	17	25	24
Total	44	42	61	58	105	100

Fuente: Historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

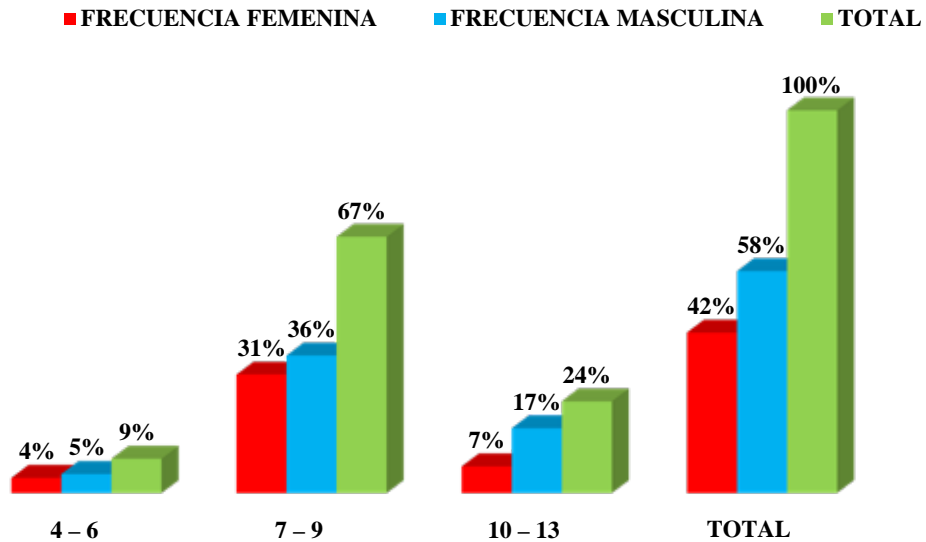


Gráfico N°1: Distribución según edad y sexo de las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

Así mismo, se procedió a seleccionar los pacientes según criterios de inclusión que presentan maloclusiones asociadas con hábitos parafuncionales, dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, de lo cual se obtuvo una muestra representativa de 105 historias clínicas, la cuales se clasificaron según la edad y sexo del paciente resultando, que para el sexo femenino se encontró un total de 44 historias correspondiente a 42%, y un 61 historias clínicas para el sexo masculino lo que equivale al 58% restante de la muestra en estudio.

Ahora bien, al seleccionar según la edad para el sexo femenino, se puede observar en la tabla y grafica N°1 que la mayor concentración de participantes se ubicó en el rango de edad entre los 7-9 años seguido del bando de 10-12 años para ambos sexos.

En este sentido el sexo masculino comprende la mayoría muestral para todos los escalafones. Por consiguiente, al evaluar los rangos de edad se determina que los pacientes comprendidos entre la edad de 4 a 6 años presentan dentición primaria, mientras que los de rango 7-9 y 10-13 años de edad dentición mixta.

Variable: Maloclusiones

Dimensión: Tipos

Indicadores: Clase I, Clase II, Clase III

Tabla N°2: Distribución según tipo de maloclusiones

EDAD	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
4 – 6	6	6	30	29	11	10	47	45
7 – 9	2	2	32	32	13	13	49	47
10 – 13	1	1	8	8	0	0	9	9
Total	9	9	71	67	25	24	105	100

Fuente: Historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

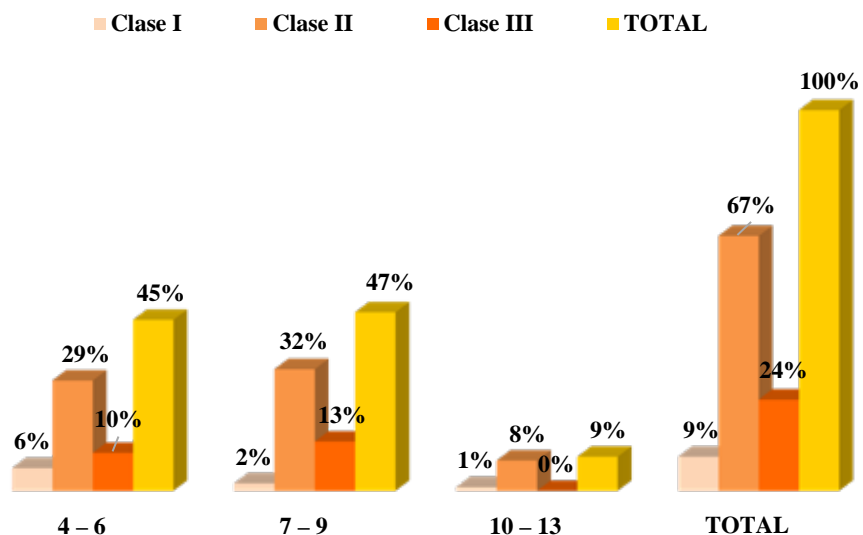


Gráfico N°2: Distribución según el tipo de maloclusiones de las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

De la misma forma, se clasifico la muestra según el tipo de maloclusiones que presentan los pacientes en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, en la tabla y gráfico N°2 se aprecia que la Clase II es el tipo con mayor concentración representando el 67%, seguido de la Clase III con 24%, y la Clase I con el 9% restante.

Asimismo, se observa que según el rango de edad existe que el 32% de los pacientes de 7 a 9 años, 29% de edad 4 a 6 años y 8% de edad 10-13 años son de Clase II; mientras que un 13% de edad 7-9 años y 10% de 4-6 años son Clase III, y el resto son de tipo Clase I.

Variable: Hábitos parafuncionales

Dimensión: Relación

Indicadores: Succión digital, deglución atípica, respirador bucal, onicofagia, bruxismo.

Tabla N°3: Distribución de los hábitos parafuncionales

	PRESENCIA DE HABITO											
	Succión Digital		Deglución Atípica		Respirador Bucal		Onicofagia		Bruxismo		No Tiene	
EDAD	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
4 – 6	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	4	4
7 – 9	10	9	11	10	7	7	15	14	2	2	27	26
10 – 13	1	1	3	3	1	1	4	4	2	2	14	13
Total	12	11	15	14	8	8	19	18	6	6	45	43

Fuente: Historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

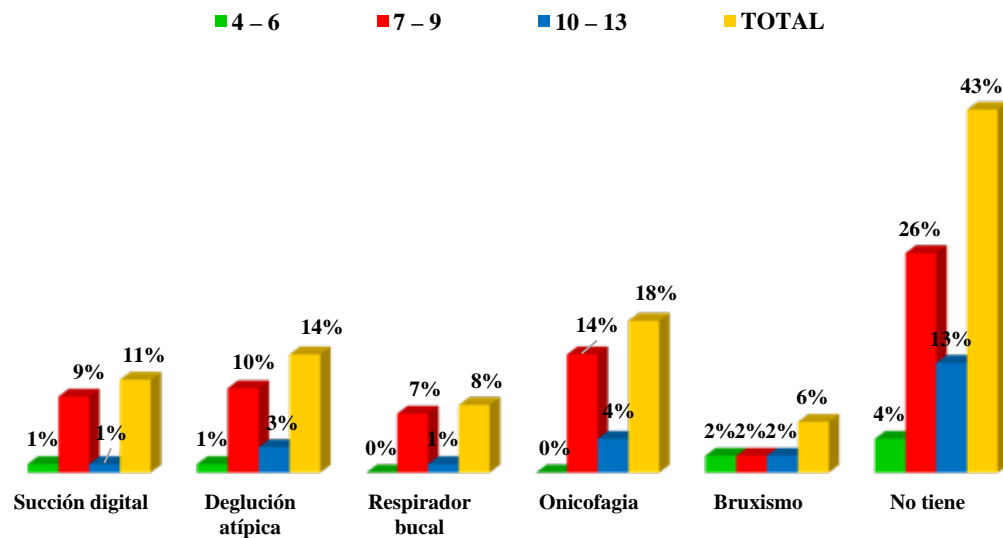


Gráfico N°3: Distribución de los hábitos parafuncionales existente en las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

Ahora bien, se procedió a evaluar la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la UJAP en el periodo 2018-3. En la tabla y gráfico N°3 se aprecia que el 43% de los pacientes no presentaron ningún hábito parafuncionales; sin embargo, se encontró que 18% de los pacientes tienen el hábito de onicofagia, seguido de la deglución atípica, la succión digital, respirador bucal y el bruxismo.

Tabla N°4: Distribución de la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales

EDAD	Relación entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales			
	SI		NO	
	f	%	f	%
4 – 6	3	3	5	5
7 – 9	28	27	43	41
10 – 13	10	10	16	15
TOTAL	41	39	64	61

Fuente: Historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

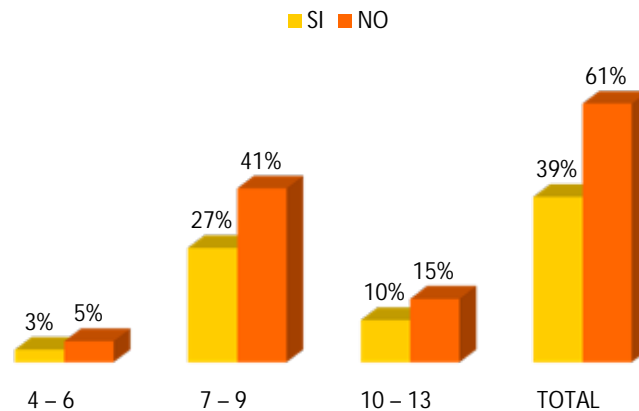


Gráfico N°4: Distribución de la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales en las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

De tal forma, que en la tabla y gráfico N°4 se observa que al relacionar las maloclusiones existente y los hábitos parafuncionales se obtuvo que el 61% de los pacientes no presentan relación alguna, mientras que el 39% restante si la presento. Siendo el 27% de los pacientes entre edades de 7 a 9 años de edad los que arrojaron dicha relación. Por tal motivo, se procedió a estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

Tabla N°5: Distribución de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales

Hábitos parafuncionales	Succión digital			Deglución atípica			Respirador bucal			Onicofagia			Bruxismo			No tiene		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
4 - 6	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1	0
7 - 9	2	6	2	3	7	1	3	4	4	8	5	2	1	1	0	14	10	3
10 - 13	0	1	0	1	2	0	0	1	1	1	3	0	0	2	0	9	5	0
TOTAL	3	7	2	4	9	2	3	5	5	9	8	2	2	4	0	26	16	3

Fuente: Historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

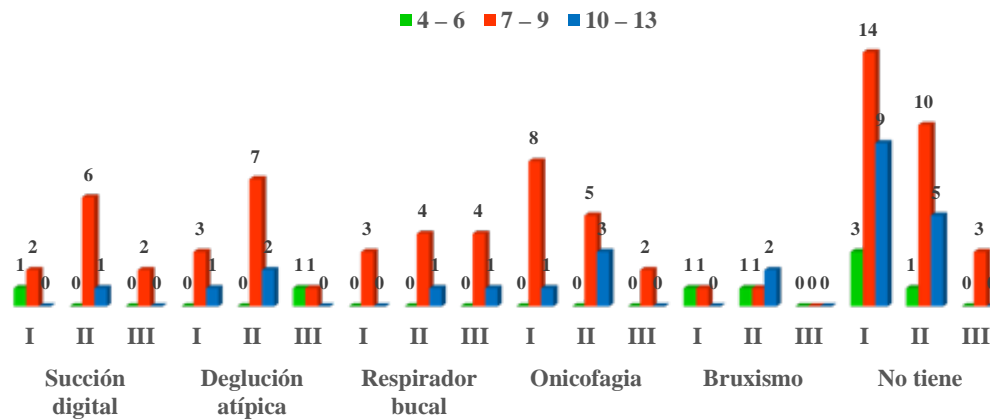


Gráfico N°5: Distribución de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales existente en las historias clínicas existentes en la Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.

Así mismo en la tabla y gráfico N°5 se muestra que existe una relación entre la maloclusión de tipo clase II con el hábito de deglución atípica (9 pacientes), onicofagia (8 personas), succión digital (7 pacientes), 5 personas con hábito respirador bucal y 4 con bruxismo; mientras que 16 pacientes no presentaron hábitos parafuncionales siendo el rango de mayor frecuencia el de 7 a 9 años de edad. Por otra parte, también se observa que 26 pacientes de tipo clase I no presentaron hábitos. De esta forma al aplicar la fórmula de prevalencia:

$$\text{Prevalencia: } \frac{\text{número de personas con enfermedad}}{\text{Población total}}$$

$$\text{Prevalencia: } \frac{60}{105} \times 100 = 57,14\%$$

Por lo tanto, la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-fue del 57,14%.

Discusión

Al estudiar la variable maloclusiones, se seleccionaron los pacientes según criterios de inclusión que presentan maloclusiones asociadas con hábitos parafuncionales dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la UJAP en el periodo 2018-3, resultado que las historias clínicas tomadas como muestran en su mayoría eran de pacientes del sexo masculino encontrándose mayor concentración de pacientes con edades entre 7-9 años, seguido de 10-12 años y por último el bando de 4 a 6 años de edad, por lo que se tuvo presencia de dentición primaria y mixta dentro de las historias clínicas tomadas como muestra de estudio. Asimismo, se clasificó el tipo de maloclusiones que presentan los pacientes en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, siendo los de tipo clase II con mayor concentración representando el 67% de los pacientes en estudio, siendo el 29% del rango de 7 a 9 años de edad.

Resultados que se relacionan con Proffit y colaboradores, quienes señalan que el mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores encajan con los inferiores puede requerir un tratamiento de ortodoncia para ser corregida y así reducir el riesgo de pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular, conocida como ATM. Y que además las maloclusiones clase II ocluyen con los primeros molares superiores y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula (12).

En otra parte, al estudiar la variable hábitos parafuncionales, se evaluó la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, obteniendo que, si existe relación en un 39% de los pacientes siendo en su mayoría aquellos de edades de 7 a 9 años. Siendo notorio en aquellos pacientes con maloclusión de tipo clase II que la mayoría presento relación con el hábito de deglución atípica y onicofagia, algunos manifestaron succión digital y respirador bucal, y pocos bruxismo.

Los hábitos parafuncionales pueden ser factores desencadenantes de maloclusiones, debido a que éstos pueden alterar la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentales, interfiriendo en el crecimiento normal y la función de la musculatura orofacial, que lamentablemente se presentan en la población infantil a edades tempranas y persisten, provocando alteraciones considerables en la dentición mixta y permanente, afectando la estética y función de los individuos (23).

Por último, se estudió la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia, obteniendo un porcentaje (57,14%), de prevalencia, aunque existe relación entre en los hábitos de deglución atípica y onicofagia en pacientes con maloclusión de tipo clase II donde predominó la dentición mixta, cabe resaltar que en esta etapa cuando los dientes temporales se exfolian, especialmente en el sector anterior, comienza una actividad protrusiva de la punta de la lengua lo que generalmente ocurre de forma temporal y cesa con la erupción de los dientes

permanentes, no considerándose en estos casos un hábito parafuncional. Cuando la lengua no logra colocarse en la parte anterior del paladar por detrás de las caras linguales de los incisivos superiores y persiste la actividad protrusiva entonces si se considera un hábito parafuncional (28).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Se estudió la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, por lo que la presente investigación concluye:

Al seleccionar los pacientes según criterios de inclusión que presentan maloclusiones asociadas con hábitos parafuncionales dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, se obtuvo mayoría de sexo masculino predominando aquellos en edad de 7 a 9 años.

Al clasificar el tipo de maloclusiones que presentan los pacientes en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, se obtuvo que predominó los de tipo clase II siendo del rango de 7 a 9 años de edad los de mayor concentración.

Se evaluó la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3, encontrándose que a pesar que en su mayoría no presentó relación alguna, un porcentaje representativo presentó más prevalencia en hábitos como la deglución atípica y onicofagia encontrándose en el rango de edad 7 a 9 años, el cual podría ser causa de su entorno, como son la disfunción familiar, la falta de atención de los padres, el stress escolar, entre otros.

Asimismo, resulto un 57,14% de prevalencia, resultados que se pueden revertir al interceptar los hábitos parafuncionales tempranamente para prevenir las maloclusiones que se pueden presentar en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento y desarrollo, con el fin de ofrecer prevención primaria y manejo temprano de futuras patologías.

Recomendaciones

- Se recomienda a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez, tomar en cuenta el presente estudio para futuras investigaciones donde se pueda ampliar la muestra con el fin de encontrar resultados con significancia estadística para extrapolarlos a toda la población.
- También se recomienda a la Universidad José Antonio Páez, realizar otros estudios que permitan realizar asociaciones entre las variables para obtener resultados más precisos con mayor validez estadística.
- Es recomendable que los representantes y/o padres de los pacientes tengan el conocimiento e información sobre la prevalencia de hábitos parafuncionales y maloclusiones, con el propósito de tomar acción para controlar y tratar los hábitos parafuncionales y las maloclusiones.

REFERENCIAS

1. Mans, A. y Diaz, G. (2010). Sistema estomatognático. Facultad de odontología. Universidad de Chile. Disponible en línea: https://www.academia.edu/25141497/SISTEMA_ESTOMATOGNATICO?auto=download. (Consultado, abril 2019).
2. Guerrero, M. Carrillo, D. Gutiérrez, J. García, R. y Gómez, N. (2016). Pérdida prematura de molares temporales, factor etiológico de maloclusión. Revista Tamé.
3. Asociación Española de Pediatría (2006). InfoFAMILIA. El Portal Médico para Padres de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en línea: <http://www.aeped.es/infofamilia> (Consultado, abril 2019).
4. Reyes, E. (2009). Dimensiones de arco en dentición mixta. Facultad de Estomatología. Universidad Peruana, Cayetano Heredia. Perú.
5. Arzuaga, I (2016). Malocclusions and deforming oral habits in school children with early mixed teething. Medisan. Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.
6. Cepero A, Ulloa M, Curbelo M, González R, Martín D. (2010). Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Revisión bibliográfica. Medi Ciego, Revista en internet. Disponible en: MedicLatina.
7. Esis, I. Rondón, R. Carmona, A. Quirós O. y Acevedo, A. (2013). Prevalencia de hábitos bucales Parafuncionales como factor Etiológico de Maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas Panare en Maniapure, Edo. Bolívar. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología, Caracas, Venezuela.
8. Salamanca, R. y Murrieta, J. (2015). Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un Jardín de niños del Estado de México. Disponible en línea en: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/313>. (Consultado, mayo 2019).
9. Arocha, A. Aranda, M. Pérez, Y. y Granados, A. (2016). Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.
10. Ramos, Jose Maria Bustillo, J. Guarnizo, S. Y Mestre, J. (2017). Prevalencia de hábitos parafuncionales y maloclusiones en escolares de 5 a 13 años de una

Institución Educativa de la Ciudad de Cartagena. Universidad De Cartagena, Facultad de Odontología. Grupo de Investigación Gispouc, Cartagena.

11. Freeman, M. (2017). Características oclusales en dentición primaria de preescolares de Viña del Mar. Universidad Andrés Bello, Facultad de Odontología Asignaturas de Ortodoncia y Odontopediatría, Viña del Mar, Chile.

12. Proffit W, Fields H y Sarver D. (2008). Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. España.

13. Mujica, A y Flores, M (2009). La definición de la salud pública. Disponible en línea: <http://maiquiflores.over-blog.es/article-la-definicion-de-la-salud-publica-38026814.html>. (Consultado, abril 2019).

14. Porta M, Greenland S, Hernán M, dos Santos Silva I, Last J (2014). A dictionary of epidemiology, sexta edición. Oxford University Press. Nueva York.

15. Organización Mundial de la Salud (2014). Epidemiología. Disponible en línea: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>. (Consultado, abril 2019).

16. Rice, P y Ortiz, M (2007). Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. Editorial Pearson Educación, Londres.

17. Capelozza L, (2015). Diagnóstico en Ortodoncia, Dental Press, Maringá.

18. Ugalde, F. (2014). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM. Vol. LXIV, (No. 3): 97-109.

19. Vellini F. (2002). Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca. Madrid.

20. Proffit W. (2014). Ortodoncia Teoría y Práctica. Cuarta Edición. Mosby Doyma Libros. Madrid-España.

21. Pinkham, J. (2012). Odontología pediátrica. Editorial Interamericana. Mexico.

22. D´Escrivan de Saturno Luz (2007). Ortodoncia en Dentición Mixta. Amolca; México.

23. Podadera, Z y Ruiz D. (2014). Prevalencia de hábitos bucales y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad; 2002-2003. Rev Cubana Estomatol. Cuba.

24. Moyers, R. (2014). Manual de Ortodoncia. 4ta Editorial Médica Panamericana; Argentina.
25. De Nova M, Planells del Pozo P, Marin J, Manzaneque A, Barbería E y Moreno J (2013) Succión digital: factor etiológico de maloclusión. Odontología Pediátrica. Disponible en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4134580&pid=S1138-123X200400010000600017&lng=es. (Consultado, septiembre 2019).
26. Segovia, M. (2010). Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. La deglución atípica. Sexta edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires: Argentina.
27. Rodríguez, E; Casasa, R. y Natera A (2007). 1001 tips en Ortodoncia y sus secretos. primera edición, Amolca. Venezuela.
28. Lugo, C y Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Ortodoncia. Ws edición electrónica disponible en línea: www.ortodoncia.ws. (Consultado, septiembre 2019).
29. Borrás S y Rosell C. (2015). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Tercera edición Serie: Patologías. Ediciones Nau Libres. España.
30. Sih T.; Sakano E.; Hayashi E. y Morelló C. (2010). Otorrinolaringología pediátrica. Ediciones Springer Science & Business media.
31. Canut, J. (2014). Ortodoncia clínica y terapéutica. Segunda Edición. Editorial Mason. Barcelona, España.
32. Tanaka, O; Vitral, R; Tanaka, G; Guerrero, A y Camargo, E. (2008). Nailbiting, or onychophagia: a special habit». Am J Orthod Dentofacial Orthop.
33. Cawson, R; Odell, E y Porter, S. (2012). Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine. Séptima edición. Churchill Livingstone. Edinburgh.
34. Frugone, Z y Rodríguez, C. (2013). Bruxismo. Av. Odontoestomatol. Facultad de Odontología. Universidad de Chile. Chile.
35. Baravesco, A. (2010). Proceso Metodológico de Investigación. Como hacer un diseño de investigación. Sexta edición. Editorial de la Universidad del Zulia. Venezuela.

36. Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación. Guía para su elaboración 4ta. Edición. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela
37. Tamayo y Tamayo (2014) El Proceso de la Investigación científica. Nueva Edición. Editorial Limusa S.A. México.
38. Hernández, Fernández y Baptista (2012) Metodología de la investigación. 4ta edición. Editorial Mc graw Hill. México.
39. Mejías; G. (2011). Normas para la elaboración y presentación de los anteproyectos, proyectos y trabajos de grado la Universidad José Antonio Páez, Carabobo, Venezuela.

ANEXOS

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

ANEXO A

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN

Objetivo General: Estudiar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos parafuncionales en dentición primaria y mixta dentro de las Clínicas de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-3.					
Variables	Definiciones	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Ítems
Maloclusiones	Desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares	Criterios de inclusión	- Edad - Sexo - Dentición primaria - Detención mixta	Guía de Observación	1-4
		Tipos	- Clase I - Clase II - Clase III		5-7
Hábitos parafuncionales	Factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales	Relación	- Succión digital - Deglución atípica - Respirador bucal - Onicofagia - Bruxismo		8-9

Fuente: Investigadoras, 2019

ANEXO B
INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO C
MATRIZ DE RESULTADOS

ANEXO C

MATRIZ DE RESULTADOS

N° SUJETO	EDAD	SEXO		TIPOS DE MALOCCLUSIÓN DENAL			PRESENCIA DE HABITO						RELACION	
		F	M	I	II	III	NO	Succión digital	Deglución atípica	Respirador bucal	Onicofagia	Bruxismo	SI	NO
1	9	X			X				X				X	
2	7		X	X			X							X
3	8		X		X					X			X	
4	8	X			X		X							X
5	10	X			X				X				X	
6	6	X				X			X				X	
7	7	X			X				X					
8	10	X			X							X	X	
9	7	X		X				X	X					X
10	8		X			X	X							X
11	10		X		X		X							X
12	9	X		X			X							X
13	10		X	X			X							X
14	10		X	X			X							X
15	9		X	X			X							X
16	10		X		X		X							X
17	6	X		X			X							
18	7		X		X		X							X
19	7		X	X			X							X
20	9		X	X					X					X
21	5	X		X			X							X
22	4		X	X				X						X
23	7	X		X					X					X
24	9	X			X				X				X	
25	8	X			X						X		X	
26	10		X	X							X		X	
27	8	X			X		X							X
28	10		X		X		X							X
29	9		X	X			X							X
30	9		X			X	X							X
31	9	X		X						X				X
32	6		X		X							X	X	

N° SUJETO	EDAD	SEXO		TIPOS DE MALOCCLUSIÓN DENAL			PRESENCIA DE HABITO						RELACION	
		F	M	I	II	III	NO	Succión digital	Deglución atípica	Respirador bucal	Onicofagia	Bruxismo	SI	NO
33	7	X			X			X					X	
34	7	X		X			X							X
35	10		X		X						X		X	
36	9		X			X					X		X	
37	7	X		X							X			X
38	9	X			X				X				X	
39	10		X		X			X					X	
40	11		X	X			X							X
41	9	X			X		X							X
42	7	X			X				X				X	
43	13	X			X		X							X
44	8		X			X		X					X	
45	8		X	X			X							X
46	8	X				X		X					X	
47	9		X	X			X							X
48	9		X	X			X							X
49	9	X			X						X		X	
50	8	X			X					X			X	
51	9		X	X						X				X
52	6	X		X								X	X	
53	9	X			X		X							X
54	9		X	X							X			X
55	7	X			X					X			X	
56	9	X			X		X							X
57	7		X		X							X	X	
58	9	X		X			X							X
59	8	X			X		X							X
60	7		X		X						X		X	
61	7	X		X							X			X
62	5		X		X		X							X
63	9		X	X			X							X
64	9	X			X				X				X	
65	8	X		X								X		X
66	8		X	X							X		X	
67	10	X			X						X		X	

N° SUJETO	EDAD	SEXO		TIPOS DE MALOCCLUSIÓN DENAL			PRESENCIA DE HABITO						RELACION	
		F	M	I	II	III	NO	Succión digital	Deglución atípica	Respirador bucal	Onicofagia	Bruxismo	SI	NO
68	9		X		X			X					X	X
69	10		X		X						X	X	X	X
70	9	X		X							X			X
71	8		X	X				X						X
72	9		X		X		X						X	
73	8	X			X		X							X
74	11	X		X			X							X
75	11		X		X					X				X
76	11		X		X		X						X	
77	5		X	X			X							X
78	9		X	X			X						X	
79	8		X		X				X					X
80	8		X	X			X							X
81	8	X		X			X							X
82	9		X				X	X						X
83	9		X		X		X						X	
84	10		X	X					X					X
85	10	X		X			X						X	
86	9		X				X		X				X	
87	12		X		X				X					X
88	7	X					X				X			X
89	9		X		X			X					X	
90	9		X	X						X				X
91	11	X		X			X							X
92	9		X		X						X		X	
93	9	X			X			X						X
94	6		X	X										X
95	9		X		X					X			X	
96	9		X		X			X					X	
97	9		X	X							X			X
98	9	X			X			X					X	
99	9		X		X						X		X	
100	10	X		X			X							X
101	13		X		X						X		X	
102	7		X	X							X			X

N° SUJETO	EDAD	SEXO		TIPOS DE MALOCCLUSIÓN DENAL			PRESENCIA DE HABITO						RELACION	
		F	M	I	II	III	NO	Succión digital	Deglución atípica	Respirador bucal	Onicofagia	Bruxismo	SI	NO
103	10		X	X			X							X
104	8		X	X							X			X
105	10		X	X			X							X