



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E
INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II**

Autor(es): Bárbara Mantilla

Samantha Hernández

Urb. Yuma II, calle N.º 3. Municipio San Diego

Telefono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 871239



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



**VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E
INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLINICA DE
ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II**

Proyecto para optar al título de

ODONTOLOGO

Autor(a): Bárbara Mantilla

Samantha Hernández

Tutor(a): Od. Erika González

Asesor Metodológico: Od. Gladys Orozco

San Diego, 2019



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



**VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON
CLASE II Y CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A
LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N.º

Nombres y apellidos

1. 24.398.830

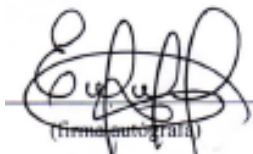
Barbara Mantilla

2. 24.596.846

Samantha Hernández

Tutor Propuesto: Erika González

Firma:



(Firma autografía)
Nombres y apellidos
C.I. 17.171.133

Cédula de Identidad N.º 17.171.133

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Mantilla Mora	Nombres: Bárbara Mantilla	C.I.: 24.398.830
Dirección: Urb. Poblado Edif 15 Apto 21		Teléfono: 0412-1751495
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela:	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores		
Nombre: Bárbara Mantilla	Teléfono; 0412-1751495	
Nombre: Samantha Hernández	Teléfono: 0412-7405033	
Título del Trabajo		
VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II		
Breve Explicación: El presente trabajo de grado consiste en evaluar cuales son los fonemas con mayor incidencia en mal pronunciación en pacientes niños con maloclusión clase II y clase III		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de Desarrollo: 32 semanas		
Tutor Académico propuesto Erika González		

APROBADO _____ NO APROBADO _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

 Nombre Firma Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA

 Nombre Firma Fecha



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




San Diego, 2019

ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **"VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II"**

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

Tutor: Od. Erika González


(firmado autor/párrafo)
Nombres y apellidos
C.I. 14.171.133

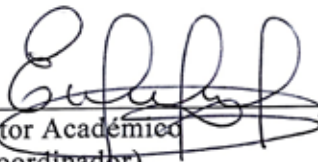


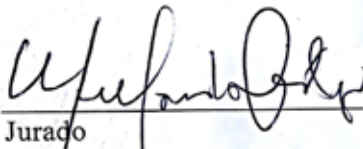
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

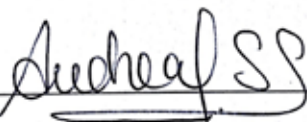


ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLINICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II", realizado por, Bárbara Mantilla C.I: 24.398.830. 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.


Tutor Académico
(Coordinador)
Nombre: Erika Gonzalez
C.I.: 17.171.133


Jurado
Nombre: Mirlanda Ortega
C.I.: 5.381.848


Jurado
Nombre: Andrea Scovino
C.I.: 24.553.114

Fecha: 03-06-19






UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

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 "VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II", realizado por, Samantha Hernández C.I 24.596.846 y Bárbara Mantilla C.I: 24.398.830. 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, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA


Tutor Académico
Erika González
Nombre:
C.I.: 17171133


Jurado
Nombre: Mirlanda Ortega
C.I.: 5381846


Jurado
Nombre: Andrea Scovino
C.I.: 24.553.114



Fecha: 05-06-19.

**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

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 “**VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II**”, realizado por Samantha Hernández C.I 24.596.846. 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.

.

Tutor Académico
Erika González
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre: Mirlanda Ortega
C.I.:

Jurado
Nombre: Andrea Scovino
C.I.:

Fecha: _____

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios y a la Virgen, por siempre darnos sabiduría, entendimiento y mucha paciencia para nunca desistir de nuestro sueño y guiarnos por el camino correcto en todo momento hasta llegar a nuestra meta con todo éxito.

Gracias a nuestros padres, familia y amigos, por ser pilares y darnos el apoyo a diario, no cabe duda de que hicieron este sueño posible, a pesar de las adversidades, sacrificios y preocupaciones siempre estuvieron a nuestro lado. Agradecemos con todo nuestro amor la enseñanza de nunca decaer y seguir adelante hasta lograrlo.

Muchas gracias a nuestra tutora Erika González por ser nuestra madre académica y guiarnos desde nuestros primeros pasos en las clínicas del niño hasta dejarnos de la mano a nuestra meta final, con la felicidad de poderte llamar colega.

Gracias a la profesora Nora de Freino por ayudarnos y guiarnos en todo el proceso de esta tesis, por apoyarnos y asesorarnos en este difícil proyecto.

Agradecemos también a cada uno de los profesores que dejando un granito de arena de conocimiento formaron las profesionales que ahora seremos, por su paciencia, dedicación en cada paso, semestre a semestre.

Sin dejar por alto a cada uno de los pacientes que pudimos atender, que tuvieron fe y confiaron en nosotras día tras día, dejándonos su salud bucal en nuestras manos y maravillosos conocimientos, sin ellos nada hubiese sido posible.

Finalmente, queremos agradecer a la Universidad José Antonio Páez, nuestra casa de estudios y segundo hogar, especialmente a lo que hoy es la escuela de Odontología, por inculcarnos todos esos valores y llevar a cabo nuestra formación académica. Gracias por habernos dado la oportunidad de conocer gente tan maravillosa en este largo recorrido como lo fueron nuestros profesores de estudio, compañeros y amigos que hoy en día se convirtieron en familia.

Samantha Hernández y Barbara Mantilla

DEDICATORIA

Primeramente, quiero dar gracias a Dios y a la Virgen por darme la dicha de este logro tan grande, por mantenerme con salud, por darme la sabiduría, la fuerza y la fe para culminar esta meta.

A mis padres José y Carolina por ser quienes siempre creyeron en mi desde el comienzo, quienes me alentaron cada vez que pensé que no podía haciéndome más fuerte, sin dejar de luchar ni un segundo esta meta se hizo no solo mía, si no nuestra, Gracias por ser tan incondicionales, por ser modelos a seguir de que con perseverancia y paciencia todo se logra, los amo, no podría pedir tener mejores personas a mi lado.

A mis hermanos José Alejandro Y Greibel, por al igual que mis padres ser un impulso para lograr llegar hasta el final su amor y cariño siempre me llena de ganas de dar lo mejor de mí.

No podía pasar por alto a mi abuelita Margarita por siempre pedirle a Dios con sus velitas y oraciones que me acompañara en cada momento de estudio sin que me faltara la luz para triunfar.

A mis amigos, nombrarlos a todos seria muchísimo pero cada uno de ustedes logro impulsarme de maneras diferentes acompañándome desde los momentos difíciles hasta las celebraciones por terminar las clínicas, gracias por darme los mejores momentos de mi vida convirtiéndose en mi familia.

Quiero agradecer a una paciente en especial a Delsia Rodríguez por ser más que mi paciente un angelito, convirtiéndose otra abuelita creíste en mi desde el principio y pude tener la dicha de atenderte hasta el final de mi carrera, simplemente gracias por cada detalle desde preocuparte por si comí hasta de hacerme los almuerzos más ricos.

A cada uno de mis profesores, que me decían cada día que siguiera adelante que si se podía mientras lloraba y corría por los pasillos, gracias a ustedes puedo llamarlos colegas. En especial a ti, Erika González por contestar cada llamada a deshora y soportarme en el camino más difícil cuando el cansancio nos llenaba siempre diste lo mejor de ti sin dejarnos solas ni un segundo, este logro también es tuyo, voy con todas las ganas a mi postgrado de odontopediatría, espero cuando llegue tenga la dicha de también tenerte como profesora de postgrado.

Samantha Hernández.

DEDICATORIA

Principalmente, quiero agradecer a Diosito ante todo y la Divina Pastora por darme mucha salud, fe y sobre todo sabiduría para cumplir esta de muchas metas por cumplir.

A mi angelito de la guardia que hace 17 años estas cuidándonos y protegiéndonos desde el cielo.

A mis pilares, mis padres Barbara y Guillermo por aguantar cada berrinche cuando sentía que no iba poder lograrlo, por cada palabra de aliento por todo el apoyo moral y mental que me dieron por estos largos cuatro años, por las ganas de luchar y seguir adelante para un día poder decir a todo pulmón que lo logre, mas que mío, es un logro que comparto con ustedes porque no podría haberlo hecho sin su apoyo incondicional, darte las gracias a ti papi por ser mi paciente estrella por muchos semestres por cada viaje de madrugada para poder estar a tiempo para mis guardias. LOS AMO INFINITAMENTE.

A mis hermanos, Memo por aguantarme, por ser mi chofer por mucho tiempo y calarse los continuos viajes hasta valencia, solo tú me tienes tanta paciencia, A Carlos por ser mi fuerza, por darme tanta confianza y estar siempre para cuando te necesitaba, y aunque hoy no podrán estar presentes conmigo quiero que se sientan muy orgulloso de mi, a mis primas y mi familia por siempre estar pendiente, apoyarme en todo.

A mis amigos que poco a poco se fueron convirtiendo en tu familia, en esas personas que te hacían sentir en casa y resguardado en aquellas personas que son indispensables en tu vida, porque en muchas ocasiones compartimos las mismas frustraciones y lloramos juntos y mutuamente nos apoyábamos, gracias infinitas por siempre ser y estar.

A los profesores por la paciencia, por ser esos profesores que no solo te ensañan una materia, sino que te ayudan a crecer cada día como ser humano, realmente sin ustedes y sin su conocimiento no estuviera hoy aquí, gracias porque ustedes son el futuro de cada uno de los estudiantes de esta HERMOSA carrera que escogí. Sobre todo, a ti profe Erika, que me enseñaste a quitarme ese miedo en la clínica de odontopediatría, por dejarme llorar cuando el paciente lloraba por tanta paciencia y por tu apoyo incondicional.

Att: Barbara Mantilla

INDICE

RESUMEN INFORMATIVO	IV	
INFORMATIVE SUMMARY	V	
INTRODUCCION	1	
CAPÍTULO		
I	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
	1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
	1.2. OBJETIVOS	7
	1.2.1 OBJETIVO GENERAL	7
	1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICOS	7
	1.3. JUSTIFICACIÓN	7
	1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	9
II	MARCO TEÓRICO	10
	2.1. ANTECEDENTES	10
	2.2. BASES TEÓRICAS	12
	2.3. DEFINICION DE TERMINOS	22
III	MARCO METODOLÓGICO	25
	3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	25
	3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.	25
	3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	
	3.4. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	26
	3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
		28
IV	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	28
	4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	28
	4.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
		34
REFERENCIAS		36
ANEXOS		40

LISTA DE TABLAS

TABLA No.

1. Determinar la prevalencia de niños con clase II Y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II	
2. Establecer la prevalencia de niños con clase II Y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II	28
3. Identificar las variables fonéticas presentes en niños con clase II Y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II	29
4. Identificar las variables fonéticas presentes en niños con clase II Y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II	30
	32

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO No.

1. Representación gráfica de análisis de la prevalencia de niños con clase II Y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II	28
2. Representación gráfica de las respuestas de identificación de las variables fonéticas presentes en niños con clase II Y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II	29
3. Representación gráfica de las respuestas de identificación de las variables fonéticas presentes en niños con clase II Y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial	30



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



VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLINICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II

Autor(a): Bárbara Mantilla
Samantha Hernández

Tutor(a): OD. Erika González

Asesor Metodológico: Od. Gladys Orozco

Fecha: Junio 2019

RESUMEN INFORMATIVO

Este trabajo tiene como finalidad estudiar las variantes fonéticas en niños con clase II y clase III e interferencia lingual, teniendo como objetivos específicos determinar la prevalencia de niños con clase II, establecer la prevalencia, identificar las variables y por último analizar las presentes variables en los niños dentro de las clínicas de ortodoncia y ortopedia dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez. basándonos en una técnica observativa, relacionando cuales son los fonemas más comunes con error de pronunciación, ayudar a crear conciencia de la importancia de este. La población estará conformada por doscientos ochenta (280) pacientes entre 6 y 11 años, contexto la muestra será de tipo no probabilístico intensional y estará conformada por el treinta por ciento (30%), y por los criterios de inclusión los cuales se va a regir por: la edad del paciente, pacientes con clase II y clase III, pacientes con interferencia lingual. Obteniendo como resultado de la guía de observación aplicada a los niños de la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II se registró un 98.5% de niños con maloclusión clase II, el 89.66% presentan interferencia lingual. que la palabra con mayor dificultad de pronunciación es la palabra izquierdo con un porcentaje de 82.76%, por último, los fonemas con mayor dificultad de pronunciación son el fonema /i/, /rr/ con un 66%.

Palabras claves: variantes, fonemas, maloclusiones, ortopedia, oclusión



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



PHONETIC VARIANTS IN CHILDREN WITH CLASS II AND CLASS III AND LINGUAL INTERFERENCE THAT COME TO THE CLINIC OF ORTHOPEDECS AND DENTOFACIAL ORTHODONTICS II

Autor: Bárbara Mantilla

Samantha Hernández

Tutor (a): OD. Erika González

Asesor Metodológico: Od. Gladys Orozco

Date: June 2019

INFORMATIVE SUMMARY

The purpose of this work is to study the phonetic variants in children with class II and class III and lingual interference, having as specific objectives to determine the prevalence of children with class II, establish prevalence, identify the variables and finally analyze the present variables in the children within the orthodontics and orthopedic dentofacial II clinics of the José Antonio Páez University. based on an observational technique, relating which are the most common phonemes with pronunciation error, help to create awareness of the importance of this. The population will consist of two hundred and eighty (280) patients between 6 and 11 years, context the sample will be non-probabilistic type intensional and will be made up of thirty percent (30%), and by the inclusion criteria which will be rule by: the age of the patient, patients with class II and class III, patients with lingual interference. Obtaining as a result of the observation guide applied to the children of the dentofacial II orthodontic and orthopedic clinic, 98.5% of children with class II malocclusion were registered, 89.66% presented lingual inference. that the word with greater difficulty of pronunciation is the left word with a percentage of 82.76%, finally, the phonemes with greater difficulty of pronunciation are the phoneme / i /, / rr / with 66%.

Keywords: variants, phonemes, malocclusions, orthopedics, occlusion



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



**VARIANTES FONÉTICAS EN NIÑOS CON CLASE II Y CLASE III E
INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II**

Autores: Barbara Mantilla
Samantha Hernández

Valencia 2019

INTRODUCCION

En el área de la salud es de gran importancia brindar al paciente una consulta integral, el odontólogo cumple un rol muy importante, no solo se encarga de la salud bucal del paciente sino también de la integridad de cada uno de los elementos que a la cavidad bucal están relacionadas. Debido a eso la preparación de este debe ser completa llenándose de conocimientos tanto en el área odontológica como a lo que todo está refiere. Es por eso por lo que en este trabajo de investigación hablamos de la importancia de un diagnostico completo y a tiempo, además de estudiar, identificar y analizar las consciencias que pudiese traer la patología que hemos planteamos, las maloclusiones, son muchas las repercusiones que estas traen en la salud bucal, una de ellas es la dificultad para pronunciar ciertos fonemas, el profesional tiene la tarea de poder identificar este problema para orientar al paciente en pro a corregirlo.

En vista de esta problemática nuestro objetivo general fue estudiar las variantes fonéticas en niños con clase II Y III e interferencia lingual que acuden a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez. el mismo está formado por cuatro (04) capítulos, los cuales son los siguientes: Capítulo I: El Problema, en el cual se presenta el contexto y el planteamiento del problema utilizado para la presente investigación, además de la formulación del problema, los objetivos de la investigación y la justificación.

Capítulo II: Marco Teórico; el cual incluye lo referente a los antecedentes de la investigación, las bases teóricas que fundamentan el estudio, la definición de términos básicos y las bases legales.

Capítulo III: Marco Metodológico; éste menciona la metodología utilizada por la investigación, tomando en cuenta el diseño y tipo de investigación, su modalidad, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, la validez y su confiabilidad y las técnicas de análisis

En el Capítulo IV se realizó el análisis y presentación de resultados y las conclusiones y recomendaciones, en concordancia con las técnicas e instrumentos de recolección de información seleccionados

CAPITULO I

Planteamiento del Problema

Planteamiento del Problema

El aparato masticatorio está constituido por la suma de elementos óseos y dentarios que forman la cavidad bucal y sus zonas vecinas, las articulaciones, los músculos, que ponen en movimiento este aparato o sistema, los tejidos de recubrimiento encía y mucosa que tapizan las diferentes regiones de este sistema con sus vasos y nervios; todos estos elementos ayudan a realizar múltiples funciones de suma importancia para las actividades cotidianas de la vida del ser humano, como lo es la primera fase de la digestión de los alimentos, la deglución, masticación, articulación y fonación.(1)

Observamos que, la arquitectura más simple comienza por el maxilar inferior que está constituido por un solo hueso, este hueso se relaciona con las bases del cráneo mediante las articulaciones temporomandibulares, una derecha y una izquierda. Mientras que el maxilar superior está unido por trece huesos, que se hallan fijos entre sí y unidos al resto del cráneo. Por ende, este órgano debe estar en armonía para cumplir con las funciones de una manera adecuada, es decir, cada unidad dentaria tendrá un antagonista en estado de reposo (1).

Por consiguiente, una oclusión correcta no es la que ofrece una excelente disposición anatómica entre los arcos dentarios superior e inferior, sino la que permite una relación fisiológica normal entre ambos arcos dentarios; el hecho de tener alguna alteración en el aparato estomatognático significa encontrar

repercusiones significativas dentro de la cavidad bucal, una de las alteraciones más comunes que se encuentran son las maloclusiones (1).

Es necesario destacar que según, Harris JE, Kowalski CJ (2009), define que la maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático (2)

Además, la maloclusión dental también es consecuencia de las diferencias maxilo-mandibulares del crecimiento y de las distorsiones de la posición dental dentro de cada arcada. En ésta influyen también las alteraciones en la cronología de La erupción dentaria, la pérdida prematura de dientes y la caries dental, entre otros factores que originan que, en ocasiones, los órganos dentarios no cumplan ciertos parámetros considerados “normales” en la oclusión. (3)

Se sabe que en la dentición permanente de los niños y de los adolescentes se presentan graves alteraciones del desarrollo y es claro que los trastornos más significativos a largo plazo son los que afectan a la cavidad bucal; sin embargo, es en la dentición temporal donde inician estos problemas. Cuando se producen alteraciones en la primera dentición, hay que sospechar que aparecerán problemas similares en la permanente y que es allí donde se debe comenzar a corregir estas alteraciones. (4).

Dentro de este marco es importante definir que es el lenguaje, De acuerdo con Roch Lecours, el lenguaje es "el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales de acuerdo con una convención propia de una comunidad" (5)

En este caso también existen alteraciones en el habla, que básicamente son: La disartria, la disfemia, la dislalia, la dislalia audiogenas y la disglosia mandibular.

Además, los trastornos del lenguaje se clasificaron en orgánicas a consecuencia de lesiones anatómicas en los órganos articulatorios y funcionales cuya causa se origina en una mala coordinación muscular debido a factores etiológicos diferentes. (6). También la presencia de hábitos bucales deformantes, especialmente la interferencia lingual, se encuentra íntimamente relacionada con las dislalias; tanto la lengua como el espacio intermaxilar, sufren modificaciones considerables en el crecimiento entre los 10 años y la adultez (7)

Se considera que la etiología de los trastornos del lenguaje puede ser por distintas causas que dependen del origen de su producción, algunas de ellas están relacionadas con las alteraciones anatómicas de la cavidad bucal, las cuales involucran la forma de los labios, maxilar superior e inferior, paladar óseo y blando, úvula, órganos dentarios y lengua. Por lo tanto, el hecho de tener alguna alteración funcional significa encontrar repercusiones. (8)

Uno de los problemas que se observan en los trastornos del lenguaje, son alteraciones en la pronunciación. Se definen como un trastorno en la articulación de los fonemas, el cual es resultado de la incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. (9).

Los defectos en el punto y modo de articulación de un determinado fonema, en los trastornos del lenguaje, son alteraciones puramente funcionales, pueden darse tres tipos de fenómenos patológicos: sustitución, omisión y distorsión (10).

En el hombre la fonación es una de las principales funciones que realiza el aparato estomatognático, y entre los trastornos de marcada importancia están las anomalías del desarrollo de los órganos de la articulación cuando existen variaciones en los fonemas y no son pronunciados correctamente, haciendo un cambio en la palabra y dificultando su comprensión, estas alteraciones en los fonemas vienen dados por distintos factores, desde un factor cultural, socioeconómico o alguna alteración en el organismo sea neurológico o de malformación en los maxilares, la correcta anatomía de toda la cavidad oral va a ser esencial para que estos fonemas puedan darse, la lengua cumple un rol importante ya que según sus movimientos se derivan los diferentes fonemas, una posición inadecuada produciría una variación en este lo cual no permitiría su correcta pronunciación y fluidez. (11)

Actualmente se le ha dado importancia a las maloclusiones y a la asociación que estas puedan generar sobre las malposiciones linguales. Regal C (1999) menciona que las malformaciones de las arcadas alveolares o del paladar óseo y las maloclusiones dentales producen trastornos del lenguaje y la interferencia sobre el mecanismo de la palabra es mucho más evidente en la infancia. (12) Si la articulación fonética se encuentra automatizada, cuando aparecen las maloclusiones, las interferencias linguales serán menores o transitorias, pero de cualquier manera desaparecerán solamente con la intervención del ortodoncista o del cirujano maxilofacial. (13)

Es importante destacar que la interposición lingual en los primeros meses de vida constituye una alteración de la función del habla. Actualmente se debate sobre el papel primario o secundario de la lengua en la etiología de las maloclusiones,

más si se ha demostrado la influencia de esta en la fonación ya que para poder pronunciar los fonemas /r/, /s/, /l/, /t/ y /d/ se necesita un movimiento de la lengua, esto puede traer consecuencias en la autoestima, pero sin embargo es un hábito que puede corregirse. (14) Así mismo, estudios epidemiológicos han mostrado que la maloclusión se presenta con tasas de prevalencia considerablemente altas, ya que más de 60% de la población la desarrolla. (14)

Algunos investigadores atribuyen una base anatómico funcional a las dificultades lingüísticas mientras que otros señalan como causa de éstas la influencia de factores socioculturales. Sin embargo, no se descarta una combinación de ambas debido a que, la mayoría de las veces, las primeras inciden sobre las segundas y viceversa. (15)

Algunos autores coinciden en que las maloclusiones representan 70% de las afecciones de la cavidad bucal y que constituyen un problema de salud bucal; en lo que a la patología articular se refiere, los trastornos del lenguaje representan 70% de las afecciones del habla en las consultas de fonoaudiología. (16)

Es necesario destacar que existen otros aspectos que agravan los trastornos del lenguaje, asociado al retraso mental leve y retraso mental moderado; al trastorno del lenguaje asociado a enfermedades del sistema nervioso que describe aquellas que comprometen la posibilidad de adquisición de un lenguaje oral, sobre todo a nivel expresivo parálisis cerebral infantil, enfermedades hereditarias y degenerativas del sistema nervioso. (17)

En lo anteriormente planteado es de especial relevancia destacar que las interferencias linguales relacionadas a las maloclusiones clase II y clase III se evidencian en la edad preescolar, por eso es importante definir la maloclusión y las posibles variantes fonéticas que pueden evidenciarse y agravarse con el tiempo para tomar las prevenciones necesarias. (18)

Para la atención de estos pacientes el odontólogo debe tener unos profundos conocimientos de los aspectos biológicos, psicológicos, y técnicos entre otros, por la sensible disminución de adaptación, los individuos de edad temprana requieren un enfoque de características específicas con tratamientos modificados para facilitar la conducta del paciente durante el curso del tratamiento. (19)

Sobre la base de todo lo planteado con anterioridad específicamente en el área de ortopedia y ortodoncia dentofacial de la Universidad José Antonio Páez mediante un diagnóstico visual se evidencia la prevalencia las variantes fonéticas en los pacientes pediátricos que registran maloclusión; ante esta situación es permitiente plantearse cuales son las variantes fonéticas y sus repercusiones psicológicas y sociales. (20)

Analizando todo lo anteriormente planteado surge la siguiente interrogante de investigación ¿Cuáles son las variantes fonéticas en niños con clase II y clase III e interferencia lingual que acuden a la clínica de ortopedia y ortodoncia dentofacial?

Como una manera de dar respuesta a estas interrogantes se plantea la siguiente investigación de aportar recomendaciones para solucionar la alternación de los fonemas.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Estudiar las variantes fonéticas en niños con clase II y clase III e interferencia lingual que acuden a la clínica de ortopedia y ortodoncia dentofacial

Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de niños con clase II y clase III que acuden a la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial II
- Establecer la prevalencia de niños con clase II y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial II
- Identificar las variantes fonéticas presentes en niños con clase II y clase III con interferencia lingual que acuden a la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial II
- Analizar las variantes fonéticas presentes en niños con clase II y clase III e interferencia lingual que acuden a la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II

Justificación del problema

La presente investigación se justifica desde el punto de vista teórico, porque permite determinar la prevalencia de las variaciones fonéticas, definir cuáles son los tipos que existen y dar soluciones tanto ortopédicas como fonoaudiológicas para solventar la alteración

Igualmente permite conocer la importancia de consultar a un odontólogo desde temprana edad, con el fin de identificar las maloclusiones y las consecuencias que estas pueden traer a un futuro, siendo una de ellas la comunicación, que es de vital importancia para la calidad de vida del ser humano, esta se ve afectada de diferentes formas según sea el tipo de trastorno del lenguaje, pueden ser evolutivas, audiogenas u orgánicas identificarlas con rapidez facilita el tratamiento y evita que se agrave dicha alteración. Además de la educación del paciente con métodos preventivos para así evitar otras patologías que se puedan presentar en un futuro. (21)

Se reconoce que el lenguaje es vital para la formación, funcionamiento y regulación de la personalidad, favorece el desarrollo individual depende de la relación entre las condiciones biológicas y el contexto social.

La utilización del lenguaje como vía fundamental del niño, la estimulación e integración del sistema de funciones psíquicas le permite al niño tener acceso a la cultura humana y a la comunicación. (22)

En el mismo orden de ideas, se puede enfatizar que el resultado de dicha investigación, ofrecerá al gremio de estudio odontológico, un estudio que proporcione la certeza de que las maloclusiones generan dichos alteraciones fonéticas, con el fin de que estas no sean pasadas por alto ya que no es simplemente una patología relacionada solamente con la estética, sino que va mucho más allá, generando alteraciones en el aparato estomatognático, a nivel del habla, alteraciones en la oclusión dental, lo cual afecta notoriamente al individuo a nivel psicológico y social. (23)

De un punto de vista personal, la presente investigación intenta ofrecer una revisión con carácter científico y metodológico, brindando al autor la posibilidad de avanzar a nivel educativo, intelectual, y profesional, permitiendo además ampliar el conocimiento en lo referente al uso de herramientas de investigación y revisión documental, así como las referidas a la ciencia de la salud, permitiendo además aportar soluciones a un problema de salud pública que tiene dimensiones psicológicas cada vez mayores y, que a través del mismo se pueda combatir esto en pro a la salud de toda la comunidad.

Alcance o delimitaciones

El presente trabajo de investigación está dirigido a la Clínica de ortopedia y ortodoncia dentofacial de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018-2019 En San Diego, estado Carabobo, Venezuela

CAPITULO II

Marco Teórico

Antecedentes

Según Fideas Arias (2004). Los antecedentes se refieren a todos los trabajos de investigación que anteceden al nuestro, es decir, aquellos donde se hayan manejado las mismas variables o se hallan propuesto objetivos similares; además sirven de guía al investigador, le permiten hacer comparaciones y tener idea sobre cómo se trató el problema en esa oportunidad. (24)

Así mismo, Giuseppina Lagana y colaboradores, En Albania, Tiranía, en el 2013, realizo una investigación sobre La Prevalencia de maloclusiones, hábitos orales y necesidad de tratamiento de ortodoncia en unos niños de 7 a 15 años, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de maloclusiones, hábitos orales y necesidad de tratamiento de ortodoncia en una muestra de escolares de 7 a 15 años, albaneses. En la investigación se observaron maloclusiones y asimetrías de clase I, clase II y clase III, hubo una mayor tasa de prevalencia en el sexo masculino (78,9%), como conclusión o hallazgos del presente estudio revelaron la necesidad de mejorar los planes de salud pública para ortodoncia prevención y detección y para organizar los recursos en esta área en Albania.

Por otro lado, Catarí, P y colaboradores, en Valencia, Venezuela en el 2014, realizaron una investigación sobre Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatría, fue un estudio epidemiológico descriptivo no experimental transversal, con una población 190 historias clínicas. La detección de los diferentes hábitos bucales no fisiológicos

se realizó en 2 etapas: 1) llenado de la historia clínica de la FOUC y 2) Aplicación de una lista de cotejo con los datos obtenidos en la Historia Clínica, El total de pacientes sanos fue de 29, los pacientes con maloclusión dieron un valor de 81; el hábito bucal de mayor frecuencia fue la onicofagia con un valor de 40 pacientes, con respecto a las maloclusiones se observó mayor frecuencia el apiñamiento con 22 pacientes, clase II subdivisión 2 con 21 pacientes, mordida abierta con 14 pacientes, por último, los pacientes que presentaron hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión fue de 51 en conclusión es necesaria la identificación oportuna de estos hábitos, si es posible disminuir o erradicarlos durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares, por otra parte, tratar de no anticipar el uso de dispositivos antes de los primeros 6 meses de vida.

En la misma forma, Andrea Ocampo Parra y colaboradores, En Colombia, en 2015, realizo una investigación sobre la Prevalencia de dislalias en estudiantes de 8 a 16 años con mordida abierta anterior, encontrando que la mordida abierta anterior es la maloclusión más común asociada con los trastornos del habla y La literatura ha demostrado que los problemas de oclusión involucran todas las funciones orales no solo produce problemas de estética u oclusales para el paciente si no que modifica la unión de los labios, lengua, dientes, paladar, rugas palatinas y orofaringe, por lo tanto afecta la capacidad de comunicarse bien con su entorno. se desconoce la prevalencia en niños y adolescentes El tipo de dislalias en niños con esta maloclusión también se desconoce. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue describir la frecuencia y los tipos de dislalia en estudiantes de 8 a 16 años, así como la diferencia en los tipos de dislalia según la

magnitud de AOB. Se encontró una asociación significativa entre los diferentes tipos de dislalia y la gravedad de la AOB. La prevalencia de AOB en Envigado es baja (2,7%). Las alteraciones de la fonación son muy comunes en los niños. con AOB (77,8%), y la distorsión es el tipo de dislalia más frecuente (75,8%). Para diagnosticar y tratar problemas oclusales y fonéticos, y para evitar una posible recurrencia, se recomienda un enfoque interdisciplinario.

De la misma forma, Jimmy Rivadeneira, En Ecuador, en el 2017 realizo una investigación sobre los trastornos del habla asociados a maloclusión dental en estudiantes de primer y segundo grado de la unidad educativa policía nacional, el propósito de este estudio es principalmente diagnosticar algunos tipos de maloclusiones dentales, y a su vez asociarlas a estos trastornos del habla, ya que dependiendo del tipo de maloclusión dental que el paciente presente tendrá dificultad para pronunciar un determinado tipo de fonemas, y esto es algo que el terapeuta de lenguaje no podrá solucionar, como conclusión se determinó que hay una relación evidente entre las variables trastornos del habla y maloclusión dental siendo ambas dependientes y en las pruebas de chi-cuadrado de Pearson $p=0,005$, por lo tanto rechazamos la hipótesis nula.

Finalmente, Sanda Lah Kravanja y colaboradores, En Eslovenia, en 2018, evaluó mediante un ultrasonido tridimensional de la postura de la lengua y su impacto en la articulación. Trastornos en niños en edad preescolar con anterior mordida abierta. Encontrándose que la postura de la lengua juega un papel importante en la etiología de la mordida abierta anterior (AOB) y los trastornos de articulación. es crucial para la planificación del tratamiento y la estabilidad postratamiento la

valoración clínica de la postura de la lengua. En niños no es fiable debido a limitaciones anatómicas. El objetivo del estudio fue presentar diagnósticos funcionales utilizando ecografía tridimensional (3DUS) evaluación de la postura de la lengua en reposo en comparación con la evaluación clínica, y las asociaciones entre la postura inadecuada de la lengua, las características otorrinolaringológicas y los trastornos en la articulación en niños en edad preescolar con AOB. Dando como resultado una prevalencia del 7,2%. El 3DUS ha demostrado ser un método objetivo, no invasivo, libre de radiación para la evaluación de postura de la lengua y podría convertirse en una herramienta importante en el diagnóstico funcional y la rehabilitación temprana en el preescolar niño con irregularidades en el habla y postura irregular de la lengua y maloclusión para permitir condiciones óptimas Para el desarrollo de la articulación.

Bases teóricas

Según Bavaresco (2006) las bases teóricas tienen que ver con las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio, es decir, cada problema posee algún referente teórico, lo que indica, que el investigador no puede hacer abstracción por el desconocimiento, salvo que sus estudios se soporten en investigaciones puras o bien exploratorias. (25)

La fonética, es el estudio de los sonidos físicos del discurso humano. Es la rama de la lingüística que estudia la producción y percepción de los sonidos de una lengua específica, con respecto a sus manifestaciones físicas. Sus principales

ramas son: fonética experimental, fonética articuladora, fonemática y fonética acústica. (26)

El fonema es la unidad más pequeña de la lengua. Lo podemos definir como cada uno de sonidos que dentro de una lengua tienen valor distintivo; es decir, que tiene capacidad para distinguir entre dos palabras, en realidad, los fonemas no son verdaderos sonidos. Los sonidos son realidades materiales. Los fonemas son abstracciones, es decir son la imagen mental ideal que cada hablante tiene de los sonidos fundamentales de su lengua. (26)

Alófono, se llama alófono a cada uno de los fonos o sonidos que en un idioma dado se reconocen como variantes de un determinado fonema, sin que las variaciones entre ellos tengan valor distintivo. Cada alófono corresponde a una determinada forma acústica, pero en las reglas de la lengua se los considera como poseyendo el mismo valor. (26)

Desde el punto de vista fisiológico, el habla normal es la que se produce sin ninguna alteración en su dinámica anatómico funcional. Según la lingüística, es aquella que se ajusta a la norma tradicional impuesta por la colectividad. (26)

Estadísticamente, la norma corresponde a lo que dicta la mayoría de los individuos que forman la sociedad. En relación con el fenómeno social, la intercomunicación humana. Para el individuo, la facultad lingüística es normal cuando cumple su misión satisfactoriamente, sin ninguna imposibilidad permanente y se aceptan dentro del ámbito de lo normal las alteraciones pasajeras que pueden presentarse ocasionalmente. (27)

La evolución del habla y la morfología oral son interdependientes. Es de suma importancia la armonía del ambiente dental pues influye en la postura y acomodación de la lengua al hablar y consecuentemente en la calidad de la articulación de los fonemas. Una vez instaurada la maloclusión, afectará la función, lo que conllevará a fallas del habla o dislalias, particularmente en el punto de articulación de los fonemas (28)

Desde el siglo pasado se ha venido investigando acerca de la relación existente entre los defectos del habla y la presencia de maloclusión, enfatizando en las fuerzas que se ejercen por parte de la musculatura perioral y lingual sobre la estructura alveolar en el ejercicio de las funciones del sistema estomatognático. La maloclusión dental es una anomalía morfológica y se debe tener presente que una vez se encuentra una alteración de la forma, ésta afectará la función de la respiración, la masticación, la deglución y el habla, no tanto por imposibilidad de ejecutarlas, sino porque requieren una compensación fisiológica de la deformación. Las investigaciones que asocian los trastornos del lenguaje y la presencia de maloclusiones reportan en menores de 10 años prevalencias entre 32%, 42%, 51,72% en lo que a la patología articular se refiere, las dislalias representan 70% de las afecciones del habla en las consultas de logopedia y foniatría. Para la detección de dificultades articulatorias y deformaciones de palabras, se utilizan diversas pruebas de articulación, donde se evalúan los fonemas en posición inicial, media, final y diptongos, aplicándolos en forma espontánea y de manera individual y sin límite de edad. (29)

Las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla. Por los cambios de posición de estos tejidos duros y blandos la corriente de aire es afectada para producir el tono vocal y los sonidos normales o anormales. Muchos expertos en el campo reconocen que las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla. En la mayor parte de los casos, la adaptación o compensación supera la tarea de la maloclusión, pero no siempre. La articulación de las consonantes y vocales puede ser atribuida a mala adaptación funcional a la maloclusión dentaria. Bloomer afirma que los efectos sobre el habla pueden ser directos o indirectos: indirectos, por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla, indirectos, debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo (30)

La dislalia es la alteración más habitual entre los escolares y lo constituyen las alteraciones en la pronunciación y se puede definir como los trastornos de la articulación en los sonidos del habla donde no conste como base una entidad neurológica. Las dislalias son muy habituales en la infancia sobre todo en los primeros años escolares, el sigmatismo es también una dislalia funcional lo cual significa que podemos encontrar esta protrusión de la lengua a través de los dientes durante el perfeccionamiento del habla en los niños, pero esta habitualmente va desapareciendo antes de llegar a la edad escolar, si esta perdura después de los 4 años puede deberse a un déficit auditivo, de coordinación motora o incluso de inteligencia. En el caso de las dislalias el niño tiene dificultades para lograr tener un control adecuado de sus órganos de articulación

de la palabra ya sea en posición o movimiento, o de realizar una emisión adecuada del aire fonador por diferentes

causas etiológicas propias de las dislalias. La articulación de la palabra es producida por la lengua, con los movimientos y apoyo en los tejidos blandos o duros, las vocales por otro lado son derivadas por la laringe, las consonantes en las cavidades supraglóticas, en la pronunciación de las consonantes no solo juega un rol importante la lengua sino también los labios y el velo del paladar. El sujeto que presenta dislalias al pronunciar puede cometer errores de uno o varios fonemas pudiendo mudar su lenguaje en una jerga confusa por las continuas distorsiones verbales que utiliza. Pueden ser simples, múltiples o generalizados, también la nomenclatura del trastorno se determina con el uso del nombre griego del fonema al que se le une el sufijo (ismo) como por ejemplo si la alteración es de la r, rotacismo, de la /s/ sigmatismo etc. Existe una serie de sonidos en las que se da una mayor incidencia de dislalias, que por lo general corresponden a aquellos que requieren una mayor habilidad articulatoria, entre estos se pueden citar: r, s, k, l, z, ch, d, y las sílabas de consonantes dobles cuya pronunciación es más difícil donde se pueden producir sustituciones, distorsiones u omisiones. (31)

En ciertos casos el niño se da cuenta cuándo su habla es defectuosa, pero es incapaz de imitar acertadamente los sonidos que oye o los movimientos que ve, en cambio en otros niños no suelen darse cuenta por la falta de diferenciación acústica o por su falta de atención. (31)

Una de las clasificaciones más usadas para el estudio de las dislalias varía de acuerdo con su alteración en: A) Sustitución: Si el niño mantiene la estructura

silábica, pero sustituyendo claramente uno de los sonidos por otro que se reconoce perfectamente. B) Omisión: Si el niño omite uno o más fonemas de la silaba. C) Distorsión: Si el niño realiza una producción articulatoria que no coincide con el fonema en cuestión, pero tampoco con ningún otro. (31)

Las anomalías dentomaxilares (ADM) son afección del desarrollo, en la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal. Es frecuente que estos problemas sean el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo, y no es posible describir un factor etiológico específico. Las ADM si bien no producen un riesgo vital, son unos de los problemas más percibidos por la población general, pues afectan la estética y funcionalidad del aparato estomatognático, por la falta de armonía entre los maxilares y/o entre los maxilares y las piezas dentarias, afectan muchas veces la relación de los niños con sus pares (32).

Muchos son los estudios que relacionan la presencia de malos hábitos orales, como los de succiones no nutritivas, con el origen de las maloclusiones, y con frecuencia la corrección no es estable, porque no se alcanza el equilibrio neuromuscular adecuado. Es por esto por lo que la evaluación clínica por parte del Ortodoncista debe incluir una evaluación de las disfunciones neuromusculares (33).

Un hábito es una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Dentro de la cavidad oral podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, quienes son de gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones. Entre los

más comunes se encuentran los hábitos de succión, respiradores bucales, alteraciones de la deglución e interposición de objetos. (34). Cuanto se afecte el crecimiento de las estructuras orofaciales, dependerá de la frecuencia, duración, intensidad y de la dirección de la fuerza aplicada al realizar esta contracción muscular de manera reiterada. Es por esto por lo que en la prevención de las maloclusiones es importante diagnosticar, controlar y eliminar oportunamente la instalación de un mal hábito oral (34). Dentro de los malos hábitos que podemos encontrar a nivel oral están los hábitos de succión, interposición y respiración.

En mamíferos, con el mecanismo separado de alimentación y respiración, permite que la lengua se localice en una posición alta en la cavidad oral, o llenar el espacio oral. La lengua permanece alta y en algunas ocasiones demasiado alta, manteniendo una posición alta incluso después del nacimiento. El acto de tragar comienza alrededor del segundo trimestre y la succión de dedo puede ocurrir en el feto tempranamente, incluso a los 5 meses de vida intrauterina. Las lenguas de posición alta en conjuntos con el empuje lingual crónico han sido descritas como atávico. Durante la vida intrauterina, hay un descenso natural del hueso hioides. En la deglución infantil, que se observa en los primeros años de vida la lengua se ubica entre los incisivos superiores e inferiores (primariamente en los rebordes alveolares. La estabilización de la deglución la realiza la musculatura del VII par mientras que la movilidad mandibular ya está dirigida por los músculos masticadores (32).

La interposición lingual se define como la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias en la zona anterior (incisivos) o posterior (molares), observada en reposo o en alguna función como la deglución o fonoarticulación. Se asocia a

ADM tales como mordida abierta, protrusión de incisivos superiores e inferiores, además de desgaste de los bordes incisales de los incisivos. A nivel del desarrollo del macizo craneofacial la actividad anómala de la lengua determina un cambio de la morfología facial. La hiperactividad de los músculos depresores de la lengua posiciona a esta sobre el piso de boca, en vez de estar apoyada sobre el paladar en su estado de reposo. Esta posición de la lengua en el piso de boca estimula el crecimiento mandibular en el sentido anteroposterior y transversal, siendo el responsable muchas veces de la presencia de mordidas cruzadas e incluso a veces de progenies. Al estar la lengua en esta posición baja, no se produce la estimulación lingual sobre el desarrollo transversal de maxilar, generando una compresión del maxilar superior. Si esto lo sumamos al aumento del tamaño mandibular, es fácil entender la génesis de esta malformación. En la deglución infantil, la lengua se apoya entre los incisivos, en vez de detrás de ellos, lo cual produce a nivel dentoalveolar una mordida abierta anterior, que se retroalimenta con la actividad neuromuscular. Para poder hacer el vacío, el paciente interpone la lengua entre los dientes al deglutir y esto aumenta la mordida abierta anterior (32)

Es de gran importancia incluir que la ortopedia dentofacial es la encargada de corregir estas alteraciones que afectan el desarrollo facial. Esta especialidad suele ser confundida con la Ortodoncia, que se centra en corregir la posición de los dientes. En cambio, la ortopedia dentofacial se ocupa de guiar el crecimiento facial, mientras que la ortodoncia se puede aplicar a cualquier edad, la ortopedia dentofacial se aplica en la niñez o en la adolescencia. (35)

El fenómeno más dinámico que se observa en la boca es el desarrollo de la oclusión dental, éste se refiere a la manera en que los dientes maxilares y mandibulares hacen contacto, La oclusión ideal en la dentición primaria es la considerada con todas las características que lleven hasta donde sea posible a una oclusión ideal en la dentición permanente. (36). Son muchas las opiniones expresadas sobre los rasgos que caracterizan a la dentición primaria normal, pero se observan tres con la suficiente frecuencia para considerarlas normales. La primera característica es la relación recta o escalón mesial entre los segundos molares. En casi todas las denticiones los segundos molares primarios ocluyen en una relación cúspide con cúspide de manera que sus superficies distales se encuentran en el mismo plano vertical. (36)

Igualmente, Baumé (1950) analizó la relación que guardan entre sí las caras distales de los segundos molares primarios, superiores e inferiores al hacer oclusión, y encontró que pueden terminar en un plano recto, mesial o distal. La segunda característica es el espaciamiento incisivo. Es normal el espaciamiento entre los incisivos primarios y señala que es probable que los dientes permanentes tengan espacio adecuado en dónde erupcionar. La tercera son los espacios primates Baume (1950) describió la presencia de los espacios entre los dientes en la dentición primaria y les llamó arcos abiertos o tipo 1 y a los arcos que no presentaban espacios, arcos cerrados o tipo 2, mencionó que aquellos espacios más constantes son los espacios primates (36)

También, Moyers estableció que la forma de las arcadas en la dentición primaria es ovoide y que tienen menos variaciones que las arcadas en la dentición permanente. A pesar de que algunos autores han descrito las características de la

oclusión ideal en la dentición primaria, ésta puede tener variaciones de acuerdo con las características raciales de los grupos estudiados. (36)

Dentro de la oclusión normal e ideal se encuentran ciertas características importantes como lo son, la relación céntrica que se refiere cuando existe contacto entre las dos arcadas y los cóndilos se encuentran en posición superior y anterior con respecto a la cavidad glenoidea, la apertura máxima se refiere cuando ambas arcadas están en mayor distancia la una de la otra, la posición en reposo habla de cuando los músculos se encuentran equilibrados, máxima intercuspidad se da cuando existen el mayor punto de contacto dentario entre ambas arcadas. (36)

Pero no todo es fisiológico en el cuerpo humano por ende en la cavidad oral también se presentan alteraciones como las maloclusiones o problemas de oclusión dental son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial. En la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose unos sobre otros. (37)

Además, existen una gran variedad de maloclusiones que se pueden prestar ya sean por posición dental o esquelética, como lo es la clase II que se refiere a que los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores, la clase III Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarcadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más

de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado, sobremordida horizontal y vertical Los incisivos superiores cubren los incisivos inferiores en más de un tercio, Mordida cruzada Los dientes de la arcada superior muerden por dentro de los de la arcada inferior, Mordida abierta Los dientes de la arcada superior no llegan a contactar con los de la arcada inferior se repite con el superior. (37)

Las maloclusiones son de origen multifactorial, en la mayoría de los casos, no hay una sola causa etiológica, sino que hay muchas interactuando entre sí, y sobreponiéndose unas sobre otras. Sin embargo, se pueden definir dos componentes principales en su etiología, que son la predisposición genética, y los factores exógenos o ambientales, que incluye todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial. Es importante que el clínico, estudie estos fenómenos multifactoriales, de manera de poder neutralizarlos, logrando así el éxito del tratamiento y evitando posteriores recidivas (37)

Las maloclusiones se las puede clasificar en:

Según la clasificación de angle o clase molar:

- **Clase I:** La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en la fosa mesiovestibular de su antagonista inferior
- **Clase II:** El primer molar superior con su cúspide mesiovestibular ocluye hacia mesial de la fosa mesiovestibular de su antagonista inferior.
- **Clase II división 1:** Cuando los incisivos maxilares están inclinados hacia vestibular y existe un aumento del resalte.

- **Clase II división 2:** Cuando los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia palatino, pudiendo dar lugar a apiñamiento en la zona de incisivos laterales y caninos de la arcada superior.
- **Clase III:** El primer molar superior con su cúspide mesiovestibular ocluye hacia distal en la fosa mesiovestibular de su antagonista inferior (38)

La maloclusión clase II puede ser dental y/o esquelética, se caracteriza por un prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular o una combinación de ambos, con variaciones de tipo oclusal y neuromuscular (39). La Clase II también llamada distoclusión u oclusión posnormal, es una generalización desafortunada que agrupa maloclusiones de morfologías ampliamente variables, que a menudo tienen un solo rasgo común, su relación molar anormal. (39)

La distoclusión, Clase II (Según Angle), es la maloclusión en la que hay una relación distal del maxilar inferior respecto al superior. 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. (39). Se ubica exclusivamente en una relación sagital de los primeros molares permanentes, no valora otros planos de espacio (vertical y transversal), ni considera diferentes circunstancias etiopatogénicas, sino que se limita a clasificar la relación anteroposterior anómala de los dientes maxilares con respecto a los mandibulares tomando como referencia a los primeros molares permanentes. **La Clase II o distoclusión** puede ser resultado una mandíbula retrógrada, de

un maxilar prognato o una combinación de ambas. (39). Dentro de las Clase II se distinguen dos tipos: división 1 y división 2, en función de la relación incisiva (39).

La Clase II división 1 se caracteriza por el aumento del resalte y la proinclinación de los incisivos superiores, en la cual la mordida probablemente sea profunda, el perfil retrognático y el resalte excesivo, exigen que los músculos faciales y la lengua se adapten a patrones anormales de contracción. Típicamente hay un músculo mentoniano hiperactivo, que se contrae intensivamente para elevar el orbicular de los labios y efectuar el sello labial, con un labio superior hipotónica

Clase II división 2: Cuando los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia palatino, pudiendo dar lugar a apiñamiento en la zona de incisivos laterales y caninos de la arcada superior.

La maloclusión clase II puede ser dental y/o esquelética, se caracteriza por un prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular o una combinación de ambos, con variaciones de tipo oclusal y neuromuscular (39). La Clase II también llamada distoclusión u oclusión posnormal, es una generalización desafortunada que agrupa maloclusiones de morfologías ampliamente variables, que a menudo tienen un solo rasgo común, su relación molar anormal. (39)

la etiopatogenia de la clase II división 1 puede deberse a una displasia ósea básica, o un movimiento hacia delante del arco dentario y los procesos alveolares superiores, a una combinación de factores esqueléticos o dentarios. Además, suele estar relacionado con factores extrínsecos, por ejemplo: hábitos como la succión digital o de chupón, la interposición del labio inferior, con succión o no

de este el cual es un freno patológico para el desarrollo de la arcada mandibular y un estímulo para el prognatismo maxilar, la persistencia de la deglución infantil contribuye a que se produzca la distoclusión. Existe también otra causa como es el hábito respiratorio que influye por la repercusión de la boca entreabierta en el funcionamiento estomatognático. (40).

Desde la primera clasificación de angle en 1899, donde describía la Clase III como la posición mesial del primer molar inferior con respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, han aparecido muchas otras clasificaciones, donde ya no se toma en cuenta únicamente la posición sagital de los primeros molares se describe como una combinación de cambios dentoalveolares y esqueléticos en los tres planos de espacio: transversal, vertical y sagital. (41)

Se caracteriza por una deficiencia del maxilar, o por prognatismo de la mandíbula, aunque en la mayoría de las ocasiones se dan ambas situaciones de forma conjunta. Las maloclusiones pueden ser debidas a causa dentoalveolar, esquelética, o a ambas. Los individuos con maloclusiones de Clase III tienen un componente tanto esquelético como dentoalveolar (39).

La habilidad de poder identificar las maloclusiones de Clase III con excesivo crecimiento mandibular en edades tempranas puede ayudar al ortodoncista a tener una buena planificación. Moyers introdujo el concepto de síndrome de Clase III, pues consideraba que a la clasificación de Angle habría que añadir aspectos como la discrepancia en la longitud de arcada, problemas esqueléticos u óseos, disfunciones musculares, problemas dentarios. (40)

Su etiología es multifactorial, aunque presentan una fuerte base genética. Puede deberse a causas congénitas o a causas adquiridas. Estas últimas pueden ser generales producidas por ciertos tipos de síndromes, causas proximales como amigdalitis de repetición, lo cual condiciona una posición baja de la lengua o causas locales, como interferencias oclusales que provocan una Clase III funcional, la pérdida prematura múltiple de molares primarios, agenesia de dientes maxilares que puede condicionar la hipoplasia maxilar y la Clase III, así como dientes supernumerarios mandibulares, aumentaría el tamaño del arco dentario, condicionando una mordida cruzada anterior.(41)

Entre los factores funcionales, cabe mencionar la posición de la lengua, que si se sitúa baja, aplanada y deprimida sobre los incisivos inferiores podría relacionarse con un excesivo crecimiento mandibular. Esta posición baja podría a su vez estar causada por problemas nasorrespiratorios (40)

Bases Legales

A continuación, se describen los fundamentos jurídicos relacionados con la salud que dan soporte legal a la presente investigación, comenzando por los preceptos constitucionales, para proseguir con las leyes orgánicas o regulares y demás instrumentos normativos relativos a la práctica odontológica y la administración de medicamentos en el país, siguiendo el orden jerárquico de rigor. (42)

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Artículo 46. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; en consecuencia:

Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley. (p. 13)

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado

promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (p. 22).

Desde los artículos transcritos, se advierte el carácter constitucional otorgado tanto al consentimiento informado, expresión de la obligación de informar al paciente y/o su representante legal acerca de su estado de salud y medicación, como el derecho a la salud de la ciudadanía, donde la prescripción y administración de fármacos forman parte de la seguridad sanitaria

Código de Deontología Odontológica (1992)

Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo. (p. 1)

Artículo 2º: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida. (p. 1)

Artículo 17º: El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan. (p. 8)

Artículo 18º: El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional. (p. 8)

Artículo 19º: Si el Odontólogo tuviera dudas en el diagnóstico o tratamiento de algún caso, estará en la obligación de hacer todas las consultas a que hubiere lugar con sus colegas (especialistas o no) y con otros profesionales de las ciencias de la salud. (p. 9)

A la vista de los artículos consultados, se comprende que en el ejercicio odontológico el cumplimiento de las normas deontológicas que rigen la profesión es imprescindible y, en tal contexto, la responsabilidad del tratante respecto a la salud del paciente y la conservación de su salud, son obligaciones bioéticas

estrechamente vinculadas a los fármacos y de allí su importancia normativa para la investigación.

Definición de términos

1. **Antagonista:** nos referimos a un diente antagonista de otro para señalar el mismo diente, pero en la otra arcada. (42)
2. **Arcada:** una arcada o arco dental es el grupo de dientes en la mandíbula o en el maxilar. (42)
3. **Cavidad glenoidea:** la depresión cóncava, somera y redondeada presente en la escápula en la cual se inserta la cabeza del húmero. (43)
4. **Cóndilo:** Prominencia redondeada en la extremidad de un hueso, que forma articulación encajando en el hueco correspondiente de otro hueso. (42)
5. **Cúspide:** elevaciones que se extienden en dirección mesial y distal que termina en forma de triángulo. (42)
6. **Dislalias:** Se denomina dislalias a las alteraciones en la articulación de ciertos fonemas, son las más habituales y destacadas de todos los trastornos del habla (44)
7. **Distal:** cara del diente alejada de la línea media (42)
8. **Erupción dentaria:** La erupción dental es un proceso fisiológico asociado al crecimiento por el cual el diente se desplaza desde su posición original en el maxilar hasta su posición final en la cavidad bucal. (43)
9. **Etiología:** Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades. (42)

- 10. Fonación:** Proceso mediante el cual se produce la voz humana y se articulan o pronuncian las palabras. (44)
- 11. Fonemas:** son la articulación mínima de un sonido vocálico y consonántico (44)
- 12. Fonoaudiología:** El Fonoaudiólogo es un profesional de la salud, cuya misión es la de integrar equipos multidisciplinarios donde efectúa la prevención, evaluación, diagnóstico Fonoaudiológico y terapia de las alteraciones del lenguaje, habla, voz y audición (44)
- 13. Fosa:** depresión angular o redondeada en la superficie de un diente (42)
- 14. Giroversion:** rotación de un diente a lo largo de su eje longitudinal. (42)
- 15. Homologo:** Se aplica a la parte del cuerpo u órgano que es semejante a otro por su origen. (43)
- 16. Lingual:** cara del diente que mira hacia la lengua (42)
- 17. Maloclusiones:** Variaciones morfológicas dentofacial capaces de afectar al estado de salud óptimo del aparato estomatognático en sus vertientes morfológica, funcional o estética, y que en función de su grado de desarrollo podrán o no estar asociadas a condiciones patológicas. (45)
- 18. Maxilofacial:** Del maxilar y la cara o relacionado con ellos. (43)
- 19. Mesial:** cara del diente orientado hacia la línea media (42)
- 20. Nervios:** Cordón blanquecino formado por fibras y envuelto en una vaina de tejido conjuntivo, que pone en relación el cerebro y la médula espinal con las distintas partes del cuerpo y tiene como función transmitir los impulsos sensoriales y motores. (43)
- 21. Oclusal:** porción cortante de los dientes posteriores (42)

- 22. Ortodoncia y ortopedia dentofacial:** es la encargada de corregir estas alteraciones que afectan el desarrollo facial, se ocupa de guiar el crecimiento facial o corregirlo si este lo requiere mediante una aparatología diseñada específicamente para cada patología. (46)
- 23. Overbite:** se refiere al grado de superposición vertical de los incisivos centrales superiores sobre los incisivos centrales inferiores (42)
- 24. Overjet:** es la extensión de la superposición horizontal) de los incisivos centrales superiores sobre los incisivos centrales inferiores. (42)
- 25. Palatina:** cara del diente que mira hacia el paladar (42)
- 26. Protrusión:** Consiste en una descompensación de los dientes de arriba con respecto a los de abajo, dando un aspecto prominente o protruido a los incisivos superiores. (42)
- 27. Sistema estomatognático:** es el conjunto de órganos y tejidos que permiten las funciones fisiológicas de: comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír incluyendo todas las expresiones faciales, respirar, besar o succionar. (43)
- 28. Trastornos de lenguaje:** se refieren a las dificultades en la producción de los sonidos requeridos para hablar o problemas con la calidad de la voz. (44)
- 29. Vasos:** Un vaso sanguíneo es una estructura hueca y tubular que conduce la sangre impulsada por la acción del corazón. (43)
- 30. Vestibular:** cara del diente próxima a la mejilla u orientado hacia ella (42)

Sistema de Hipótesis

Las alteraciones de los fonemas presentes en los pacientes que acuden al área de ortodoncia y ortopedia dentofacial II están asociados a las maloclusiones clase III con interferencia lingual.

Hipótesis alternativa

Los pacientes con interferencia lingual que acuden al área de ortodoncia y ortopedia dentofacial II pueden presentar alguna alteración en la fonética.

Hipótesis nula

Los pacientes con clase II y clase III e interferencia lingual que acuden al área de ortodoncia y ortopedia dentofacial II no presentan alteraciones en los fonemas

CAPITULO III

Marco Metodológico

Tipo y diseño de la investigación

Según (Arias, 2006 a, p.25), “Los estudios descriptivos miden de forma independiente las variables y aun cuando no se formulen hipótesis, tales variables aparecen enunciadas en los objetivos de investigación.”. (47), Esta investigación es de tipo descriptivo con un diseño de campo transversal no experimental en el cual se hace un análisis prospectivo de los tipos de variaciones fonéticas encontrados en los pacientes que presentan maloclusión, por cuanto en él se busca describir las variantes fonéticas en niños con clase II y clase III e interferencia lingual que acuden a la clínica de ortopedia y ortodoncia dentofacial, a través de una guía de observación y lista de cotejo de palabras fonaudiológicas, con el fin de determinar cuáles son los fonemas con mayor déficit en los niños con clase II y clase III e interferencia lingual

Población

Según Sabino (2007), La población es un conjunto total de unidades de observación que se considera en el estudio (nación, grupos, comunidades, objetivos, instituciones, asociaciones, actividades, acontecimientos, establecimientos personas o individuos), es decir, la población es la totalidad de los elementos que forman un conjunto. (47)

Por ende, la población con la que cuenta esta investigación estará conformada por doscientos ochenta (280) pacientes entre 6 y 11 años que acuden a la Clínica

de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial II, atendidos en la Universidad José Antonio Páez de la ciudad de San Diego, Estado Carabobo, Venezuela durante el periodo 2018-2019,

Muestra

Según Méndez (2007), muestra es parte representativa de la población, objeto de estudio y por lo tanto refleja las características que definen a la población de la cual es extraída, en tal sentido el autor acota que la muestra "comprende el estudio de una parte, de los elementos de la población". (47) En este contexto la muestra será de tipo no probabilístico intensional y estará conformada por el treinta por ciento (30%), o por los criterios de inclusión los cuales se va a regir por

- La edad del paciente
- Pacientes con clase II y clase III
- Pacientes con interferencia lingual

Técnicas de recolección de datos

Las Técnicas de recolección de datos de acuerdo con lo señalado por Arias (2007), son distintas formas de obtener información. (47) En este sentido, se usará como instrumento la guía de observación y una lista de cotejo de pronunciación de fonemas.

Instrumentos de recolección de datos

Según Blanco (2008) un instrumento de recolección de datos es un formato con un conjunto estructurado de preguntas o ítems, que son producto de una variable que ha sido sustentado teóricamente.(47) En la presente investigación se configuro una guía de observación donde se recolectará la información sobre características clínicas, anatómicas y la respectiva pronunciación de determinados fonemas que está configurada por una lista de cotejo de pronunciación, de los pacientes de la muestra de objeto de estudio, previo la aceptación y firma del consentimiento informado; este tipo de instrumento es utilizado por los investigadores aplicado a la población y está compuesta por la muestra. (ver anexo).

Validez del Instrumentos de recolección de datos

Según F. Arias (2006) La validez del cuestionario significa que las preguntas o ítems deben tener una correspondencia directa con los objetivos de la investigación. Es decir, las interrogantes consultarán sólo aquello que se pretende conocer o medir. (47)

En la presente investigación damos validez a nuestro instrumento cuando la población formada por los pacientes tiene un déficit en los fonemas durante la prueba de pronunciación de palabras, de esta manera demostramos que la maloclusión y la interferencia o interposición lingual afecta su pronunciación en los fonemas.

CAPÍTULO IV

Análisis y Representación de los Resultados

Según Duarte, J (2014). En la presentación de los resultados de un trabajo de investigación, deben tomarse en cuenta las variables estudiadas y los instrumentos utilizados, por tal razón se recomienda:

- Incluir los resultados de cada ítem, tabulados y graficados
- Cada resultado debe ir acompañado de su interpretación y análisis
- Realizar un análisis en función de los objetivos planteados del estudio

Una vez aplicada la guía de observación, se procedió a organizar los datos para luego reflejarlos en cuadros de frecuencia y porcentaje, los cuales se representaron en cuadros y gráficos. El análisis y procesamiento de los datos se encuentra caracterizado por ítems al establecer su relación aplicativa mediante cuadros y gráficos estadísticos, que comprenden la selección y ordenación que reflejan la distribución de frecuencias y sus respectivos porcentajes, tomando en consideración el orden de las preguntas y respuestas suministradas.

A continuación, se presentan los resultados y las descripciones interpretativas de los indicadores que conforman a cada variable por ítems.

Presentación de resultados

Para empezar, se describe el primer objetivo: Determinar la prevalencia de niños con clase II y clase III, con sus respectivas variables: variantes fonéticas, maloclusión, e interferencia lingual

Análisis de resultados de la guía de observación

Variable: maloclusión. Indicador: clase II y clase III (ítem 1-2)

TABLA N°1 Determinar la prevalencia de niños con clase II y clase III que acuden a la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial II

Tipo de Maloclusión	f	%
clase II	86	98.85
Clase III	1	1.15
TOTAL	87	100

Fuente: Hernández, S y Mantilla, B (2019).

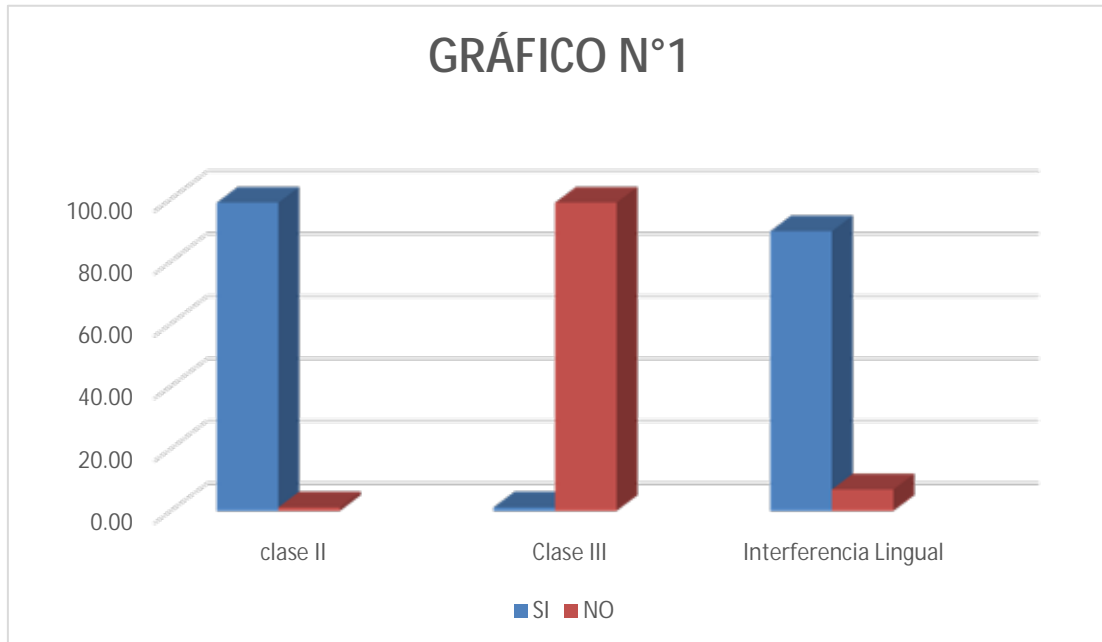
Variable: interferencia lingual. Indicador: Si o No (ítem 3)

TABLA N°2. Establecer la prevalencia de niños con clase II y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial II

	SI	%	NO	%
Interferencia				
Lingual	78	89.66	6	6.90
TOTAL		100		100

Fuente: Hernández, S y Mantilla, B (2019).

GRÁFICO N°1. Representación gráfica del análisis de la prevalencia de niños con clase II y clase III que presentan interferencia lingual que acuden a la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial II



Fuente: Hernández, S y Mantilla, B (2019).

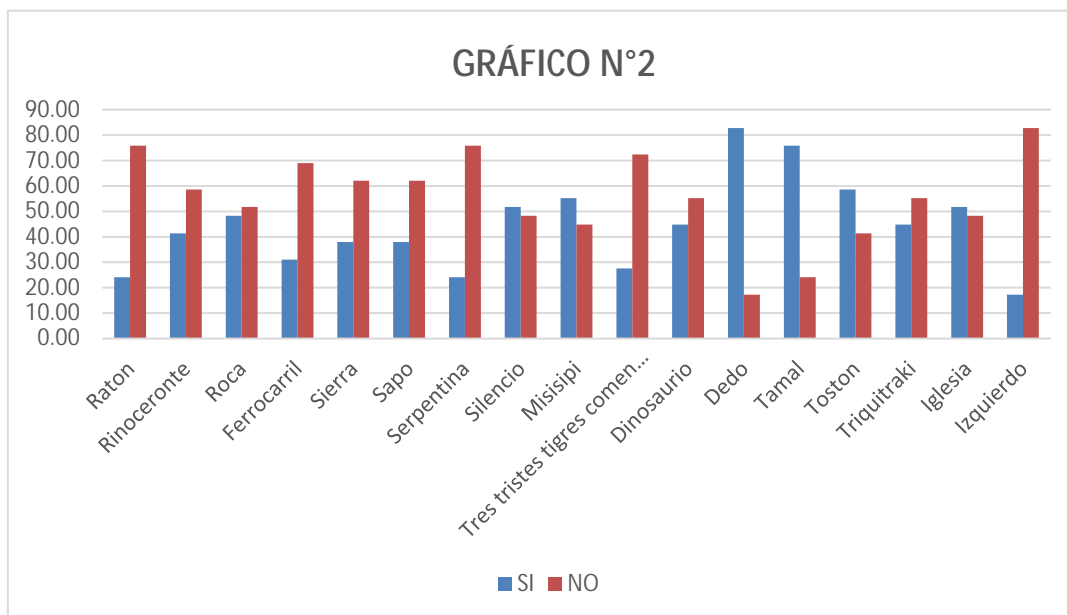
Análisis e interpretación de los resultados

Se evidencia en los resultados, que el 98,85 % de los niños que acuden a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II presentan maloclusión de tipo clase II, mientras que solo el 1,15% presenta maloclusión del tipo clase III. Además, se registra que el 89,66% de los niños con maloclusión presentan interferencia lingual, mientras que el 6,90% no la presenta. En conclusión, se observa que la prevalencia de maloclusión tipo clase II tiene mayor incidencia

que los pacientes que acuden a la clínica, analizando que estos pacientes en su mayoría presentan interferencia lingual.

Discusión: Realizando una comparación con el primero de nuestros antecedentes, siendo este el de Giuseppina Langana, En Albania, Tiranía, en el 2013 encontramos que en su investigación se observaron maloclusiones y asimetrías de clase I, clase II y clase III, con una tasa de prevalencia de 78,9%, mientras que en este estudio encontramos una tasa de un 98.85% de maloclusión de tipo clase II, obteniendo como información relevante que este clase de maloclusión tiene una mayor tasa de prevalencia en la Clínica de Ortodoncia Y Ortopedia Dentofacial

GRÁFICO N°2. Representación gráfica de las respuestas de identificación de las variantes fonéticas presentes en niños con clase II y clase III e interferencia lingual que acuden a la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia



Dentofacial II

Fuente: Hernández, S y Mantilla, B (2019).

Análisis e interpretación de los resultados

Se evidencia en los resultados, la palabra ratón está bien pronunciada solo por un 24,14%, mientras que un 75,86% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra rinoceronte está bien pronunciada solo por un 41,38%, mientras que un 58,62% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra roca está bien pronunciada solo por un 48,28%, mientras que un 51,72% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra ferrocarril está bien pronunciada solo por un 31,03%, mientras que un 68,97% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra sierra está bien pronunciada solo por un 37,93%, mientras que un 62,07% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra

sapo está bien pronunciada solo por un 37,93%, mientras que un 62,07% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra serpentina está bien pronunciada solo por un 24,14%, mientras que un 75,86% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra silencio está bien pronunciada por un 51,72%, mientras que un 48,28% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra Misisipí está bien pronunciada por un 55,17%, mientras que un 43,83% la pronuncia de manera incorrecta, la frase tres tristes tigres comen trigo en un trigal está bien pronunciada solo por un 27,59%, mientras que un 72,41% no la pronuncia de manera correcta, la palabra dinosaurio está bien pronunciada solo por un 44,83%, mientras que un 55,87% no la pronuncia de manera correcta, la palabra dedo si está bien pronunciada por un 82,76%, mientras que un 17,24% no la pronuncia de manera correcta, la palabra tamal está bien pronunciada por un 75,86%, mientras que un 24,14% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra tostón está bien pronunciada por un 58,62%, mientras que un 41,38% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra triquitraki está bien pronunciada solo por un 44,83%, mientras que un 55,17% la pronuncia de manera incorrecta, la palabra iglesia está bien pronunciada solo por un 51,72 %, mientras que un 48,28% la pronuncia de manera correcta, la palabra izquierdo está bien pronunciada solo por un 17,24%, mientras que un 82,76% la pronuncia de manera incorrecta.

Discusión: Jimmy Rivadeneira, En Ecuador, en el 2017 realizo una investigación donde habla de que la dislalia va a depender del tipo de maloclusión del paciente, en nuestro estudio podemos evidenciar que hay diferencias entre los resultados de las respuestas de cada niño, pudiendo alegar que su hipótesis es correcta.

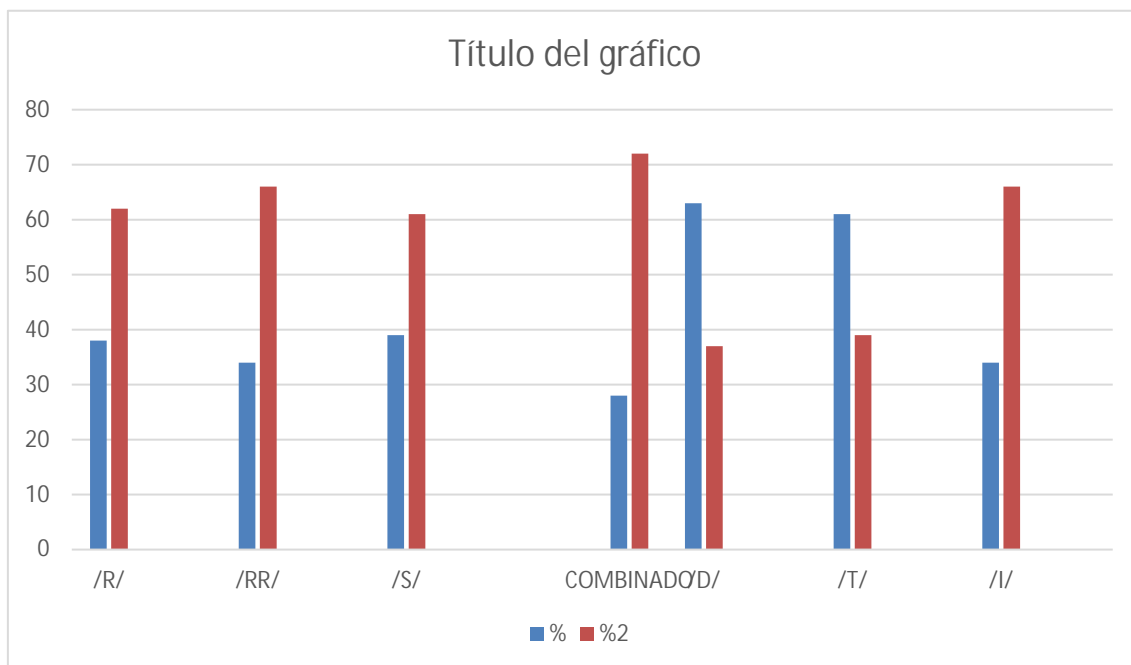
Variable: Fonemas. Indicador: /R/ /RR/ /S/ /COMBIANDO/ D/ /T/ /I/ (ítem 4-20)

TABLA N°4. Frecuencia de los fonemas presentes en niños con clase II y clase III e interferencia lingual que acuden a la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II

FONEMA	SI	%	NO	%
/R/	33	38	54	62
/RR/	30	34	57	66
/S/	34	39	53	61
COMBINADO	24	28	63	72
/D/	55	63	32	37
/T/	53	61	34	39
/I/	30	34	57	66

Fuente: Hernández, S y Mantilla, B (2019).

GRÁFICO N°3. Representación gráfica de las respuestas del análisis de las variantes fonéticas presentes en niños con clase II y clase III e interferencia lingual que acuden a la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial II



Análisis e interpretación de los resultados

por ende se evidencia que entre los fonema /r/, /rr/, /s/, /d/, /t/, /i/, los fonemas /rr/ e /i/ son los que presentan mayor incidencia de dificultad de pronunciación con un porcentaje de 66%, siguiéndole el fonema /r/ con un porcentaje de 62%, luego el fonema /s/ con un porcentaje de 61%, después el fonema /t/ con un porcentaje de 39% y por último el fonema con menor incidencia es el /d/ con un porcentaje de 37%. Se pudo observar que al hacer la combinación de los fonemas /t/, /r/, /s/ se genera mayor dificultad de pronunciación para los pacientes resaltando entre los fonemas con un porcentaje de 72%.

Discusión: Andrea Ocampo Parra, en Colombia, 2015, realizó un estudio donde la tasa de niños con dislalia fue de un 75.5%, en nuestro estudio los fonemas con mayor dificultad de pronunciación tienen una tasa de 72%, siendo porcentajes ciertamente parecidos damos credibilidad y validez a que existe un problema relacionado entre las maloclusiones y las dislalias

CONCLUSIONES

Después de aplicar el instrumento y analizados los resultados, las conclusiones se fundamentan en función de los objetivos planteados, referente a los cuales se señalan las siguientes conclusiones:

Se puede evidenciar en los resultados de la guía de observación aplicada a los niños de la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II se registró un 98.5% de niños con maloclusión clase II, el 89.66% presentan inferencia lingual. que la palabra con mayor dificultad de pronunciación es la palabra izquierdo con un porcentaje de 82.76%, por último, los fonemas con mayor dificultad de pronunciación son el fonema /i/, /rr/ con un 66%.

Por lo tanto, podemos concluir basados en el conocimiento acerca de la necesidad de realizar diagnóstico lo antes posible para ayudar al niño en la edad correcta a corregir no solo la maloclusión si no también la pronunciación de estos fonemas que son originados por las alteraciones en la cavidad bucal, dándole mayor importancia al tratamiento ortodóntico a temprana edad ya que no solo altera la apariencia de la sonrisa, sino también nos altera la función del habla, teniendo consecuencias a lo largo del tiempo siendo esta una mayor dificultad para la correcta pronunciación de los fonemas.

RECOMENDACIONES

Dentro de este marco, tras haber analizado los resultados y realizar las conclusiones pertinentes, podría recomendarse lo siguiente:

- Se recomienda al área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez, incluir los ítems de fonemas dentro de la historia clínica para así obtener un diagnóstico temprano de las alteraciones del lenguaje en pacientes con maloclusión.
- Instamos a los profesores y especialistas del área a realizar mesas de debate con la finalidad de que los estudiantes conozcan la problemática y dar un diagnóstico más completo y aportar herramientas para solventar estas alteraciones.
- Se propone realizar campañas de promoción en las salas de espera del área de Epidemiología para dar a conocer sobre la importancia de tratar a los niños que presentan maloclusiones de una manera integral.
- Se sugiere a los padres y representantes realizar una interconsulta entre el ortopedista y fonoaudiólogo.
- A las personas relacionadas con el campo de la investigación, se recomienda la ampliación de este estudio debido a que se debe corroborar y complementar la información obtenida en el presente estudio, a través de investigaciones de criterio comparativo y experimental. De igual manera, para enriquecer nuestros proyectos y evitar errores que puedan producir cambios significativos o sesgos en los resultados que nos puedan colocar en el error.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrancos P. (2015). Operatoria Dental. 5ta Edición. Caracas. Panamericana
2. Canut J. (2000). Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da edición. España Elsevier masson
3. Harris JE, Kowalski CJ. All in the family: Use of familial information in orthodontic diagnosis, case assessment, and treatment planning. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1976; 69:493-510
4. García García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Avances En Odontoestomatología Vol. 27, Núm. 2, 2011
5. Vela-Hernández A. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en la infancia. Disponible en: <http://www.svnp.es/Documen/ortodoncia.htm>
6. Perelló J. Trastornos del Habla. 4º ed. (Esp.): Ed. Masson; 1981.
7. Aurea Y, Jiménez A. Alteraciones del habla en niños con anomalías dentomaxilares. Rev. Cubana Ortod 1997; 13(1): 29-36.
8. Pascual G. Tratamiento de los defectos de articulación en el lenguaje del niño. (Esp): Ed. Escuela Española; 1995.

9. Le Huche F. La Voz, Anatomía y Fisiología. Patología Terapéutica. Tomo I; 2º ed. (Esp): Ed. Masson; 1993
10. Maggiolo ML, Coloma TC, Pavez GM. Children narrative intervention. Rev. CEFAC. 2009;11(3):379-88.
11. Mulas F, Etchepareborda MC, Díaz-Lucero A, Ruiz-Andrés R. El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. In Mulas F, ed. Trastornos del lenguaje. Barcelona: Viguera; 2008. p. 57-7
12. Weiland FJ, Jonke E, Bantleon HP. Secular trends in malocclusion in Austrian men. Eur J Orthod. 1997; 19:355-9.
13. Cartes VR, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. Int J Odontostomat 2010; 4:65-70.
14. Fernández M, Fátima C. Aspectos diferenciales en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje. Rev. Doces. 2008; 4:721-4.
15. Cartes VR, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. Int J Odontostomat 2010; 4:65-70.
16. Murrieta-Pruneda JF, Cruz-Díaz PA, López-Aguilar J, Márquez Dos Santos MJ, Zurita-Murillo V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. Acta Odontológica Venezolana 2007; 45:74-78. Disponible en: <http://www.actaodontologica>.
17. Vila I. (1990). Adquisición y desarrollo del lenguaje. Barcelona. Grao.

18. Aguado, G. (1993). Retardo del lenguaje. Madrid: CEPE
19. . Pérez F. Prevalencia de la maloclusión en una población escolar de la comunidad de les Illes Balears [Tesis Doctoral]. Universitat de Barcelona; 1995
20. Paredes V, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *An Pediatr* 2005; 62:261-5.
21. Launay C. Trastornos del lenguaje la palabra y la voz en el niño. Primera ed.
22. Vila I. Adquisición y desarrollo del lenguaje. Barcelona. Grao. (1990).
23. Boj J, Catalá, García C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Primera ed. López R, editor. Madrid: Ripano; (2011)
24. Arias, F. (2006 a). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica (5a ed.). Caracas: Episteme.
25. Bavaresco, A. (2006) Proceso metodológico en la investigación (Cómo hacer un Diseño de Investigación). Editorial de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela
26. A. Quilis (1997): Principios de fonología y fonética españolas. Madrid, Arco, pág. 10
27. Rapin I, Allen D. Dugal de developmental language disorders. En Rapin I (ed): Children with Brain Dysfunction. New York: Raven Press, 1982. p 13951

28. Benavides et al. Revista de Investigación en Logopedia (2017). 2, 189-202 191
29. Boj J, Catalá, García C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Primera ed. López R, editor. Madrid: Ripano; (2011)
30. 13. Bloomer H. Speech defects in relation to orthodontic. Am J Orthod. 1963; 49:920.
31. Kuroda T., Ono T., “Diagnosis and management of oral dysfunction”. World J Orthod 2000;1;125-133.
32. MINSAL Ministerio de Salud. Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares. División de Salud de las Personas, Departamento Odontológico. 1998.
33. Quiroga B., Fonseca D., De Abreu I., Douglas D., Mendes A., “Two-phase orthodontic treatment of complex malocclusion: Giving up efficiency in favor of effectiveness, quality of life, and functional rehabilitation, Am J Orthod Dentofacial Orthop 2013;143:547-58
34. Agurto V., Pamela; DIAZ M., Rodrigo; CADIZ D., Olga y Bobenrieth K., Fernando. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. [online]. 1999, vol.70, n.6 [citado 2013-11-11], pp. 470-482
35. Ohanian M. Fundamentos y Principios de la Ortopedia Dento-Maxilo-Facial.

36. Okenson J. Criterios de oclusión funcional óptima. España: Ediciones Ergon;1999. p.108-23}
37. Ramfjord SP, Ash MA. Oclusión. 3ra Ed. México: Nueva Editorial Interamericana;1980: 60-1.
38. Ortiz M, Lugo V. Maloclusión Clase II división 1; etiopatogenia, características clínicas y alternativa de tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.2006
39. DI SANTI, J; VASQUEZ, V. Maloclusión Clase I: Definición, Clasificación, Características Clínicas Y Tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2003. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/>
40. Kanas RJ, Carapezza L, Kanas SJ. Treatment classification of Class III malocclusion. J Clin Pediatr Dent. 2008;33(2):175-85.
41. CANUT, J. A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Ed Masson, Madrid. 2001.
42. Toffol LD, Pavoni C, Baccetti T, Franchi L, Cozza P. Orthopedic treatment outcomes in Class III malocclusion. A systematic review. Angle Orthod. 2008; 78(3):561-73.
43. Noble J, Karaiskos N, Wiltshire WA. Diagnosis and clinical management of patients with skeletal Class III dysplasia. Gen Dent. 2007;55(6):543-7
44. Gudiño sydia. Anatomía dental, 3 agosto (2015)

45. Diccionario dental (2011) [Documento en línea, consultado en Noviembre del 2018] Disponible en: <https://carmenrales.wordpress.com/2011/12/06/diccionario-dental/>
46. Rapin I, Allen D. Dugal de developmental language disorders. En Rapin I (ed): Children with Brain Dysfunction. New York: Raven Press, 1982. p 13951.
47. Arias, F. (2006 a). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica (5a ed.). Caracas: Episteme. Pag 25

ANEXOS

Variable	Definición	Indicadores	Items
Variantes fonéticas	Trastornos del lenguaje, comúnmente no tienen problemas escuchando o pronunciando palabras.	/R/ /RR/ /S/ /T/ /I/ /D/	4-20
Maloclusión	Una maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.	Clase II Clase III	1 2
Interferencia lingual	Consiste en la ubicación de la lengua entre pieza dentarias ya sea entre la zona anterior o entre sectores laterales, observada en reposa y o durante las funciones de deglución y fono articulación	Si O No	

Anexo N°1: Cuadro de Operalización de variables



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ representante del niño() de _____ edad autorizo a los bachilleres Barbara Mantilla C.I:24.398.830 y Samantha Hernández C.I: 24.596.846 , en la Universidad José Antonio Páez, para realizar una observación de la pronunciación de fonemas, con la finalidad de obtener resultados para el trabajo de investigación titulado, **VARIANTES FONETICAS EN NIÑOS CON CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN A LA CLINICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II**

Guía de observación.

1. ¿Presenta maloclusión?

Si ___ No ___

2. Que tipo:

3. Interferencia lingual

Si ___ No ___

Guía de palabras fonoaudiológicas

4. ¿Pronuncia bien la palabra
ratón?
Si ___ No ___
5. ¿Pronuncia bien la palabra
ferrocarril?
Si ___ No ___
6. ¿Pronuncia bien la palabra roca?
Si ___ No ___
7. ¿Pronuncia bien la palabra
rinoceronte?
Si ___ No ___
8. ¿Pronuncia bien la palabra sapo?
Si ___ No ___
9. ¿Pronuncia bien la palabra
serpentina?
Si ___ No ___
10. ¿Pronuncia bien la palabra
sierra?
Si ___ No ___
11. ¿Pronuncia bien la palabra
silencio?
Si ___ No ___
12. ¿Pronuncia bien la frase tres
tristes tigres comen trigo en un
trigal?
Si ___ No ___
13. ¿Pronuncia bien la palabra
dinosaurio?
Si ___ No ___
14. ¿Pronuncia bien la palabra
tamal?
Si ___ No ___
15. ¿Pronuncia bien la palabra
tostón?

Si ___ No ___

16. ¿Pronuncia bien la palabra

dedo?

Si ___ No ___

17. ¿Pronuncia bien la palabra

iglesia? Si ___ No ___

18. ¿Pronuncia bien la palabra

izquierdo?

Si ___ No ___

19. ¿Pronuncia bien la palabra

triquitraki

Si ___ No ___

20. ¿Pronuncia bien la palabra

misisipi?

Si ___ No ___



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

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN
JUICIO DE EXPERTOS

A continuación, se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento. En cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que usted considere correcta

TITULO DEL TRABAJO VARIANTES FONETICAS EN NIÑOS CON
CLASE II Y CLASE III E INTERFERENCIA LINGUAL QUE ACUDEN
A LA CLINICA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL II

AUTORES: Mantilla Barbara, Hernández Samantha

Criterios	Pertinencia (oportunidad conveniencia)		Claridad (redacción)		Coherencia (correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1									

2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Instrumento I

OBSERVACIONES:

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE _____ NO APLICABLE _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Profesión	Nivel Académico	Fecha

Firmas de aprobación del instrumento

<p>Instrumento I</p> <p>OBSERVACIONES:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>VALIDEZ DE INSTRUMENTO:</p> <p>APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/> NO APLICABLE _____</p> <p>APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">DATOS DEL EXPERTO</th> </tr> <tr> <th>Nombre y Apellido</th> <th>C.I</th> <th>Firma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nova de Fraino</td> <td>3830902</td> <td><i>[Firma]</i></td> </tr> <tr> <td>Profesión</td> <td>Nivel Académico</td> <td>Fecha</td> </tr> <tr> <td>Odontólogo</td> <td>Especialidad en Ortopedia y Ortodoncia. Especialidad en Diseño y Evaluación Amalgar</td> <td>15/4/19</td> </tr> </tbody> </table>	DATOS DEL EXPERTO			Nombre y Apellido	C.I	Firma	Nova de Fraino	3830902	<i>[Firma]</i>	Profesión	Nivel Académico	Fecha	Odontólogo	Especialidad en Ortopedia y Ortodoncia. Especialidad en Diseño y Evaluación Amalgar	15/4/19	<p>Instrumento I</p> <p>OBSERVACIONES:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>VALIDEZ DE INSTRUMENTO:</p> <p>APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/> NO APLICABLE _____</p> <p>APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">DATOS DEL EXPERTO</th> </tr> <tr> <th>Nombre y Apellido</th> <th>C.I</th> <th>Firma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>María C. Vazquez</td> <td>7028944</td> <td><i>[Firma]</i></td> </tr> <tr> <td>Profesión</td> <td>Nivel Académico</td> <td>Fecha</td> </tr> <tr> <td>Abogada Titular</td> <td>Abg</td> <td>15-Abril-2019</td> </tr> </tbody> </table>	DATOS DEL EXPERTO			Nombre y Apellido	C.I	Firma	María C. Vazquez	7028944	<i>[Firma]</i>	Profesión	Nivel Académico	Fecha	Abogada Titular	Abg	15-Abril-2019
DATOS DEL EXPERTO																															
Nombre y Apellido	C.I	Firma																													
Nova de Fraino	3830902	<i>[Firma]</i>																													
Profesión	Nivel Académico	Fecha																													
Odontólogo	Especialidad en Ortopedia y Ortodoncia. Especialidad en Diseño y Evaluación Amalgar	15/4/19																													
DATOS DEL EXPERTO																															
Nombre y Apellido	C.I	Firma																													
María C. Vazquez	7028944	<i>[Firma]</i>																													
Profesión	Nivel Académico	Fecha																													
Abogada Titular	Abg	15-Abril-2019																													
<p>Instrumento I</p> <p>OBSERVACIONES:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>VALIDEZ DE INSTRUMENTO:</p> <p>APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/> NO APLICABLE _____</p> <p>APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">DATOS DEL EXPERTO</th> </tr> <tr> <th>Nombre y Apellido</th> <th>C.I</th> <th>Firma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Melba Ordoñez de Giron</td> <td>5385110</td> <td><i>[Firma]</i></td> </tr> <tr> <td>Profesión</td> <td>Nivel Académico</td> <td>Fecha</td> </tr> <tr> <td>Odontólogo</td> <td>Doctorado</td> <td>12.04.19.</td> </tr> </tbody> </table>	DATOS DEL EXPERTO			Nombre y Apellido	C.I	Firma	Melba Ordoñez de Giron	5385110	<i>[Firma]</i>	Profesión	Nivel Académico	Fecha	Odontólogo	Doctorado	12.04.19.																
DATOS DEL EXPERTO																															
Nombre y Apellido	C.I	Firma																													
Melba Ordoñez de Giron	5385110	<i>[Firma]</i>																													
Profesión	Nivel Académico	Fecha																													
Odontólogo	Doctorado	12.04.19.																													

Anexo N° 2,3,4: Firma de aprobación del instrumento.