



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIOPÁEZ

**DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES
DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ORTOPEDIA Y
ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO**

Autoras:
Rosselen Sequera
C.I. V-27.061.823
Arianny Aguilar
C.I. V-25.538.471

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



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



**DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES
DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ORTOPEDIA Y
ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Odontólogo

Autoras: Rosselen Sequera
Arianny Aguilar

Tutor(a): MSc. Nora Gonzalez De Fraíno

San Diego, Octubre 2019



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



**DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES
DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE
ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO
CARABOBO**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 27.061.823 Rosselen Sequera

2. 25.538.471 Arianny Aguilar

Tutor Propuesto: MSc. Nora De Fraino

Firma: _____

Cédula de Identidad N° 3.990.402

COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



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

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Sequera Plata	Rosselen Suhaily	V-27.061.823
Dirección: Urb. La Trigaleña calle 127 Edif. "El Dorado Plaza"		Teléfono: 4244123613
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	13.53
DATOS DEL TRABAJO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Rosselen Sequera	Teléfono: 4244123613
Título del trabajo: DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO		
Breve Explicación: Manual dirigido a los padres para que sepan como evitar la formación de maloclusiones en los niños y en caso de estar establecida la maloclusión, pasos a seguir para corregirla.		
Lugar Donde Se Desarrolló el Trabajo: Universidad Jose Antonio Paez		
Tiempo De Desarrollo: 4 meses		
Tutor Académico: MSc. Nora Gonzalez De Fraino		
Línea de Investigación del Trabajo: Odontología Correctiva		

APROBADO: _____ **NO APROBADO:** _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y
TRABAJO DE GRADO

NOMBRE	FIRMA	FECHA
---------------	--------------	--------------

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____



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



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Trabajo de Grado, elaborado por **Rosselen Sequera y Arianny Aguilar**, titulares de la cédula de identidad N° V-27.061.823 y 25.538.471, presentado como requisito parcial para optar al grado académico de **Odontólogo**, cuyo título es “DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO”, adscrito a la línea de investigación: Odontología correctiva, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe, según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 5 días del mes de octubre del año dos mil diecinueve.

(Firma autógrafa)
Nora Gonzales DeFraino
C.I. V-3.990.402



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



ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Trabajo de Grado titulado: “DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO” realizado por Rosselen Sequera y Arianny Aguilarha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su presentación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Nombre Tutor Académico

Firma

Fecha

Nora Gonzales De Fraino



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



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO”, realizado por **Rosselen Sequera C.I.27.061.823**. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su APROBACIÓN.

Jurado
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Tutor Académico
Nombre:
C.I.:

Fecha: _____



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



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO”, realizado por Arianny Aguilar C.I V-25.538.471 y Rosselen Sequera C.I V-25.538.471 Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su APROBACIÓN.

Jurado
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Tutor Académico
Nombre:
C.I.:

Fecha: _____

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
Planilla de solicitud		
Constancia de aceptación del tutor		
Acta de revisión del proyecto e trabajo de grado		
Acta de aprobación del trabajo de grado		
RESUMEN		V
INTRODUCCIÓN		1
CAPITULO I		
	EL PROBLEMA	
	Planteamiento del problema	
	Formulación del Problema	
	Objetivos de la Investigación	
	Objetivo General	
	Objetivos Específicos	
	Justificación	
	Alcance y Limitaciones	
CAPITULO II	MARCO TEÓRICO	
	Antecedentes	
	Bases Teóricas	
	Bases Legales	
	Breve Reseña de la Empresa	
	Definición de Términos	
	Cuadro de Operacionalización de Variables o Técnico/Metodológico	
CAPITULO III	MARCO METODOLÓGICO	
	Tipo de Investigación	
	Diseño de la Investigación	
CAPITULO IV	ANÁLISIS DE RESULTADOS	
	Análisis y presentación de resultados	
	Discusión	
CAPITULO V	Conclusiones	
	Recomendaciones	
REFERENCIAS		
ANEXOS		

LISTA DE TABLAS

CONTENIDO

Tabla		pp.
1	Criterios de Decisión Para Interpretar Nivel de Información	50
2	Conocimiento de maloclusión y hábitos que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	50
3	Conocimiento de información sobre prevención que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	52
4	Conocimiento de información sobre succión digital que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	53
5	Conocimiento de consecuencias de la maloclusión que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP 2019-2	54
6	Factibilidad económica y social de un Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	56
8	Diseño del Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	58
9	Diseño del Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2	60

LISTA DE GRÁFICOS

CONTENIDO		
Gráfico		P P .
1	Grafico 1 Conocimiento de maloclusión y hábitos que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	x x
2	Grafico 2 Conocimiento de información sobre prevención que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	x x
3	Grafico 3. Conocimiento de información sobre succión digital que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	
4	Grafico 4 Conocimiento de consecuencias de la maloclusión que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP	x x
5	Grafico 5 Factibilidad económica y social de un Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	x x
6	Grafico 6 Diseño del Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	
7	Grafico 7. Diseño del Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.	



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



**DISEÑO DE UN MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES
DIRIGIDO A REPRESENTANTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE ORTOPEDIA Y
ORTODONCIA DENTOMAXILOFACIAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO**

Autor(a): Rosselen Sequera
Arianny Aguilar

Tutor(a): Nora Gonzales De Fraino

Fecha: Octubre, 2019

RESUMEN INFORMATIVO

La elaboración de un manual de prevención de las maloclusiones dirigidos a padres, está encaminado a incrementar conocimientos sobre salud bucal y al fomento de hábitos bucales adecuados, que posibiliten controlar o limitar la aparición de anomalías dentofaciales que tantas alteraciones estéticas y funcionales trae consigo, por lo que en este trabajo se determinó la necesidad de la realización de dicho manual y su factibilidad. El presente trabajo, se realizó bajo la modalidad de proyecto factible, con una fase de diagnóstico basada en un tipo de investigación de campo, con nivel descriptivo y diseño no experimental, para la cual se utilizó una población de 108 padres, madres y/o representantes que acudieron a la consulta y 8 profesores especialistas del área de Ortopedia y Ortodoncia dentofacial de la Universidad José Antonio Páez en Valencia Estado Carabobo, durante el II Curso Regular 2019. Con base en los resultados obtenidos en la investigación se concluye que los padres, madres y/o representantes tienen escasos conocimientos sobre que es maloclusión, sus causas y consecuencia en el niño por lo que la implementación del manual sería de gran ayuda para lograr que ellos tengan esta herramienta y así poder aplicar la prevención.

Descriptor: Manual, maloclusiones, prevención



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF SCIENCES FOR HEALTH
DENTISTRY SCHOOL FACULTAD DE CIENCIAS**



**DESIGN OF A MANUAL OF PREVENTION OF THE MALOCLUSIONS
DIRECTED TO REPRESENTATIVES WHO GO TO THE AREA OF
ORTHOPEIDIA AND DENTOMAXILOFACIAL ORTHODONTICS OF THE JOSÉ
ANTONIO PÁEZ DE VALENCIA UNIVERSITY, CARABOBO STATE**

Author: Rosselen Sequera

Arianny Aguilar

Tutor: Nora Gonzales De Fraino

Date: 2019, October

ABSTRACT

The development of a manual for the prevention of malocclusions aimed at parents, is aimed at increasing knowledge about oral health and the promotion of proper oral habits, which make it possible to control or limit the appearance of dentofacial anomalies that many aesthetic and functional alterations entail, by what in this work determined the need for the realization of said manual and its feasibility. This work was carried out under the feasible project modality, with a diagnostic phase based on a type of field research, with descriptive level and non-experimental design, for which a population of 108 fathers, mothers and / or representatives who attended the consultation and 8 specialist professors from the area of Orthopedics and Dentofacial Orthodontics of the José Antonio Páez University in Valencia Carabobo State, during the II Regular Course 2019. Based on the results obtained in the investigation it is concluded that the parents, Mothers and / or representatives have little knowledge about what is malocclusion, its causes and consequences in the child, so the implementation of the manual would be of great help to ensure that they have this tool and thus be able to apply prevention.

Descriptors: Manual, malocclusions, prevention

INTRODUCCIÓN

La prevención desempeña un papel fundamental destinado a evitar las maloclusiones, siendo esta consecuencia mayormente de malos hábitos adquiridos a lo largo de la vida, por lo que se hace necesario cultivar la educación para que esta se pueda dar de manera efectiva y los padres la puedan tener como una valiosa herramienta y la transmitan a sus hijos, de manera tal que crezcan sabiendo la importancia de la prevención para que hagan un buen hábito de esta y de ese modo, puedan ellos también llevar esa cultura a sus futuras generaciones y así poder tener el control de hábitos nocivos para el desarrollo estomatognático, aunque se considera que muy pocas de las maloclusiones son prevenibles, el 25% de estas pueden ser interceptadas, y a temprana edad se pueden eliminar factores etiológicos y mejorar a los pacientes.

La maloclusión se refiere a cualquier alteración durante el crecimiento óseo del maxilar o de la mandíbula y/o posición de los dientes que impiden una correcta función del aparato masticatorio, por lo que vale recordar que durante la niñez está presente la dentición temporal, al igual que la dentición mixta, ambas sujetas a grandes modificaciones que van de la mano con el crecimiento que tenga el niño, teniendo como factores desencadenantes más comunes los hábitos bucales deformantes que pueden provocar anomalías de la oclusión que, de no ser tratadas, afectarían la función y la estética del paciente, al igual que la caries dental, traumatismos, pérdidas prematuras, la disminución del ancho de las arcadas dentarias e insuficiente tiempo de lactancia materna exclusiva. Por eso, el control periódico sobre estas denticiones permite prevenir e interceptar alteraciones, pudiendo ser estas solventadas con el

empleo de mantenedores de espacio en casos de extracción prematura de dientes temporales; la extracción de supernumerarios o cualquier otro factor que altere el patrón eruptivo de las piezas permanentes y de otra medida de carácter mecánico o quirúrgico que prevenga la maloclusión.

Es importante destacar que el éxito de los distintos tipos de tratamiento que se puedan proporcionar para aliviar o erradicar una maloclusión no solo depende del especialista, sino también de la educación preventiva que el paciente reciba, el apego a las indicaciones, la influencia de los padres de familia y, sin dudas, de los hábitos y costumbres propios del entorno de los pacientes.

En este sentido, corresponde desde la atención primaria crear acciones de promoción y prevención para lograr una comunidad más saludable. Cuando estos factores persisten en la dentición permanente, causan alteraciones del crecimiento y desarrollo, con asimetrías y disfunciones temporomandibulares.

Para ello se procedió a estructurar el trabajo de investigación de la siguiente manera: El primer capítulo, corresponde al problema, en el que se desarrollan los aspectos relacionados con el planteamiento del problema, objetivos de la investigación y su justificación.

El segundo capítulo, en el cual se amplían los distintos aspectos que giran en torno al eje temático de la investigación. En este sentido, se encuentran marco teórico, referido a los antecedentes, bases teóricas, fundamentos legales entre otros.

El tercer capítulo, abarca el marco metodológico, se expone el diseño de la investigación, así como la población y la muestra, el instrumento de recolección de datos y la descripción de los procedimientos.

El cuarto capítulo, contiene el análisis cuantitativo de cada uno de los ítems del instrumento aplicado, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, en el quinto capítulo se presenta de la propuesta del diseño de un manual de prevención de las maloclusiones dirigido a representantes que acuden al área de ortopedia y ortodoncia dentofacial de la Universidad José Antonio Páez de Valencia, estado Carabobo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La educación es el método por el cual los seres vivos adquieren conocimientos esenciales para su desarrollo; es a través de un proceso educativo que se transmiten valores y saberes, en definitiva, permite que los individuos que aprenden asimilen información necesaria para desenvolverse con éxito a nivel social, adquiriendo valores y pautas de conducta, indudablemente la educación ha sido uno de los mecanismos y medios de transformación y cambio social más grandes en el mundo, con la capacidad de establecer prevención a través del conocimiento, es por esto que se considera relevante la realización de un manual con la finalidad de brindarles información y generar cambios en la conducta de padres o representantes, abriendo la posibilidad para esos niños de prevenir una maloclusión (1).

Ahora bien, la oclusión se refiere a la manera en la que los dientes maxilares y mandibulares se ensamblan, tanto en una mordida típica, como en una gran variedad de contactos entre los dientes durante la masticación, deglución, presión con fuerza o hábitos de trituración y otros movimientos normales de la mandíbula. Esta va a cambiar con la etapa del desarrollo de los dientes, conociéndose cuatro etapas:

- 1) Preprimaria, desde el nacimiento hasta que se completa la dentición primaria, alrededor de los tres años;
- 2) Dentición primaria presente y en esencia sin cambios desde los tres hasta los seis años;
- 3) Dentición mixta, desde la erupción del primer diente permanente a los seis años hasta la caída y sustitución de todos los primeros, a

los 12 ó 13 años y 4) Dentición permanente, que ya está presente por lo general de los 12 a 14 años (2).

Es de importancia mencionar que durante la dentición mixta ocurren una serie de cambios, los cuales, si son interrumpidos por cualquier factor, genera una maloclusión la cual se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o de la mandíbula y/o posición de los dientes, que impiden una correcta función del aparato masticatorio y conlleva además una alteración estética para el paciente. Esta anomalía representa un intento de la naturaleza por establecer un equilibrio entre todos los componentes morfo genéticos, funcionales y ambientales concomitantes (3-4).

Por otra parte, la etiología de las maloclusiones se clasifican en: factores predisponentes, como lo son factores hereditarios, de tamaño y forma de los dientes e influencias prenatales; factores locales, como pérdida prematura de dientes temporales y permanentes, dientes ausentes congénitamente traumatismos dentarios, entre otros; factores sistémicos, el metabolismo defectuoso, enfermedades y funcionamiento anormal de las glándulas de secreción interna; por último, factores circundantes o ambientales, como anomalías de tejidos musculares periorales, imitación, actitudes mentales, desviaciones de procesos funcionales normales como los hábitos y otros son causas de maloclusiones (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las alteraciones de la oclusión ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, luego de la caries dental y la enfermedad periodontal. En Latinoamérica, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existen altos niveles de incidencia y prevalencia de alteraciones oclusales que superan el 80% de la población, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas dentales (6).

Por otra parte la primera clasificación ortodóntica de maloclusión presentada por Edward Angle en 1899, fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión, dividiéndose en 7: Clase 1, indicada por la oclusión normal de los primeros molares; clase 2, los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores, así los demás dientes estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula. Existiendo 2 subdivisiones de la clase 2 que se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos; Clase 3, diferenciada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior (7).

Otro aspecto, en la masticación y la deglución están implicados el desarrollo de los músculos de la cara y de la lengua cuyo correcto desarrollo facilita el equilibrio oclusal, evitando maloclusiones dentales, siendo estos, el músculo temporal encargado de elevar la mandíbula y la lleva hacia atrás; masetero que eleva el maxilar inferior; Pterigoideo interno, responsable de elevar la mandíbula y dar movimiento lateral y por último el pterigoideo externo que mueve lateralmente la ATM (3).

En efecto, el periodo de reemplazo de la dentición temporal a la permanente coincide con el establecimiento de la función de los músculos periorales, siendo frecuente que algunos hábitos orales mantenidos en esta época sean factores productores de maloclusión. Los hábitos orales anómalos van a causar una modificación en la posición de los dientes y de la relación y forma que mantienen las arcadas dentarias entre sí. El resultado es una anomalía en la morfología y función de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman este aparato, siendo a su vez factor de riesgo de otras patologías como gingivitis, periodontitis, caries, además

de causar alteraciones estéticas y funcionales, lo que implica la necesidad de utilizar medidas preventivas para evitarlas (8).

Por otro lado, un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente, los mismos pueden ser fisiológicos, físicos, sociales, mentales y de interés odontológico, hábitos orales, que suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Popovich y Thompson sugieren que existe una relación entre prevalencia de maloclusiones con algún tipo de hábito, así mismo señalan que mientras la duración del hábito aumenta, también aumenta la probabilidad de desarrollar maloclusión (2-5-9).

Dichos hábitos bucales, de igual modo se pueden clasificar en: beneficiosos o funcionales los cuales son aquellos cuya práctica de una función normal realizada correctamente, estimula y beneficia el desarrollo, la masticación, la deglución y la respiración normales son ejemplos de ellos; y perjudiciales o deformantes: son los que resultan de una función anormal o que se adquieren por prácticas repetitivas de un acto que no es funcional ni necesario; por ejemplo: la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, la queilofagia, la respiración oral y la masticación de objetos(10).

Etiológicamente se han clasificado en: Instintivos: por ejemplo el hábito de la succión, el cual se considera funcional en las primeras etapas de la vida, pero si perdura en el tiempo ocasiona daño en la cavidad bucal; Placenteros (succión digital);

Defensivos: en este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.; Hereditarios: Como malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante, ejemplo de ello son las inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, etc.; Adquiridos: En las personas con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente mantienen la fonación nasal, principalmente para los fonemas K, G, J, y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch; Imitativos: En la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc. (6).

El hábito de succión digital, es normal al principio de la vida en recién nacidos y durante los primeros meses, se da por falta de amamantamiento, desplazamiento afectivo o aburrimiento. Existen dos tipos: Succión de pulgar o Succión de otros dedos; la posición baja de la lengua, hiperactividad de los músculos buccinadores (tienden a comprimir el paladar), presión pasiva del dedo sobre las arcadas y la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar trae repercusiones como son el Aumento de espacio intraoral por succión del dedo pulgar, mordida abierta y/o protrusión de uno o más incisivos debido a succión de los dedos índice y medio, mordida abierta unilateral y/o protrusión de uno o más incisivos por succión del dedo índice, Mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos e intrusión de incisivos, anteroinferiores a causa de succión medio y anular (11).

La respiración oral está causada por trastornos respiratorios o por hábitos: Por obstrucción funcional o anatómica o por Hábito cuando el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales a pesar de haber sido eliminadas. Generando Incisivos inferiores lingualizados y apiñados,

Vestibularización de los incisivos superiores, Mordida abierta anterior, Mordida cruzada posterior, Gingivitis (12).

La interposición lingual, el desvío de padrón normal de la deglución y la respiración bucal pueden estar asociadas a la presencia de mordida abierta anterior, alteraciones en el habla y protrusión de los incisivos superiores pueden afectar la posición de la mandíbula en relación con el cráneo, originando asimetrías faciales, lateromentonismos, así como trastornos de la ATM (13).

Onicofagia es el hábito de morder las uñas y cutículas, se presenta con atrición, desgaste y alteraciones en la posición de los dientes anteriores superiores e inferiores. Queilofagia es el hábito de morder los labios, confiriendo hipertonicidad del músculo borla del mentón y del labio en cuestión.

Los hábitos bucales deformantes son causas frecuentes de maloclusiones, se instalan en el 56% al 75% de los niños entre tres y cinco años, aparecen solos o combinados, y son elementos totalmente externos sobre los cuales se puede actuar; estos han sido ampliamente estudiados y analizados por diferentes autores, y al conocerlos, se puede realizar una correcta prevención y tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial. El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 a 75%, con diferencias en el sexo y la edad. El 93% de prevalencia de esta alteración es en dentición temporaria (5-14).

Los programas de salud oral de los Ministerios de Sanidad van dirigidos a la prevención de la caries dental y enfermedades periodontales quedando las maloclusiones dentales excluidas de éstos. En la actualidad no existen reportes de la literatura en el Estado, así como tampoco un programa social dirigido a la ortodoncia preventiva e interceptiva, y servicios que solventen este problema (13). En función de

todo lo expuesto anteriormente y de brindar una herramienta de apoyo preventiva a la población, no solo mundial sino también venezolana, surge la siguiente interrogante: ¿Es el diseño de un manual preventivo de las maloclusiones una herramienta que colabore realmente en el suministro de información, generando cambios en las conductas de padres, madres o representantes de niño/as?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Diseñar un manual de prevención de las maloclusiones dirigido a representantes que acuden al área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez, Estado Carabobo.

Objetivos específicos

1. Diagnosticar la necesidad de la realización de un manual de prevención de maloclusiones dirigido a representantes de niños que acuden a la universidad José Antonio Páez al área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial en el estado Carabobo.
2. Establecer la factibilidad de la realización de un manual de prevención de maloclusiones dirigido a representantes de niños que acuden a la universidad José Antonio Páez al área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial.
3. Elaborar un Manual de prevención de las maloclusiones dirigido a representantes que acuden al área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez, Estado Carabobo.

Justificación de la investigación

En el mundo existe una extensa población de niños que presentan maloclusiones consecuencia de hábitos perniciosos; siendo esto un problema de salud pública aun en países prósperos con gran adelanto financiero y científico. A la par hay amplia cantidad de niños en periodo de desarrollo dentario que poseen hábitos actualmente y están afectando su oclusión, que pueden ser corregidos erradicando la actividad, y cuyos padres no poseen la información necesaria (2).

Los tratamientos ortopédicos juegan y han jugado un papel importante a la solución de las maloclusiones, pues buscan modificar el patrón de crecimiento de los huesos. Si el niño tiene falta de crecimiento en alguna parte, la ortopedia buscará estimular el desarrollo de esa área. Por el contrario, si hay crecimiento excesivo de alguna región, se tratará de re-dirigir ese crecimiento de una forma más favorable para el paciente.

En la actualidad, son muchos los avances que se han logrado para corregir diversas mal oclusiones que se presentan a lo largo del desarrollo de la dentición del niño, como consecuencia de hábitos adquiridos durante su infancia; siendo estos de gran ayuda para que puedan lograr una oclusión ideal.

En Venezuela se han realizado diversos estudios para contabilizar la prevalencia de hábitos no fisiológicos que representan riesgo de maloclusiones en los niños de diferentes poblaciones, pudiéndose observar amplios porcentajes de niños que presentan las mismas características; cabe destacar que a pesar de los progresos de la ortopedia como una solución para las mal formaciones orofaciales, la misma presenta una gran desventaja como lo es el costo elevado de los tratamientos, aunado a esto la pobre cultura en salud oral que presenta la población venezolana y la crisis económica

que presenta el mismo desde hace unos años hasta la actualidad, ahuyentan la posibilidad de que los padres puedan ofrecerle a sus hijos un tratamiento.

La prevención juega un papel determinante en todas las áreas de la vida cotidiana, al tomar medidas de manera anticipada para evitar algo, no es diferente en la odontología; la misma es de gran utilidad en ortopedia y ortodoncia para combatir en primera instancia las distintas mal oclusiones existentes, por cuanto es a través de ella que realmente se pueden evitar las distintas mal formaciones producidas desde la infancia hasta la vida adulta.

El padre, madre y/o representante responsable de permitir ciertos comportamientos como succión digital o labial, onicofagia, queilofagia, chupón, empuje lingual u otros hábitos, la mayoría de las veces carece de información al respecto y que los mismos de no solventarse en la vida del infante repercutirán en la del adulto por medio de afecciones tanto físicas como psicológicas, como lo son, dolor a la masticación, carencia de estética, y alteraciones en la funcionalidad; aunado a esto se encuentra otro factor determinante en las mal oclusiones como lo es la alimentación que pueda tener el infante; la cual debe cambiar a partir de los 8 meses, agregando comida semi sólida y posteriormente sólida, para que el niño comience a utilizar sus músculos masticadores y su lengua, cuyo correcto desarrollo facilita el equilibrio oclusal (3).

El hecho de desarrollar una maloclusión como mordida abierta, mordida cruzada, apiñamiento, protrusión, sobremordida, vestibularización, diastema, retrusión y mordida borde a borde, entre otras, ameritaría el empleo de diversos tratamientos según sea el caso para llegar a la estabilización de la oclusión o evitar el progreso de la misma, desde el uso de costosa aparatología ortopédica y ortodoncia dentofacial hasta cirugías.

Amén de garantizar una verdadera educación y cultura preventiva que concientice a los padres y/o representantes de manera eficaz, de la importancia de corregir desde la edad temprana los malos hábitos que afectan la oclusión del niño y por ende del adulto, evitando así causar estragos en la dentición, que interfiera en el accionar futuro del sistema masticatorio; es de vital importancia que los mismos adquieran el conocimiento necesario acerca del tema por medio de un manual de prevención para que al presentarse algunos estos en sus hijos sepan identificarlo y erradicarlo, evitando que evolucione y conlleve a una de las mal oclusiones ya mencionadas anteriormente.

Alcance y delimitación de la investigación

La presente investigación se realizó en la Universidad José Antonio Páez Estado Carabobo específicamente en el área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial, dirigida a representantes de los niños y niñas que acuden al área y a profesores especialistas en la materia. Línea de investigación, odontología correctiva.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Alves y colaboradores, (2018), en Brasil, evaluaron la eficacia del programa de prevención y promoción del cuidado dental temprano en la boca del bebé para prevenir enfermedades orales (caries, gingivitis o maloclusiones) en niños atendidos desde 2010. Este fue un estudio unisex que evaluó a 252 niños. Clasificándose en: G1: participantes efectivos del programa desde el nacimiento; G2: niños que han dejado de participar por más de 24 meses, G3: niños que nunca han asistido a un programa de prevención. Primero se realizó una entrevista con las madres y luego, un examen clínico. Para la gingivitis, no hubo diferencias significativas entre G1 y G2, significativa entre G1 y G3. Acerca de la maloclusión, se observó una relación reveladora entre todos los grupos. Ultimando que el programa de prevención y promoción en salud oral pública fue eficaz en la prevención de caries, gingivitis y maloclusión (15).

Por otra parte, Fajardo, V y colaboradores (2016), en Monay, Ecuador, llevaron a cabo la investigación prevalencia de maloclusiones dentales en escolares de 12 años en Monay Cuenca, donde tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 12 años en etapa escolar, la evaluación clínica bucal se realizó con la participación de 252 escolares, de los cuales 124 (49 %) representaron al sexo femenino y 128 (51 %) representaron al sexo masculino donde se arrojó que la prevalencia de maloclusiones fue del 85 % del total de escolares, y el 15% presentaban normoclusión; de acuerdo al sexo las mujeres presentaron un 83 %

de maloclusiones frente a un 86 % en los hombres, no hubo una relevancia significativa de maloclusiones según la gestión académica con un 84 % en escuelas fiscales y un 85 % en colegios particulares(16)

En concordancia con el tema prevención, Scarpelli y colaboradores, (2016), en Brasil, realizaron la evaluación de un programa educativo preventivo para maloclusiones, encontraron que los hábitos evaluados con mayor frecuencia en este orden fueron: botella, botella y chupete, dedo, botella y dedo, chupete, chupete y dedo, y botella / chupete / dedo. El (66.2%) de los niños abandonaron sus hábitos y finalmente, concluyeron que el PPM fue una herramienta importante para difundir el conocimiento a los representantes, contribuyendo en gran medida al abandono de los hábitos orales perjudiciales. Por lo tanto, las acciones educativas para implementar el enfoque de los niños en la salud oral son fundamentales para hacer cambios de comportamiento y promover la educación de hábitos saludables, evitando así que se desarrollen maloclusiones (17).

González Damaris y colaboradores, (2015), en La Habana, Cuba, realizaron un trabajo teniendo como objetivo reflejar los aspectos más importantes en la prevención y tratamiento precoz de la Oclusión Invertida en la Atención Primaria de Salud (APS). Realizaron una búsqueda seleccionando 26 artículos, y se obtuvo como resultado que se ha observado en varias regiones de Cuba y el mundo la presencia de Oclusión Invertida, determinando que los hábitos bucales deformantes como la succión digital, las interferencias dentarias, la persistencia de dientes temporales constituyen factores de riesgo coincidiendo en que debe ser tratada con prontitud. El Estomatólogo general Integral debe detectar tempranamente la Oclusión Invertida, diagnosticándola y

tratándola precozmente. Su manejo con la eliminación temprana de interferencias oclusales y de otros factores de riesgo se deberá llevar a cabo en la APS (18).

También, Díaz y colaboradores (2015), en Las tunas, Cuba, investigaron la Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, este estudio buscaba describir la prevalencia de las maloclusiones en escolares de 5 a 11 años de edad, se analizaron las variables edad, sexo, presencia de hábitos bucales deformantes, tipo de maloclusión y factores de riesgo. Se concluyó que las maloclusiones afectaron mayormente a las niñas, de edades entre 7 y 9 años, y que se encontraron la vestibuloversión, el apiñamiento, la mordida abierta anterior y las rotaciones dentarias, como tipos principales de maloclusión. Los factores de riesgo más frecuentes fueron los hábitos, la herencia y los traumas (19).

Todos estos trabajos se relacionan con el presente estudio por cuanto demuestran que las maloclusiones son altamente prevalentes en niños y que deben ser tratadas y prevenidas precozmente para evitar las secuelas en la dentición adulta.

Bases teóricas

Hábitos bucales

Los hábitos orales son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional. Todos los hábitos anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí. La prevalencia de estos hábitos dependerá de la edad del niño, ya que en edades entre 2-6 años, la succión digital y del chupete está ampliamente

extendida, mientras que en los niños mayores de 6 años lo son la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica (20).

Para describir como los hábitos bucales en los niños afecta el establecimiento de una oclusión normal, es necesario definir la normalidad. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto". Una definición "normal" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad. Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que se está en presencia de maloclusiones (21).

Succión digital

La succión digital es un mal hábito que desarrollan algunos niños que succionan su dedo pulgar, haciendo que la parte digital de dedo contacte con el paladar y con el tiempo deforme el paladar, dando lugar a una mala mordida, dientes separados y paladar profundo. La succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica y permite al bebé alimentarse de su madre. Se trata de una respuesta innata ante un estímulo en la región oral. El reflejo de succión es normal hasta los tres años de edad, ya que cuando aparecen los primeros dientes temporales o de leche, significa que la masticación entra en acción y desaparece esta necesidad de succión (22).

Varias teorías han sugerido que la prolongación de este hábito puede desarrollarse a partir de una fijación oral, perturbación emocional o debido a hambre o insuficiente satisfacción de la necesidad de succionar en la infancia. Existen dos formas de succionar: Forma nutritiva, la

cual proporciona nutrientes esenciales; es decir, lactancia materna y alimentación con biberón; y, forma no nutritiva, es decir la succión digital y del chupete (23).

Onicofagia

Es el hábito de comerse las uñas o la manía nerviosa si no puede controlar. Es una patología de carácter psicológico, y como tal, puede precisar de ayuda especializada. La persona que padece onicofagia puede llegar al extremo de retirar su uña hasta dejar la piel al descubierto. Esta conducta se puede manifestar en las uñas de todos los dedos (24).

En muchos casos la onicofagia es simplemente un mal hábito, aunque puede haber otros en los que se ha desarrollado debido a otros problemas como lo pueden ser, ansiedad y estrés ya que cuando una persona se siente muy nerviosa o atraviesa un cuadro de gran ansiedad necesita naturalmente una válvula de escape, imitación por lo general los niños tienden a imitar a los mayores de su entorno. En los hogares en los que los padres se comen las uñas, los niños tienen más posibilidades de adquirir este hábito también, factores psicossomáticos si bien es muy difícil agrupar bajo un mismo patrón a los distintos factores psicossomáticos, muchas personas canalizan aspectos de su vida no resueltos a través de la onicofagia (24).

Succión del chupón

El hábito de succión del chupón es una succión no nutritiva que se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal, que además les da calma y reconforta al bebé. En el bebé recién nacido y a lo largo de sus primeros dos o tres años conlleva una serie de beneficios, aunque no por ello es recomendable su uso prolongado ya que una de sus desventajas es que puede causar maloclusiones, la más frecuente es la mordida abierta anterior, la cual puede no terminar progresando si se deja el hábito de manera precoz. La

mordida cruzada posterior es la más grave, aunque no la más frecuente, y repercute en el crecimiento craneofacial del niño (25).

Queilofagia

Esto es conocido como un tic nervioso consistente en un continuo morder de labios, existen diversas causas relacionadas con esta afección, especialmente emocionales (ansiedad, estrés, miedo sensualidad, o incluso imitación). Asimismo, puede aparecer de forma espontánea como cualquier otro hábito, pero también en ocasiones se manifiesta por una anomalía maxilomandibular ya existente. Es dañino desde edades tempranas hasta la adultez mayor, debido a las lesiones que puede producir en la mucosa de los carrillos, labios resecos y agrietados, pero es particularmente deformante en las edades de crecimiento y desarrollo por originar anomalías en dientes y mandíbula (26).

Maloclusiones

La alteración donde los controles anatómo-fisiológicos del sistema estomatognático se encuentran en desarmonía con los segmentos dentarios se denomina maloclusión, en otras palabras se define como una oclusión anormal, en la cual los dientes no están en una posición adecuada en relación con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos cuando los maxilares están en cierre, cabe destacar que la misma no es una enfermedad sino una variación morfológica, la cual puede o no estar asociada a una condición patológica (27-28).

Clasificación de las maloclusiones

Clasificación de Angle

A lo largo de la historia las distintas maloclusiones han sido clasificadas por diversos autores según criterios propios, sin embargo, es Edward Hartley Angle en (1899) durante la

publicación de unos de sus artículos en la revista Dental Cosmos, titulado “angle’s classification of malocclusion” que establece inocentemente la clasificación que sería adoptada por protesistas; basándose en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión (29).

Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. Basándose en esa idea, creo un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Dicho autor dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III (30).

CLASE I: es cuando la cúspide mesio vestibular del primer molar superior, ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.

CLASE II: cuando la cúspide mesio vestibular del primer molar superior, ocluye mesial o por delante del surco vestibular del primer molar inferior (distoclusion).

La clase II de Angle presenta dos divisiones:

CLASE II. División 1: donde existe una distoclusion molar, pero los incisivos superiores se encuentran dirigidos hacia vestibular, en vestibuloversion. En este caso es usual la respiración bucal o adenoides extirpado o no. Suele existir interposición labial detrás de los incisivos superiores (31).

CLASE II. División 2: se presenta una clase II, donde los incisivos superiores se encuentran rectos o en linguoversion. Existe tono muscular acentuado labial, cara ancha y respiración nasal (32).

Subdivisión: existen casos en los que en un lado se presenta clase I y en la otra clase II. Angle clasificaba estos casos atendiendo la anomalía, es decir, la clase II, y colocaba al final la palabra subdivisión, que significa, unilateral. Aplicable en ambas divisiones (30).

CLASE III: es cuando la cúspide mesio vestibular del primer molar superior, ocluye distal o por detrás del surco vestibular del primer molar inferior (30).

Este concepto de E. Angle fue mejorado por el Dr. Lawrence Andrews postulando las Seis llaves de la oclusión normal, las cuales son:

Llave 1: Relación molar: toma la relación molar de Angle, pero la completa con una segunda característica igualmente importante:

- La cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior cae dentro del surco entre la cúspide mesial y central del primer molar permanente inferior (Angle) (31).
- La cúspide distovestibular del primer molar permanente superior hace contacto y ocluye con la superficie mesial de la cúspide mesiovestibular del segundo molar permanente inferior(31)
- La cúspide mesiopalatina de la primera molar superior ocluye en la fosa central de la primera molar inferior (31).
- Los caninos y premolares poseen una relación cúspide-tronera bucalmente y cúspide-fosa lingualmente (31).

Llave 2: Angulación de la corona o “tip”: No se refiere al eje mayor del diente completo, sino a la angulación del eje mayor de la corona, que en todos los dientes (excepto en los molares) es considerado el lóbulo central de desarrollo (la porción más prominente y vertical de la superficie labial o vestibular de la corona). En los molares el eje mayor de la corona lo identificamos por el surco vertical de la superficie vestibular de la corona. El grado de “tip” de los incisivos determina la cantidad de espacio mesiodistal que van a ocupar, por lo tanto, tienen un efecto considerable tanto a nivel posterior (en la oclusión), como a nivel anterior (en la estética) (31).

Llave 3. Inclínación coronal (inclínación labiolingual o bucolingual): En el arco superior, cuando observamos los dientes en sentido vestibulolingual notamos que la raíz de los incisivos centrales se inclinan fuertemente hacia palatino; disminuyendo en los laterales y caninos y alcanzando valores cercanos a cero en los premolares y molares. En el arco inferior la raíz de los incisivos centrales y laterales tiene inclínación lingual, y esta disminuye acentuadamente al nivel de los caninos. El primer premolar se implanta verticalmente y, a partir del segundo premolar, el eje longitudinal radicular se inclina vestibularmente aumentando a medida que se distaliza en el arco (32).

Llave 4. Rotaciones: No hay rotaciones Los dientes deben estar libres de rotaciones indeseables, ya que la rotación de un molar por ejemplo, hace que ocupe más espacio de lo normal, creando una situación inadecuada para una oclusión normal (32).

Llave 5. Puntos de contacto: En virtud de la disposición en el arco de los dientes, estos se contactarán entre las superficies mesial y distal de dientes vecinos, que garantizarán la integridad del periodonto, si por algún motivo (traumatismos, caries, malposición dental) estas áreas son destruidas o anormalmente dispuestas, habrá una ruptura del equilibrio entre los dientes contiguos, acarreado traumatismos en el lado de

las estructuras de soporte dentario. Alrededor del área de contacto se pueden considerar cuatro espacios: • Tronera vestibular • Espacio interdental • Tronera palatina o lingual • Surco interdental (32).

Llave 6. Plano Oclusal: Curva de Spee La observación cuidadosa de los arcos dentarios, cuando son vistos por vestibular, demuestra que las superficies oclusales no se adaptan a una superficie plana, sino ligeramente curva: cóncava a nivel de los dientes inferiores y convexos en los dientes superiores (Descrito por Von Spee en 1890). Andrews afirma que la intercuspidad dentaria mejora cuando la curva es suave (32).

Maloclusión Clase II: La nomenclatura de la clasificación de Angle enfatiza la ubicación distal de la mandíbula respecto al maxilar superior en la clase II, pero en muchos casos el maxilar superior es prognático, una morfología cráneo facial muy diferente, pero que produce una relación molar similar y, por eso, la misma clasificación. Por lo tanto, La Clase II o distoclusión puede ser resultado una mandíbula retrógnata, de un maxilar prognata o una combinación de ambas (33).

División 1 Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. 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 sellado labial, con un labio superior hipotónico y el inferior hipertónico. La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio inferior. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación a la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal (33)

División 2 En la Clase II división 2 el resalte esta reducido y la corona de los incisivos superiores se encuentran en retrusión en vez de protrusión²⁰. Se caracteriza por profundidad anormal de la mordida, labioversión de los incisivos laterales superiores; el perfil facial no es tan retrognático como en la Clase II división 1. La división 1 y la división 2 tienen un rasgo en común: el molar inferior está en distal de la posición que le correspondería ocupar para una normal interrelación oclusal (33).

Maloclusión Clase III: Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arquadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser cóncavo o recto (34)

Clasificación de Lischer

En 1911, Lisher sugiere una manera de clasificar el mal posicionamiento dental de forma individualizada, es decir, el autor hace uso de un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal. Basa su clasificación en tres planos: Plano anteroposterior o sagital, Plano oclusal o horizontal y Curva de arcada; habla de mal posiciones dentarias con respecto a la curva de arcada, de mal posiciones de arcada con respecto al plano oclusal y de mal posiciones óseas con respecto al plano oclusal (35-36).

Malposiciones Dentarias

Añadió el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío. Mesioversión, el diente está mesializado en relación a su posición normal; Distoversión, distalización del diente con relación a su posición normal; Infraversión, el diente presenta su cara oclusal o borde incisal sin alcanzar el plano oclusal; Supraversión, el diente esta con la cara oclusal o borde incisal por encima del plano oclusal; Giroversión, indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal; Axiversión, hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario; Transversión, el diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario(35).

Perversión, indica la impactación del diente en general, por falta de espacio en el arco; Vestibuloversión o Labioversión, el diente presenta su corona vestibulizada en relación a su posición normal; Linguoversión, la corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal; cuando la inclinación axial no cambia pero si se desplaza hacia vestibular o lingual lo denomina gresión; los dientes pueden rotar sobre su eje dentro de la curva de arcada, entonces dice que están rotados (35-36).

Los términos creados por Lisher pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, axigiroversión o, incluso, mesiolinguosupraversión (35).

Malposiciones de las Arcadas

Lischer adopta la siguiente terminología: Neutro-oclusión: relación mesiodistal normal. Disto-oclusión: relación distal de los molares y las arcadas (Clase II de Angle). Mesio-oclusión: relación mesial de las mismas (Clase III de Angle). Con respecto a las

malposiciones óseas en el plano sagital: Cuando el maxilar o la mandíbula es grande en sentido transversal lo denomina hiperplasia o macrognacia. Cuando el maxilar o la mandíbula son pequeños en sentido transversal lo denomina hipoplasia o micrognacia. Según las **malposiciones mandibulares con respecto al plano horizontal**: Ante-versión mandibular, que representa el avance de la mandíbula. Retro-versión mandibular, que representan el retroceso de toda la mandíbula (36).

Clasificación de Simón

Es una clasificación de carácter tridimensional que permite relacionar los arcos dentarios mediante tres planos antropológicos, basados en puntos cefalométricos. Simón presenta su clasificación en 1922, la cual está basada en principios morfológicos. Divide a las maloclusiones relacionando los arcos dentarios con tres planos anatómicos: Frankfort, el sagital medio y el orbitario o plano de Simón: Plano horizontal (Plano de Frankfurt). Lo obtenemos de unir el porion con el punto infraorbitario; Plano sagital. Pasa por el punto de contacto de los incisivos; Plano frontal. Pasa por la glabella (punto más saliente del entrecejo) (36- 37).

En el plano sagital tanto para la mandíbula como para el maxilar distinguimos: Contracción si la mandíbula o el maxilar son pequeños; Distracción si por el contrario se son grandes en sentido transversal. Con respecto al plano frontal: Si la mandíbula está por delante de este plano lo llama protracción; por el contrario, si está por detrás lo denomina retracción. Con relación al plano horizontal: Si la mandíbula se acerca al plano horizontal lo denomina atracción. Si la mandíbula se aleja de este plano lo llama abstracción (36)

Epidemiología de las maloclusiones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85 % de la población. La prevalencia de maloclusiones en jóvenes oscila entre 39 y 93%³, y difiere según el grupo etario y étnico, el método de registro y la presencia de síndromes. Las características más frecuentes de maloclusión son la presencia de Clase II en relación molar y el apiñamiento. De igual forma, los principales factores etiológicos para desarrollar maloclusiones se asocian a aspectos genéticos, ambientales, una combinación de los dos, o a veces otros de tipo local como hábitos orales (38-39).

Actualmente, se utilizan varios índices que permiten medir la necesidad de tratamiento ortodóntico. Entre los más recientes, diseñados a finales de los años 80 e introducido en los 90, probablemente el de mayor difusión es el índice de estética dental (DAI, por sus siglas en inglés), creado con fines epidemiológicos y adoptado por la OMS para tal propósito, ha sido utilizado como instrumento en numerosos estudios epidemiológicos (40).

Estudios epidemiológicos han mostrado que la maloclusión se presenta con tasas de prevalencia considerablemente altas, ya que, más del 60% de la población la desarrolla. En cuanto a su distribución, de acuerdo al tipo de maloclusión, la Clase I es hasta cinco veces más frecuente en comparación con las Clases II y III (41).

En Venezuela se han realizado pocos estudios epidemiológicos. D'Escrivan de Saturno encontró que el 77% de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. De esta población, el 57,5% podía ser clasificada como maloclusión Clase I; el

12,3% eran Clase II División 1; el 3,6% constituían Clase II División 2 y el resto, 3,8% se diagnosticaron como Clase III (42).

En un estudio epidemiológico realizado en dos zonas rurales venezolanas, encontró que el 62,28% podían ser clasificados como Clase I; el 9,9% como Clase II y el 1,2% como Clase III (43).

Definición de términos

1. **Apiñamiento:** Se denomina apiñamiento dental a todos los problemas de dientes amontonados en la boca del paciente, debido a una falta de espacio en el hueso en que se insertan (44).
2. **Arcada dentaria:** Se refiere al grupo de dientes que forman los maxilares, hay una arcada superior, refiriéndose a los dientes que están en el maxilar superior; y una arcada dentaria inferior, refiriéndose a los dientes que están en el maxilar inferior o mandíbula (45).
3. **Caries:** es la destrucción del esmalte dental, la capa dura externa de los dientes. Puede ser un problema para niños, adolescentes y adultos. La placa, una película pegajosa de bacterias, se forma constantemente en los dientes (46).
4. **Deglución:** Es el paso del alimento desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago. Los alimentos masticados por los dientes, amasados por la lengua y humedecidos por la saliva, toman forma de una bola de consistencia pastosa, el bolo alimenticio (47).
5. **Dentición:** Se llama dentición, en general, al desarrollo de los dientes y a su disposición en la boca; y en particular, a la disposición de los dientes, los tipos de ellos y las cantidades de cada tipo y la total que son característicos de una especie determinada a una edad determinada (48).

6. Diastema: llaman diastema al espacio o hueco entre dos dientes. Los diastemas son sobre todo frecuentes entre los dos incisivos centrales (49).
7. Dientes: Es el cuerpo duro que se halla en las mandíbulas del ser humano y de muchos animales y que sirve para masticar los alimentos o, en el caso de ciertos animales, como defensa (50).
8. Fatiga: Concepto de fatiga se emplea para aludir al agotamiento, la extenuación, la debilidad o el tedio. Quien tiene fatiga, se siente cansado o fastidioso (51).
9. Frenillo: Pliegue membranoso que une ciertos órganos del cuerpo o limita su movilidad (52).
10. Gingivitis: Es una inflamación de la línea de la encía que puede avanzar hasta afectar el hueso que rodea y sirve de soporte a los dientes (53).
11. Hábito: Un hábito es la repetición reiterada de una conducta, que se repite sistemáticamente formando parte de la vida misma de quien lo ostenta (54).
12. Maloclusión: Es lo que sucede cuando nuestra mordida no está correctamente alineada. Es una afección muy común y puede requerir de ortodoncia para su corrección. Si sospechas que puedes padecer maloclusión dental consulta con tu dentista (55).
13. Mandíbula: Denominado también maxilar inferior, es un hueso plano y simétrico en forma de herradura. La mandíbula alberga a la dentadura de la parte inferior. La articulación temporomandibular es posible por la articulación de la mandíbula y el hueso temporal (56).
14. Músculos: son tejidos u órganos del cuerpo humano, del aparato locomotor caracterizado por su capacidad para contraerse y por lo general por una respuesta a un estímulo nervioso (57).

15. Morfología: se denomina la rama de una disciplina que se ocupa del estudio y la descripción de las formas externas de un objeto (58).
16. Oclusión: Se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función (59).
17. Patologías: Es la ciencia, derivada de la medicina, que investiga el desarrollo de las enfermedades que afectan al ser humano, a nivel estructural, bioquímico y funcionales, siendo muy similar a la nosología, pero ésta está encargada de la clasificación y descripción de las enfermedades (60).
18. Periodontitis: Es una inflamación e infección de los ligamentos y huesos que sirven de soporte a los dientes (61).
19. Retrusión: Es cuando los dientes hacen mordida más atrás de los dientes inferiores, la retrognatia superior es cuando hay falta de crecimiento del maxilar superior (62).
20. Supernumerarios: También denominado hiperodoncia son dientes que rompen el esquema numérico de la dentición normal; es decir, que no tendrían que haber crecido, pero que están ahí, ocupando un lugar que no les corresponde y aumentando el número de piezas que forman la dentadura (63).
21. Traumatismo: Se trata de la lesión de los órganos o los tejidos que se produce por una acción mecánica externa (64).
22. Trastornos: Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona (65).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La metodología de la investigación se refiere a las vías a seguir desde que se inicia la investigación hasta la finalización del mismo. Esta sección es de gran importancia, por cuanto permitió identificar los aspectos implícitos en todo el proceso de investigación, tales como el tipo de estudio y diseño de la investigación, así como la población y muestra, el procedimiento, técnicas e instrumentos de recolección de la investigación y el análisis e interpretación de la misma.

La metodología es el estudio de los modos o maneras de llevar a cabo algo. La metodología incluye los métodos, las técnicas, las tácticas, las estrategias y los procedimientos que utilizará el investigador para lograr los objetivos de su estudio. (66). A través de la metodología se refleja todo el proceso llevado a cabo para realizar dicha investigación.

Modalidad de la investigación

La modalidad de la investigación se entiende como el modelo de investigación que se adopte para ejecutar. Entre las modalidades más conocidas están: proyecto factible y proyecto especial (66). En base al posible producto del trabajo especial de grado y a los planteamientos descritos anteriormente, este se enmarca bajo la modalidad de proyecto factible ya que consiste en elaborar una propuesta viable destinada a atender las necesidades específicas, determinadas a partir de una base diagnóstica (66).

De lo antes planteado, para llevar a cabo el proyecto factible, se realizó un diagnóstico de la situación planteada; en segundo lugar, se planteó y fundamentó con basamentos teóricos la propuesta elaborada y establecida, tanto los procedimientos metodológicos, así como las actividades y los recursos necesarios, para llevar adelante la ejecución.

Aunado a esto, se realizó el estudio de factibilidad del proyecto y, por último, la ejecución de la propuesta que es el Diseño de un manual preventivo de maloclusiones dirigido a los representantes de los niños y niñas que acuden a la Universidad José Antonio Páez al área de ortopedia y ortodoncia dentofacial en Valencia Estado Carabobo durante el II Curso Regular 2019.

Tipo de investigación

El tipo de investigación se refiere a la clase de estudio que se va a realizar. Orienta sobre la finalidad general del estudio y sobre la manera de recoger las informaciones o datos necesarios (66).

De acuerdo a los objetivos planteados, se ubicó dentro del tipo de campo, pues permite la recolección de datos de manera directa y clara de la realidad, donde el investigador no manipula los datos en ningún momento. Para este caso, fue en las instalaciones del área de ortopedia y ortodoncia dentofacial de la Universidad José Antonio Páez en el Estado Carabobo, durante el II Curso Regular 2019, específicamente en la sede de la Escuela de Odontología.

En este aspecto, se consideró la recolección de datos directamente de la realidad sin manipular variable.

Nivel de la investigación

El nivel de la investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un objeto o fenómeno (66). El nivel en que se enmarcó la presente investigación es Descriptivo, el propósito de este nivel es el de interpretar realidades del hecho (66).

Diseño de la investigación

Es la estrategia que adopta el investigador para responder al problema, dificultad o inconveniente planteado en el estudio. Para fines didácticos, se clasifican en diseño experimental, diseño no experimental y diseño bibliográfico (66).

De acuerdo a los objetivos planteados en la investigación ésta se ubicó dentro de un diseño no experimental, pues la investigación se basó en escribir de qué modo y por qué causa se produce o puede producirse un fenómeno (66).

Población

En cuanto a la población, es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. Representa un conjunto finito o infinito de personas, cosas o elementos que presentan características comunes con el fenómeno que se investiga (66).

La población estuvo conformada por 108 madres, padres o representantes que acudieron a la consulta y 8 profesores especialistas del área de ortopedia y ortodoncia dentofacial de la Universidad José Antonio Páez en el Estado Carabobo, durante el II Curso Regular 2019.

Muestra

Es una parte de la población, o sea, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo. La muestra es obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de una población (66). En este caso, la muestra de los

padres fue una parte significativa y representativa de la población antes mencionada (30 %). En el caso de la encuesta de los docente se utilizó el 100% de la población. En tal sentido la muestra constó de 32 personas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Representantes, cuyos representados se atiendan actualmente en el área de ortopedia y ortodoncia dentofacial en el periodo 2019- 2CR.
- Representantes que tengan afinidad sanguínea con el representado.

De igual forma, se evaluó los siguientes criterios de exclusión:

- Representantes cuyos representados hayan sido atendidos en periodos distintos al antes mencionado.
- Representantes que no tengan lazo sanguíneo con el representado.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos, se definen como la expresión operativa del diseño de investigación y que especifica concretamente cómo se hizo la investigación (66) entre las técnicas de recolección de información están la observación en sus distintas modalidades, la entrevista, el análisis documental, entre otras. Dada la naturaleza de esta investigación, y en función de los datos que se requieren, la técnica que se utilizó fue la encuesta, la cual es considerado como un medio de comunicación escrito y básico, entre el encuestador y el encuestado, facilita traducir los objetivos y las variables de la investigación a través de una serie de preguntas muy particulares, previamente preparadas en forma cuidadosa, susceptibles de analizar en relación al problema estudiado (66).

En tal sentido en este estudio se utilizó como instrumento el cuestionario para recolectar la información vinculada con la opinión de los padres y o representantes de los niños y niñas que acuden a la mencionada consulta.

En lo que se refiere a instrumentos, son los medios materiales, que se emplean para recabar y almacenar la información (66), por lo que, el instrumento que se aplicó para este estudio, según la técnica fue un cuestionario de diez (10) preguntas tipo dicotómica de respuestas Si ó No, el cual permitió obtener información directamente relacionada con el objeto de estudio, proporcionando datos necesarios sobre la problemática de la investigación.

Validez

Para la validación del instrumento aplicado, se hizo a través de un juicio a expertos en contenido y en la elaboración del instrumento. Es importante asegurarse que el instrumento diseñado o seleccionado sea válido para el estudio, por lo tanto, es importante obtener la validez del instrumento.

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 consultaran sólo aquello que se pretende conocer o medir (66).

Técnicas de análisis de datos

Para efectuar el análisis estadístico de la información, se utilizó técnicas de estadística descriptiva, concretamente la distribución de frecuencia y análisis porcentual. Es

aquella que describe, analiza y representa un grupo de datos utilizando métodos numéricos y gráficos que resumen y presentan la información contenida en ellos (66). El análisis de la información en su primera fase busca describir los datos y posteriormente efectuar el análisis estadístico de cada una de las variables estudiadas en la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Este capítulo se destinó a los resultados y/o hallazgos de la investigación tras la aplicación del instrumento de recolección de datos, para llegar al respectivo análisis e interpretación de los mismos, apoyándose en la estadística descriptiva. Consiste sobre todo en la presentación de los datos en forma de tablas y gráficas, comprende cualquier actividad relacionada con los datos y está diseñada para resumirlos o describirlos sin factores pertinentes adicionales, esto es, sin intentar interferir nada que vaya más allá de los datos, vistos como tales (67)

Seguidamente, se describe el procedimiento tal cual como se llevó a cabo:

En primera instancia, primera parte del instrumento número 1, se analizó el nivel de conocimiento que tienen los padres, madres y/o representantes según los siguientes indicadores: conceptos, prevención, causas y consecuencias de las maloclusiones y los hábitos. Por otro lado, la primera parte del instrumento número 2 se basa en la factibilidad económica, social y de la presentación del manual. Con resultados a las preguntas dicotómicas (si, no) procesados en cuadros de frecuencia y porcentaje simple, con apoyo de gráfica de barras.

En segunda instancia, la segunda parte del instrumento número 2 destinada al diseño del manual según el indicador: Contenido, para mejor entendimiento y comprensión de los padres, madres y/o representantes. Con resultados a las preguntas dicotómicas (si, no) procesados en cuadros de frecuencia y porcentaje simple, con apoyo de gráfica de barras.

Finalmente, se analizaron los resultados utilizando para ello el análisis cualitativo apoyándose en el enfoque interpretativo de la información recopilada, para dar mayor objetividad al análisis, se utilizó la interpretación mostrada en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Criterios de Decisión Para Interpretar Nivel de Información

<i>Porcentaje</i>	<i>Interpretación</i>
94% - 100%	Excelente
84% - 93%	Bueno
74% - 83%	Regular
Menos -73%	Deficiente

Variable: Manual de maloclusiones.

Dimensión: Conocimiento.

Indicador: Conceptos.

Tabla 2: Conocimiento de maloclusión y hábitos que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.

Indicador	Ítem	Alternativa			
		Si		No	
		F	%	F	%
Conceptos de maloclusión	• ¿Conoce usted lo que es una maloclusión?	9	28	23	72
	• ¿Puede identificar usted un hábito bucal?	6	19	26	81

Fuente: Aguilar y Sequera, 2019

Análisis. Los datos obtenidos en este cuadro evidencian el déficit de conocimiento que presentan los padres, madres y representantes que acuden al área de ortopedia y ortodoncia, ya que una mayoría significativa expresa no saber que es maloclusión(72%) y por lo tanto tampoco pueden identificarlos (81%), coincidiendo estos resultados con lo que expresan Scarpelli y colaboradores en su trabajo, donde

alegan que las acciones educativas para implementar el enfoque de los niños en la salud oral son fundamentales para hacer cambios de comportamiento y promover la educación de hábitos saludables, evitando así que se desarrollen maloclusiones (xx).

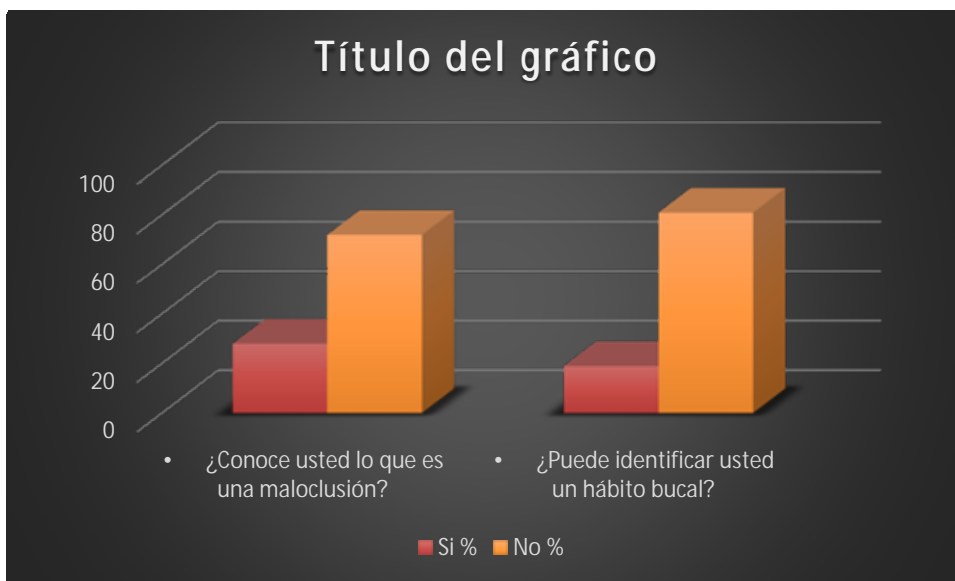


Gráfico 1. Conocimiento de maloclusión y hábitos que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2. (Fuente: Aguilar y Sequera, 2019)

Variable: Manual de maloclusiones.

Dimensión: Conocimiento

Indicador: Prevención

Tabla 3. Conocimiento de maloclusión y hábitos que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.

Indicador	Ítem	Alternativa			
		Si		No	
		F	%	F	%
Prevención.	• ¿Cree usted que un manual de prevención de las maloclusiones pudiese ayudarla a	32	100	0	0

obtener mayor conocimiento en este tema?

- ¿Cree usted que la información brindada por los estudiantes de la universidad José Antonio Páez es suficiente para prevenir mal oclusiones en situaciones futuras? 18 44 14 56

Fuente: Aguilar y Sequera, 2019

Análisis. En cuanto a la prevención, la totalidad de los padres, madres y representantes presentes en el área de ortopedia y ortodoncia afirmaron que un manual preventivo sobre maloclusiones sería positivo para ellos tener más información sobre este tema (100%) y para así complementar la información proporcionada por los estudiantes de la universidad José Antonio Páez la cual alegaron no ser suficiente (56%). Relacionado a estos resultados, Alves y colaboradores, evaluaron la eficacia del programa de prevención y promoción del cuidado dental temprano en la boca del bebé para prevenir enfermedades orales (caries, gingivitis o maloclusiones) en niños después de varios estudios ultimaron que el programa de prevención y promoción en salud oral pública fue eficaz en la prevención de caries, gingivitis y maloclusión. (XX)

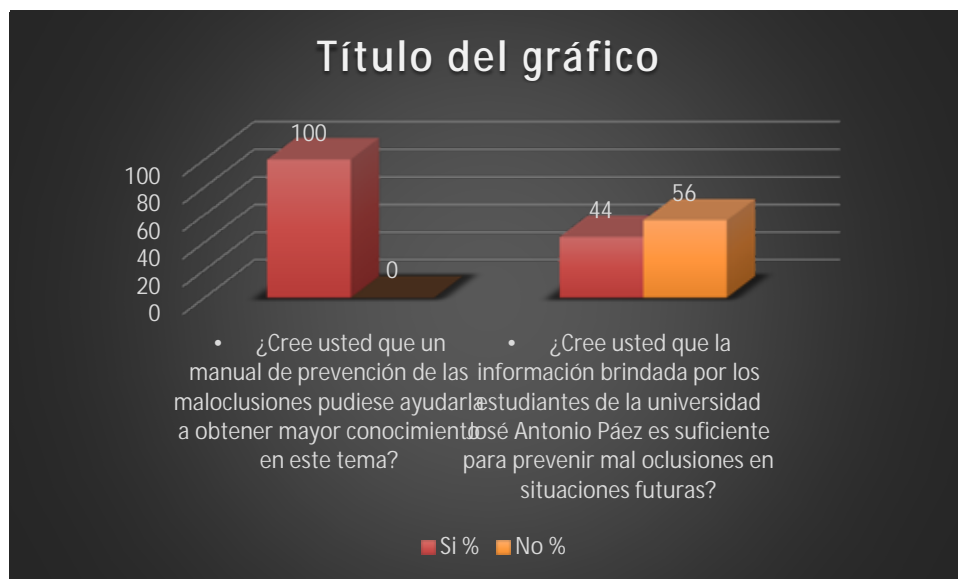


Gráfico 2. Conocimiento de información sobre prevención que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2. (**Fuente:** Aguilar y Sequera, 2019)

Variable: Manual de maloclusiones.

Dimensión: Conocimiento.

Indicador: Causas

Tabla 4. Conocimiento de información sobre succión digital que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2

Indicador	Ítem	Alternativa			
		Si		No	
		F	%	F	%
Causas	¿Su hijo chupa dedo?	20	63	12	37
	¿Cree usted que chupar dedo es malo?	32	100	0	0

Fuente: Aguilar y Sequera, 2019

Análisis. Al interpretar los resultados se refleja que los padres, madres o representantes están conscientes que el mal hábito de chupar dedo no es beneficioso para sus hijos (100%), al mismo tiempo la mayoría afirmó que sus hijos presentan dicho hábito (63%). Aunado a esto Scarpelli y colaboradores, realizaron la evaluación de un programa educativo preventivo para maloclusiones, encontraron que los hábitos evaluados con mayor frecuencia en este orden fueron: botella, botella y chupete, dedo, botella y dedo, chupete, chupete y dedo, y botella / chupete / dedo. (XX)

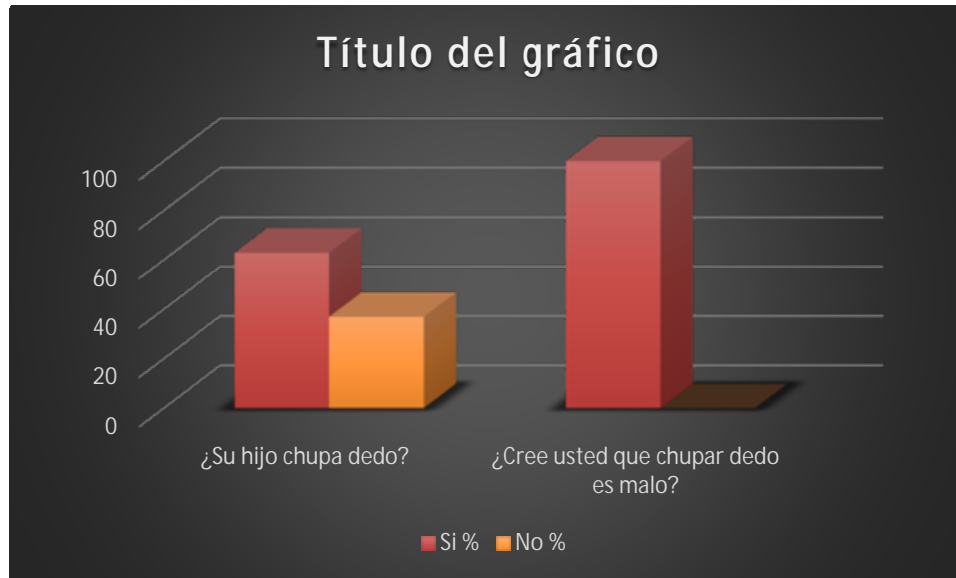


Gráfico 3. Conocimiento de información sobre succión digital que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2. (Fuente: Aguilar y Sequera, 2019)

Variable: Manual de maloclusiones.

Dimensión: Conocimiento.

Indicador: Consecuencias.

Tabla 5. Conocimiento de consecuencias de la maloclusión que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.

Indicador	Ítem	Alternativa			
		Si		No	
		F	%	F	%
Consecuencias	¿Sabe usted las consecuencias de una maloclusión?	5	16	27	84
	¿Cree usted que los hábitos tienen alguna repercusión en la apariencia facial?	30	94	2	6

Fuente: Aguilar y Sequera, 2019

Análisis. Los padres, madres y/o representantes que fueron encuestados coinciden en que no saben las consecuencias que pueden acarrear los distintos tipos de maloclusión

en sus hijos o representados (84%), por otro lado, afirman creer que este si influye en la apariencia facial (94%). Debido a estos resultados el que ellos tomen conciencia de las consecuencias que esta trae es fundamental para prevenirlas y tratarlas. Díaz y colaboradores realizaron un estudio que buscaba describir la prevalencia de las maloclusiones del cual concluyó que las maloclusiones afectaron mayormente a las niñas, de edades entre 7 y 9 años, y que se encontraron la vestibuloversión, el apiñamiento, la mordida abierta anterior y las rotaciones dentarias, como tipos principales de maloclusión. Los factores de riesgo más frecuentes fueron los hábitos, la herencia y los traumas (XX)



Gráfico 4. Conocimiento de consecuencias de la maloclusión que poseen los padres, madres y/o representantes de niños que asisten al área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2. (Fuente: Aguilar y Sequera, 2019)

Variable: Manual de maloclusiones.

Dimensión: Factibilidad.

Indicador: Económico y Social.

Tabla 6. Factibilidad económica y social de un Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.

Indicador	Ítem	Alternativa			
		Si		No	
		F	%	F	%
Económico	¿Tomando en cuenta el ámbito económico considera factible la aplicación de un manual de prevenciones de maloclusiones?	8	100	0	0
Social	¿Considera que el manual de prevención pudiese ser una herramienta útil socialmente para padres que acuden al área de ortopedia y ortodoncia en la universidad José Antonio Páez?	8	100	0	0
	¿Considera usted necesaria la implementación de un manual de prevención de maloclusiones dirigido a padres y/o representantes?	8	100	0	0
	¿Considera factible la elaboración de un manual de prevenciones de maloclusiones dirigido a padres y/o representantes?	8	100	0	0
	¿Considera que el manual de prevención pudiese ser una herramienta útil socialmente para padres que acuden al área de ortopedia y ortodoncia en la universidad José Antonio Páez?	8	100	0	0

Fuente: Aguilar y Sequera, 2019

Análisis. Encuesta realizada a los profesores del área de ortopedia y ortodoncia de la universidad José Antonio Páez donde la mayoría (100%) expresa que es factible económicamente la aplicación de un manual preventivo de maloclusiones, para que

los padres y representantes, a través de la prevención no tengan la necesidad que realizar tratamientos de ortodoncia y ortopedia a sus hijos como consecuencia de una maloclusión que en muchas ocasiones es de alto costo monetario. Interpretando los resultados del indicador social se afirma que la aplicación del manual de maloclusiones es útil socialmente para ampliar la cultura que tienen los padres, madre o representantes sobre este tema y así pueden transmitirlo a sus allegados, considerando factible la elaboración e implementación de mencionado manual.



Gráfico 5. Factibilidad económica y social de un Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2. (Fuente: Aguilar y Sequera, 2019)

Variable: Manual de maloclusiones.

Dimensión: Diseño

Indicador: Presentación.

Tabla 7. Diseño del Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2. (**Fuente:** Aguilar y Sequera, 2019)

Indicador	Ítem	Alternativa			
		Si		No	
		F	%	F	%
Presentación	¿Considera que la presentación del manual debiese de ser digital?	1	13	7	86
	¿Considera que la presentación del manual debiese de ser física?	8	100	0	0
	¿Considera apropiado la implementación de una introducción al manual?	6	75	2	25
	¿Considera que se debe elaborar conceptos básicos de fácil comprensión para el padre?	8	100	0	0
	¿Considera que el manual debiese explicarse por imágenes con breve texto y/o puntos claves?	8	100	0	0
	¿Considera que el manual debiese de ser netamente texto?	0	0	8	100
	En caso de ser afirmativo la aplicación digital ¿Considera que debiese tener videos?	5	62	3	38

Fuente: Aguilar y Sequera, 2019

Análisis. Considerando lo expresado en esta tabla por los profesores del área de ortopedia y ortodoncia de la universidad José Antonio Páez se establece que la mayoría tuvo afinidad porque el manual se presentará de manera física (100%), con una breve introducción del tema de maloclusiones y hábitos (72%), con un vocabulario sencillo de fácil interpretación y entendimiento para los padres (100%), el cual está sustentado con gran cantidad de imágenes y poco texto (100%).



Gráfico 6. Diseño del Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2. (Fuente: Aguilar y Sequera, 2019)

Variable: Manual de Maloclusiones.

Dimensión: Diseño.

Indicador: Contenido.

Tabla 8. Diseño del Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2.

Indicador	Ítem	Alternativa			
		Si		No	
		F	%	F	%
Contenido	¿Considera que por medio del manual se les debe explicar a los padres los hábitos más frecuentes como succión digital, deglución atípica, succión lingual?	8	100	0	0

¿Considera que en el manual de prevención de mal oclusiones se debe colocar los tipos de ellas?	7	88	1	12
¿Considera prudente que el manual tuviese el siguiente orden? Introducción, objetivos, conceptos básicos, tipos de maloclusiones, hábitos que conllevan a las maloclusiones antes mencionadas y recomendaciones para su prevención.	6	75	2	25

Fuente: Aguilar y Sequera, 2019

Análisis. La totalidad de los docentes (100%), consideró que por medio del manual se les debe explicar a los padres los hábitos más frecuentes y los tipos de maloclusiones más frecuentes. De acuerdo al contenido que esté presente en el manual la mayoría (77%) coinciden en que el manual empiece con una introducción, seguidos de los objetivos del manual, conceptos, tipos y hábitos que causan maloclusiones. Para cerrar el manual debe presentar recomendaciones para prevenir futuros problemas de maloclusión.



Gráfico 7. Diseño del Manual para prevenir maloclusiones según docentes del área de Ortopedia y Ortodoncia de la UJAP. 2019-2. (Fuente: Aguilar y Sequera, 2019)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En cuanto a la necesidad de realización de un manual de prevención de maloclusión se encontró que el nivel de información que manejan los padres y/o representantes de niños que acuden al área de ortopedia y ortodoncia dentofacial de la Universidad José Antonio Páez es bajo, y en ciertos casos nulo, siendo útil la realización del manual antes mencionado, para que así sirva de herramienta social y cultural en la formación y generación cambios en dichos padres.

Con respecto a la factibilidad de la realización del manual, se demostró la posibilidad de su elaboración sin mayores complicaciones en el ámbito económico, en cuanto a su presentación según las necesidades y facilidad de aplicación será física, con poco texto e imágenes que ilustren de manera clara y precisa la explicación. El diseño del manual se concluye que será con conceptos básicos de maloclusiones y hábitos, los tipos de maloclusiones y con breve introducción y recomendaciones, de fácil comprensión para padres.

De acuerdo al diseño del manual se concluyó que este debiese presentarse en forma física para mayor accesibilidad de los padres al mismo, por otra parte, referente al diseño del manual se estableció que debía ser con imágenes explicativas y breve texto o palabras claves, con la finalidad de que sea dinámico para los padres, iniciando con una breve introducción y sus respectivos objetivos.

Recomendaciones

- Se sugiere que a través de un manual de prevención de maloclusiones le sea brindada a los padres y/o representantes mayor información, para que así estos tengan la posibilidad de distinguir un hábito en alguno de sus hijos, corregirlo y evitar una maloclusión o al mismo tiempo identificar una maloclusión y buscar solución a tiempo, evitando mal formaciones faciales.
- Por otro lado, se recomienda la aplicación de dicho manual no solo en el área de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez, sino también en las demás áreas con el objetivo de fomentar el aprendizaje social acerca del tema a los padres que asistan a la Universidad José Antonio Páez.

CAPITULO VI

LA PROPUESTA

Introducción

El diseño de un manual de prevención de maloclusiones dirigido a padres que asisten al área de ortopedia y ortodoncia dentofacial de la Universidad José Antonio Páez, es una herramienta ideada para el aprendizaje y disposición de los padres con el fin de brindarles información y generar cambios en la conducta de padres o representantes, abriendo la posibilidad para esos niños de prevenir una maloclusion.

Durante la dentición mixta ocurren una serie de cambios, los cuales, si son interrumpidos por cualquier factor, genera una maloclusión; en la masticación y la deglución están implicados el desarrollo de los músculos de la cara y de la lengua cuyo correcto desarrollo facilita el equilibrio oclusal, evitando maloclusiones dentales. Los hábitos orales anómalos van a causar una modificación en la posición de los dientes y de la relación y forma que mantienen las arcadas dentarias entre sí, el resultado es una anormalidad en la morfología y función de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman este aparato, siendo a su vez factor de riesgo de otras patologías como gingivitis, periodontitis, caries, además de causar alteraciones estéticas y funcionales, lo que implica la necesidad de utilizar medidas preventivas para evitarlas.

Objetivos de la propuesta

Objetivo General

Diseñar un manual de prevención de las maloclusiones dirigido a representantes que acuden al área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez, Estado Carabobo.

Objetivos Específicos

1. Establecer la factibilidad de la realización de un manual de prevención de maloclusiones dirigido a representantes de niños que acuden a la universidad José Antonio Páez al área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial.
2. Elaborar un Manual de prevención de las maloclusiones dirigido a representantes que acuden al área de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez, Estado Carabobo.

Justificación

En el mundo según la OMS los problemas de oclusión ocupan el tercer puesto luego de la caries y la enfermedad periodontal, incluso en países desarrollados y por ende con gran adelanto científico y cultural, aun así los programas de salud no van enfocados en ningún momento a la prevención de los problemas de oclusión.

La prevención juega un papel determinante en todas las áreas de la vida cotidiana, al tomar medidas de manera anticipada para evitar algo; no es diferente en la odontología, la misma es de gran utilidad en ortopedia y ortodoncia para evitar las distintas mal oclusiones, por cuanto es a través de ella que realmente se pueden evitar las distintas mal formaciones producidas en la infancia durante el desarrollo de la dentición mixta a la permanente.

Los padres responsables de permitir ciertos hábitos perniciosos, la mayoría de las veces carecen de información al respecto, ignorando que de no solventar el hábito, el mismo repercutirá en la vida del infante y posteriormente en la del adulto por medio de afecciones tanto físicas como psicológicas, como dolor a la masticación, carencia de estética, y alteraciones en la funcionalidad. El hecho de desarrollar una maloclusión, implica el uso de diversos tratamientos según sea el caso para llegar a la estabilización de la oclusión o evitar el progreso de la misma, desde el uso de costosa aparatología ortopédica y ortodoncica hasta cirugías depende lo amerite el caso.

Con el fin de garantizar la educación y cultura preventiva del padre, que se concientice sobre la importancia de corregir desde la edad temprana los malos hábitos que afectan la oclusión del niño y por ende del adulto, evitando así causar estragos en la dentición, que interfiera en el accionar futuro del sistema masticatorio; es de vital importancia que los mismos adquieran el conocimiento necesario acerca del tema por medio de un manual de prevención para que al presentarse algún factor en sus hijos sepan identificarlo y erradicarlo a tiempo, evitando que evolucione y conlleve a una maloclusión.

Factibilidad de la propuesta

Factibilidad social

Se justifica socialmente porque involucra principalmente a los individuos que requieren tener información sobre maloclusiones, sobre cómo prevenirlas y sus causas para que así puedan saber identificar conductas en sus hijos para evitar alteraciones en la salud bucal, que pueden traer consigo una serie de cambios tanto funcionales como faciales. En este sentido, el manual de prevención de maloclusiones es factible,

ya que permitirá que los padres, madres y/o responsables de los niños y niñas que acuden al área de ortopedia y ortodoncia dentofacial tengan un instrumento para instruirse sobre este tema, en este caso con un fin preventivo.

Factibilidad Operativa

La propuesta a desarrollar se considera operativamente factible, ya que orienta la elaboración de un manual de prevención de maloclusiones dirigida a la población de padres, madres y/o representantes que asisten al área clínica. Por otro lado, los alumnos que hacen vida en el área de ortopedia y ortodoncia dentofacial, contarán con un recurso de primera mano para hacer llegar a los padres de manera complementaria conocimientos específicos sobre causas, consecuencias y prevención de maloclusiones.

Factibilidad Técnica

La Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, no requiere de recursos técnicos adicionales ya que cuenta con cada uno de los estudiantes del área de ortopedia y ortodoncia dentofacial, para la implementación de la propuesta, por lo tanto desde el punto de vista técnico, la factibilidad de la propuesta queda garantizada, al no requerir inversiones motivadas por cambios tecnológicos y disponer de las herramientas adecuadas para llevar a cabo la misma.

Factibilidad Económica

En cuanto al aspecto financiero la institución educativa en estudio no requiere de desembolso alguno, que pueda interferir en su flujo monetario para la implementación de la propuesta, por cuanto será una hoja que los estudiantes deben proporcionar a los padres en el área clínica, por tal motivo, se puede decir que la propuesta es económicamente factible.

Presentación

En el presente documento tipo manual se realizó para ser empleado una vez que el paciente ingrese al área clínica, en el mismo se incluye información de fácil entendimiento y comprensión para los padres, madres y/o representantes El mismo surge en función del diagnóstico realizado a los docentes del área clínica y a los padres, madres y/ responsables que acuden a la clínica de ortopedia y ortodoncia dentofacial de la universidad José Antonio Páez. En dicho diagnóstico como resultado se encontró que existen debilidades sobre el tema de maloclusiones, sus causas y consecuencias, por ello la importancia y la necesidad del diseño del manual preventivo de maloclusiones en este estudio.

Diseño de la Propuesta

Se elaboró un manual en formato PDF para su aplicación en el área de ortopedia y ortodoncia como herramienta para padres de cada paciente que asiste a las Clínicas Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez, hecha con la finalidad de brindar un aporte educativo a los mismos. Dicha ficha cuenta con información precisa y visual de los siguientes aspectos:

- Introducción.

- Conceptos básicos redactados de forma clara haciendo uso de un lenguaje coloquial para que sea de fácil comprensión por lo que va complementado con imágenes, en el cual se desarrollarán los siguientes temas:

Hábitos.

Maloclusiones.

Prevención.

ANEXOS

Anexo 1

OBJETIVO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	INST.
Determinar la necesidad de un manual preventivo	Conocer el nivel de información que presentan los padres y/o representantes	Conocimiento	Maloclusiones	Concepto Prevención Causa Consecuencias	1-7 8-9 10-12 13-14	1
Comprobar la factibilidad	Demostrar la posibilidad de realización de un manual de prevención de maloclusiones	Factibilidad	Elaboración	Económico Social	1 2-5	2
Diseño de un Manual De Prevención de las Maloclusiones	Hacer un manual preventivo para así brindar una herramienta de información a representantes	Diseño	Organización de contenido	Presentación Contenido	6-12 13-15	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Porto J, Merino M. Definición de proceso educativo [Internet]. Definiciones. 2015. [citado el 27 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://definicion.de/proceso-educativo/>
2. Montiel Jaime M. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad [Internet]. 61st ed. Mexico: Rev ADM; 2004 [cited May 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>
3. Valle M. Influencia de la Alimentación de los Niños en las Maloclusiones Dentales [Internet]. Hablemos de Neurociencia. 2017 [cited 4 July 2019]. Available from: <http://www.hablemosdeneurociencia.com/influencia-la-alimentacion-los-ninos-las-maloclusiones-dentales/>
4. Gálvez Moya M. Acciones educativas sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria [Internet]. Villa Clara. Cuba: Revista científica villa clara; 2018 [cited May 2019]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v22n3/mdc12318.pdf>
5. Morán. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela [Internet]. Ortodoncia.ws. 2013 [cited May 2019]. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-4/>
6. Meneses-Gómez E. Perfil epidemiológico de la oclusión estática y los hábitos orales en un grupo de escolares de Medellín, Colombia [Internet]. medellin: Revista Nacional de Odontología; 2015 [cited May 2019]. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1207/1406>
7. Ugalde Morales F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal [Internet]. Rev ADM; 2007 [cited May 2019]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
8. Expósito Gázquez A, López Fernández F. Gestión sanitaria de la edad infantil. Madrid: ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana; 2016.
9. Lugo C. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones [Internet]. Ortodoncia.ws. 2011 [cited May 2019]. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
10. Parra S. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática [Internet]. Ecuador: Int. J. Odontostomat; 2018 [cited May 2019]. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v12n2/0718-381X-ijodontos-12-02-00188.pdf>
11. Diaz K. DESCRIPCIÓN DE HÁBITOS ORALES PARAFUNCIONALES EN NIÑOS ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DEL NIÑO DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS [Internet]. Bucaramanga; 2016 [cited May 2019]. Available from:

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9357/DiazFuentesKareldJohanaDuarteBallenLizethPaolaPlataRodriguezCristian2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. Sheib J. Hábitos bucales deletéreos [Internet]. [cited May 2019]. Available from: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-Capitulo-23.pdf>
13. Jerez E, Cols. PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN NIÑOS DEL JARDÍN DE INFANCIA DE LA ESCUELA BOLIVARIANA “JUAN RUIZ FAJARDO” [Internet]. Merida: ACTA BIOCLINICA; 2014 [cited May 2019]. Available from: <http://file:///C:/Users/LEQUIPE/Downloads/4972-18610-1-PB.pdf>
14. Aliaga-Del Castillo A, Mattos-Vela M. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú [Internet]. Ucayani; 2011 [cited May 2019]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100014
15. S.Alves A, C.I.C.Rank R, R.Vilela J, S.Rank M, N.Ogawa W, F.Molina O. Efficacy of a public promotion program on children's oral health [Internet]. 94th ed. Jornal de Pediatria; 2018 [cited May 2019]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717301973?via%3Dihub>
16. Fajardo J. PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN ESCOLARES DE 12 AÑOS EN MONAY - CUENCA 2016. Odontología Activa Revista Científica [Internet]. 2018 [cited May 2019];1(2):23-28. Available from: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/133/252>
17. Scarpelli BB e. Evaluation of a preventive educational program for malocclusions: 7-year study. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited May 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27901201>
18. Alemán Sánchez P, González Valdés D. Prevención y tratamiento precoz de la Oclusión Invertida en la Atención Primaria de Salud [Internet]. San Antonio de los Baños: Revista Habanera de Ciencias Médica; 2015 [cited May 2019]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2015/hcm156i.pdf>
19. Díaz Méndez H, Ochoa Fernández B, Paz Quiñones L, Casanova Sales K, Coca García Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas [Internet]. Scielo.sld.cu. 2015 [cited May 2019]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400005
20. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Anales de Pediatría [Internet]. 2005 [cited May 2019];62(3):261-265. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-los-habitos-bucales-alteraciones-articulo-13071842>

21. T. Medina C, Laboren S M, Viloría C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo C. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria [Internet]. Ortodoncia.ws. 2010 [cited May 2019]. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
22. Succión digital, ¿cuál es su tratamiento? - Estudi Dental Barcelona [Internet]. Estudi Dental Barcelona. 2017 [cited May 2019]. Available from: <https://estudidentalbarcelona.com/succion-digital-tratamiento/>
23. Ahmadi S. LA SUCCIÓN DIGITAL EN NIÑOS, ETIOLOGÍA, CONSECUENCIAS DENTALES Y PSICOLÓGICAS [Internet]. La Habana; [cited May 2019]. Available from: <http://file:///C:/Users/LEQUIPE/Downloads/1166-3110-1-PB.pdf>
24. Cabana B. Onicofagia: Síntomas, Causas, Consecuencias y Tratamientos - Lifeder [Internet]. Lifeder. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://www.lifeder.com/onicofofia/>
25. Vieira D. Hábito de succión del chupete [Internet]. Clínicas Propdental. 2013 [cited May 2019]. Available from: <https://www.propdental.es/blog/ortodoncia/chupete/>
26. Vasconcelos A. QUEILOFAGIA [Internet]. PSICOCONTEXTO. 2015 [cited May 2019]. Available from: <https://psicocontexto.wordpress.com/2015/10/09/la-queilofagia/>
27. Marín Arias D, Sigüencia Cruz V, Bravo Calderón M. Maloclusión Clase I, tratamiento ortodónico - Revisión de la literatura [Internet]. Ortodoncia.ws. 2014 [cited May 2019]. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-28/>
28. MAFLA A, Barrera D, Muñoz G. MALOCLUSIÓN Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ADOLESCENTES DE PASTO, COLOMBIA [Internet]. Pasto. Colombia: Rev Fac Odontol Univ Antioq; 2011 [cited May 2019]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfova/v22n2/v22n2a05.pdf>
29. Hernandez J. Maloclusiones de Angle [Internet]. Moncada; 2010 [cited May 2019]. Available from: <https://blog.uchceu.es/eponimos-cientificos/wp-content/uploads/sites/24/2011/10/eponimo-angle.pdf>
30. ALMANDOZ CALERO A. “CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIONES” [Internet]. LIMA – PERÚ; 2011 [cited May 2019]. Available from: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAALMA NDOZCALERO.pdf>
31. Solano Reina E, Campos Peña A. Manual teórico práctico de ortodoncia. Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones; 2010.
32. Lawrence F. A. The six keys to normal occlusion [Internet]. San Diego, California; 1972 [cited May 2019]. Available from: http://www.med-college.hu/de/downloads/Andrews_1972_The_six_keys_to_normal_occlusion.pdf

33. Ortiz M. Maloclusión Clase II División 1; Etiopatogenia, características clínicas y alternativa de tratamiento con un configurador reverso sostenido II (CRS II) [Internet]. Ortodoncia.ws. 2006 [cited May 2019]. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/art-14/Vellini> F. Diagnóstico y planificación clínica. Madrid: Editorial Amolca; 2002.
34. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM.2007. Vol. LXIV
35. Lisher, G. (2019). *ORTODONCIA: Clasificación de Lisher en las Malposiciones Dentales*. [online] Odontología Virtual. Available at: <https://www.odontologiavirtual.com/2009/02/clasificacion-de-lisher-en-las.html> [Accessed May 2019].
36. CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES [Internet]. Dentinator.tripod.com. [cited May 2019]. Available from: <http://dentinator.tripod.com/clasificadelasmalo.htm>
37. herrero correa c. ANOMALÍAS DENTOMAXILARES, MALOS HÁBITOS ORALES Y ALTERACIONES FONOARTICULATORIAS EN LA POBLACIÓN ENDOGÁMICA DEL ARCHIPIÉLAGO DE JUAN FERNÁNDEZ [Internet]. Tesis.uchile.cl. 2019 [cited May 2019]. Available from: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2003/herrero_c/sources/herrero_c.pdf
38. Pino Roman I, Veliz Concepcion O, Garcia Vegas P. Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara [Internet]. scielo. 2019 [cited May 2019]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400007
39. Mafla A, Barrera D, Muñoz G. MALOCLUSIÓN Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ADOLESCENTES DE PASTO, COLOMBIA [Internet]. Scielo.org.co. 2019 [cited May 2019]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfova/v22n2/v22n2a05.pdf>
40. Murrieta Pruneda J, Cruz Diaz P, López Aguilar J, Marques Dos Santos M, Zurita Murillo V. PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS Y SU RELACI

43. Maloclusión [Internet]. Seguros dentales Sanitas. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/maloclusion.html>
44. Apiñamiento dental [Internet]. Seguros dentales Sanitas. [cited May 2019]. Available from: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/api%C3%B1amiento.html>
45. Marqués Avilés M. ¿QUÉ ES LA ARCADEA DENTARIA? [Internet]. LOGOPEDIA Y EDUCACIÓN. 2010 [cited May 2019]. Available from: <http://logopediayeducacion.blogspot.com/2010/05/que-es-la-arcada-dentaria.ht>
46. Caries - American Dental Association [Internet]. Mouthhealthy.org. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/c/cavities>
47. Deglución [Internet]. Es.wikipedia.org. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Degluci%C3%B3n>
48. DENTICIÓN - Definición y sinónimos de dentición en el diccionario español [Internet]. Educalingo.com. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://educalingo.com/es/dic-es/denticion>
49. Apiñamiento dental [Internet]. Seguros dentales Sanitas. [cited May 2019]. Available from: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/api%C3%B1amiento.html>
50. 7. Definición de diente — Definicion.de [Internet]. Definición.de. [cited May 2019]. Available from: <https://definicion.de/diente/>
51. 8. fatiga Resultados de la búsqueda [Internet]. Definicion.de. [cited May 2019]. Available from: <https://definicion.de/?s=fatiga>
52. 9. Frenillo | Definición de Frenillo en Español de Lexico [Internet]. Lexico Dictionaries | Spanish. [cited May 2019]. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/frenillo>
53. 10. ¿Qué es la gingivitis? Signos y síntomas | Colgate® [Internet]. Colgate.com. [cited May 2019]. Available from: <https://www.colgate.com/es-do/oral-health/conditions/gum-disease/what-is-gingivitis-signs-and-symptoms>
54. 12. Porporatto M. Significado de Hábito - Qué es, Definición y Concepto [Internet]. Que Significado. 2015 [cited May 2019]. Available from: <https://quesignificado.com/habito/>
55. 13. ¿Qué es la maloclusión dental? - Araújo - Clínica dental en A Coruña [Internet]. Araújo - Tu clínica dental en A Coruña. 2019 [cited July 2019]. Available from: <https://araujodental.com/blog/la-maloclusion-dental>
56. 14. Mandíbula - Definición [Internet]. CCM Salud. 2019 [cited 14 October 2019]. Available from: <https://salud.ccm.net/faq/18935-mandibula-definicion>
57. 15. ¿Qué es Músculos? » Su Definición y Significado [2019] [Internet]. Concepto de - Definición de. 2019 [cited July 2019]. Available from: <https://conceptodefinicion.de/musculos/>
58. 13. Significado de Morfología [Internet]. Significados. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://www.significados.com/morfologia/>

59. 14. Oclusión dental [Internet]. Es.wikipedia.org. 2019 [cited May 2019]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Oclusi%C3%B3n_dental
60. 15. ¿Qué es Patología? » Su Definición y Significado [2019] [Internet]. Concepto de - Definición de. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://conceptodefinicion.de/patologia/>
61. Periodontitis: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001059.htm>
62. <https://www.doctoralia.com.mx/preguntas-respuestas/que-es-la-retrusion-dental-y-retrusion-maxilar>
63. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/dientes-supernumerarios.html>
64. Definición de traumatismo — Definicion.de [Internet]. Definición.de. 2019 [cited May 2019]. Available from: <https://definicion.de/traumatismo/>
65. Trastorno | Definición de Trastorno en Español de Lexico [Internet]. Lexico Dictionaries | Spanish. 2019 [cited 11 October 2019]. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/trastorno>
66. Arias Odón F. El Proyecto de investigación. Caracas: Episteme; 1999.
67. Pallella Stracuzzi S, Martins Pestana F. Metodología de la investigación cuantitativa. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador FEDUPEL; 2006.