



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN
EL TIPO DE LACTANCIA EN PACIENTES QUE
ACUDEN A CLINICAS DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE.**

**(CASO: UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
PERÍODO SEPTIEMBRE 2018-ENERO 2019)**

Autoras:

La Palombara, Gennyfer

CI: 26.506.239

Recanatini, Noriana

C.I:26.731.880

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



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



**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN EL TIPO
DE LACTANCIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CLINICAS
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
(Caso: Universidad José Antonio Páez período septiembre 2018-enero 2019)**

Proyecto del Trabajo de Grado para optar al Título de Odontólogo

TUTOR DE CONTENIDO:
Odontopediatra Livia Segovia.
ASESOR METODOLÓGICO:
Dra. Nereida Castrillo.

AUTORAS:
La Palombara, Gennyfer
C.I: 26.506.239
Recanatini, Noriana
C.I: 26.731.880

San Diego, junio 2019.



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



**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN EL TIPO
DE LACTANCIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CLINICAS
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
(Caso: Universidad José Antonio Páez período septiembre 2018-enero
2019)**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 26731880

Noriana Enid, Recanatini Lubin

2.26.506.239

Gennyfer Micchell La Palombara
Rodríguez

Tutor Propuesto: Odontopediatra Livia Segovia

Firma: _____

Cédula de Identidad N°: V-9.445.831

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma	Sello	Fecha



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



PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
La PalombaraRodríguez	Gennyfer Micchell	V-26.506.239
Dirección: Conjunto Residencial Piedra AzulI. Apto N°5-1-1.Valencia,estado Carabobo		Teléfono: 04127483413
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	14,77
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Gennyfer Micchell La Palombara Rodríguez	Teléfono: 04127483413
Título Del Trabajo: Prevalencia de las maloclusiones según el tipo de lactancia en pacientes que acuden a clínicas del niño y del adolescente. (Caso: Universidad José Antonio Páez período septiembre 2018-enero 2019).		
Breve Explicación: Se determinará la prevalencia de las maloclusiones según el tipo de lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 3 meses		
Tutor Académico Propuesto: Odontopediatra Livia Segovia		

APROBADO: _____ NO APROBADO: _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

NOMBRE FIRMA FECHA

NOMBRE FIRMA FECHA


DIRECCION DE LA ESCUELA: _____



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Livia Segovia portadora de la Cedula de Identidad N° V-9.445.831, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas: Noriana Enid Recanatini Lubin, portadora de la Cedula de Identidad N° V-26.731.880 y Gennyfer Micchell La Palombara Rodríguez, portadora de la cédula de Identidad: 26.506.239, titulado: **PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN EL TIPO DE LACTANCIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CLÍNICAS DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. (CASO: UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERÍODO SEPTIEMBRE 2018-ENERO 2019)**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, 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.

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


Livia Segovia.
V- 9.445.831
Odontopediatra.



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
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 **“PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN EL TIPO DE LACTANCIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CLÍNICAS DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. (CASO: UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERÍODO SEPTIEMBRE 2018-ENERO 2019)** realizado por Recanatini Lubin, Noriana Enid portadora de la Cedula de Identidad: V-26.731.880 y La Palombara Rodríguez, Gennyfer Micchell portadora de la cédula de Identidad: V-26.506.239, Cursantes 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: Od. Janeth Rodríguez

C.I.: V- 8.844.992

Jurado

Nombre: Od. Ivette Alsina

C.I.: V- 11.528.130

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Odontopediatra Livia Segovia

C.I.: V-9.445.831

Fecha: _____

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme tener vida, salud y una hermosa familia que me acompaña en cada paso.

A mis padres, por el amor, apoyo y valores que me han hecho ser la persona que soy hoy. Por brindarme un hogar y cuidar mis sueños... por ustedes comprendí el valor de la fuerza y la fe.

A mi hermana, por ser el pilar y el amor más grande en mi vida, y por impulsarme a ser mejor día a día por las dos.

A mis abuelos, por cuidarme y confiar en mí en esta aventura. Gracias por cada comida, por ser mis pacientes y por darme la oportunidad de vivirlos.

A mis hermanos de vida: Solange, Katty, José Daniel, Melvin y Leonardo. Por comprender mis ausencias y ocupaciones, y demostrarme que la amistad verdadera no depende del tiempo, ni de cantidad, sino de calidad. DIOS me bendijo con ustedes.

A Gennyfer, mi amiga y compañera de tesis y carrera, gracias por tenderme la mano y escucharme, por acompañarme en cada instante y por todos los momentos compartidos. Mi vida universitaria fue aún más maravillosa gracias a ti, te adoro.

A Guillermo; por cada sonrisa, abrazo, ayuda y toda la paciencia. Gracias por ser mi compañero en esta etapa tan importante de mi vida.

A mis profesores, Alberto Martínez, Loren Sucre, Ivette Alsina, Luis Moyetones, Andrea Scovino y Luis Pacheco, por su entrega, amor y pasión por la enseñanza. Por ser ejemplo de ética, moral y excelencia.

Gracias infinitas.

Noriana Recanatini Lubin.

INDICE

ACEPTACIÓN DEL TUTOR	vi
ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO	vii
DEDICATORIA	viii
LISTA DE GRÁFICOS	x
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE TABLAS	xi
RESUMEN INFORMATIVO	xii
	xiii
I. EL PROBLEMA	1
Objetivos de la Investigación	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
II. MARCO TEÓRICO	6
Marco Referencial	6
Antecedentes de la Investigación	6
Marco Conceptual	11
Prevalencia	11
Maloclusiones	12
Oclusión normal (normoclusión)	14
Distoclusión	15
Mordida borde a borde	15
Mordida abierta	16
Lactancia	17
Succión	18
Marco Legal	19
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	19
Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes	20
Código de Deontología Odontológica	20
III. MÉTODO	22
Selección y Descripción de los Participantes	22
Población	22
Muestra	22
Muestreo	22
Criterios de selección	23
Información Técnica	23
Instrumento de Recolección de los datos	23
Análisis de los datos	24
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	37
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
VI. REFERENCIAS	42
ANEXOS.	45

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Sexo de los pacientes	PP 26
GRÁFICO 2	Sexo y grupo etario	28
GRÁFICO 3	Presencia de distoclusión	29
GRAFICO 4	Prevalencia de distoclusión	30
GRÁFICO 5	Alteración en sobremordida (overjet y overbite)	31
GRÁFICO 6	Tipo de lactancia recibida	32
GRÁFICO 7	Relación de sexo femenino y grupo etario con tipo de lactancia	33
GRÁFICO 8	Relación de sexo masculino y grupo etario con tipo de lactancia	34
GRÁFICO 9	Relación entre maloclusión y tipo de lactancia	35

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Overjet	PP 16
----------	---------	-----------------

LISTA DE TABLAS

		PP
TABLA 1	Sexo de los pacientes.	26
TABLA 2	Relación entre sexo y etario	28
TABLA 3	Presencia de distoclusión.	29
TABLA 4	Prevalencia de distoclusión	30
TABLA 5	Presencia de alteración en sobremordida (overjet y overbite).	31
TABLA 6	Tipo de lactancia.	32
TABLA 7	Relación de sexo femenino y grupo etario con tipo de lactancia	33
TABLA 8	Relación de sexo masculino y grupo etario con tipo de lactancia	34
TABLA 9	Relación entre maloclusiones y tipo de lactancia	35
TABLA 10	Operacionalización de variables	46
ANEXO A	Instrumento	47



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



PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN EL TIPO DE LACTANCIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CLÍNICAS DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. (CASO: UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERÍODO SEPTIEMBRE 2018-ENERO 2019)

**Autores:
La Palombara, Gennyfer
Recanatini Lubin, Noriana.**

**Tutor:
Odontopediatra Livia Segovia.**

RESUMEN

El proyecto que se presenta tuvo como objetivo determinar la prevalencia de las maloclusiones según el tipo de lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019. La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, el tipo de investigación por su nivel es de tipo descriptiva, con un diseño de campo y transversal. La población conformada por un total de 320 pacientes en edades comprendidas entre 5 y 8 años de ambos géneros, se asumió una muestra que representa el 40% de la población; la muestra quedó integrada por 128 pacientes en edades comprendidas entre 5 y 8 años de ambos sexos. Para la recolección de los datos se utilizó la observación directa de las historias clínicas de los pacientes y como instrumento la guía de observación. Se elaboró una tabla de operacionalización para delimitar los aspectos a indagar mediante el instrumento. Se utilizaron las herramientas de la estadística descriptiva: tablas de frecuencias porcentualizadas y el gráfico diagrama de barras para el análisis e interpretación de los datos. Se concluye que los tipos de maloclusiones según la lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019 que se presentaron en el grupo de estudio fueron las siguientes: 30.47% distoclusión, en un 22.22% mordida abierta (overbite) y en un 44.45% mordida borde a borde (overjet).

Descriptor: prevalencia, maloclusiones, lactancia



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



**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN EL TIPO DE LACTANCIA
EN PACIENTES QUE ACUDEN A CLÍNICAS DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE. (CASO: UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERÍODO
SEPTIEMBRE 2018-ENERO 2019)**

**Autores:
La Palombara, Gennyfer
Recanatini Lubin, Noriana.**

**Tutor:
Odontopediatra Livia Segovia.**

ABSTRACT

The project presented aimed to determine the prevalence of malocclusions according to the type of nursing received from patients who come to clinics, child and adolescent I, II and III of the Universidad José Antonio Páez in the period September 2018 -January 2019. The research was developed under the quantitative, research for its type is descriptive, with a design of field and cross. The population was comprised of a total of 320 patients aged between 5 and 8 years of both genders, it took a sample that represents 40% of the population. In this way the sample was integrated by 128 patients aged between 5 and 8 years of both sexes. Direct observation of clinical histories of patients and as an instrument of observation guide was used for the collection of data. Was elaborated a table of operationalization to delimit aspects to investigate by means of the instrument was used descriptive statistics tools: porcentualizadas frequency tables and graphical bars for analysis diagram e interpretation of the data. It is concluded that the types of malocclusions according to breastfeeding received from patients who come to clinics, child and adolescent I, II and III of the Universidad José Antonio Páez in the period September 2018 - January 2019, which arose in the study group were the following: 30.47% distoclusion, 22.22% bite open (overbite) and 44.45% bite edge to edge (overjet).

Key words: prevalence, malocclusions, lactation.

I. EL PROBLEMA.

Las maloclusiones “ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral a nivel mundial, su prevalencia e incidencia puede ser considerada como problema de salud pública”⁽¹⁾. Este planteamiento ubica este tipo de problema odontológico en una posición que amerita establecer su prevalencia y plantear alternativas de prevención de dicha situación mediante estudios que faciliten esclarecer la etiología y los factores que confluyen en la aparición de estas anomalías bucales. En referencia a las maloclusiones:

Se refieren a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior: lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas. Lo que indica una desproporción entre el tamaño de ambos maxilares o con los dientes generando apiñamiento o patrones de mordidas anormales⁽²⁾.

Asimismo, es importante destacar que el estudio y la prevalencia de su incidencia es necesario debido al malestar que generan estas alteraciones morfológicas a nivel bucodentario en los diferentes grupos etarios de la población, siendo producidas por diferentes factores y requiriendo ser corregidas mediante la ortodoncia o cirugía, dependiendo de la severidad de las mismas.

En el mismo orden de ideas, la prevalencia “determina cuantitativamente la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o período de tiempo determinado”⁽³⁾. El determinar la prevalencia de una enfermedad indica en qué cantidad se presenta en una población, delimita los grupos en los cuales se manifiesta con mayor proporción y facilita activar acciones preventivas y de atención para disminuir o erradicar su impacto en la salud, en este caso de tipo bucal, como lo son las maloclusiones. Las maloclusiones “tienen una prevalencia muy alta entre niños y jóvenes de 17 y 18 años”⁽⁴⁾.

Esto indica que en este grupo poblacional se presentan en mayor proporción dichas anomalías. Las mismas están ligadas a factores de orden hereditarios, hábitos parafuncionales adquiridos durante la infancia tales como succión digital, uso de chupones, respiración bucal, el tipo de lactancia recibida y el tiempo de recepción de la misma.

De igual manera, Merino⁽⁵⁾ sobre la bases de estudios realizados se resume que la alimentación por medio de la lactancia materna desde el nacimiento y por un tiempo mayor a 6 meses contribuye notablemente a la prevención de alteraciones dento-buco-maxilofaciales. Resalta que los infantes que son alimentados por medio del biberón, desde el nacimiento o son destetados antes de los 6 meses de vida presentan más posibilidades de sufrir maloclusiones sobretodo asociadas a hábitos inadecuados de succión y de deglución:

En consecuencia:

La lactancia materna posee un papel primordial en el desarrollo adecuado del lactante, específicamente en el crecimiento, desarrollo y maduración del macizo facial y en consecuencia su insuficiencia se relaciona como uno de los agentes etiológicos de determinadas maloclusiones, por lo que un tiempo mayor de 6 meses de lactancia materna contribuye a prevenir las maloclusiones, o al menos disminuir su gravedad (6).

En el mismo orden de ideas, esta propuesta resalta la importancia de la lactancia materna en la consolidación de la estructura buco-dentaria y cómo su ausencia o el suministro insuficiente de la misma puede considerarse como uno de los factores que influyen en el desarrollo de las maloclusiones, por lo que se recomienda que este tipo de lactancia se suministre por lo menos en los primeros seis meses de vida como medida preventiva de dichas anomalías.

Sobre el tema, se destaca que “el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), promueve la lactancia materna y destaca que es un elemento que disminuye la necesidad de tratamiento ortodóncico y el riesgo de caries”⁽⁷⁾. Siendo la lactancia materna una medida preventiva en la adquisición de hábitos orales nocivos que ocurren durante la infancia y la disminución de la incidencia de las caries y las maloclusiones.

Centrados en estudios sobre el tema desarrollados en Latinoamérica, “ se plantea que todas las funciones del aparato bucal (respiración, succión, deglución, masticación y fonación), estimulan el crecimiento y desarrollo del complejo dento-buco-máxilo-facial”⁽⁷⁾. Estas conclusiones conducen a considerar el tipo de lactancia, así como los hábitos para-

funcionales como factore

niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez, en el período septiembre 2018-enero 2019, facilitando con ello cuantificar la cantidad de sujetos afectados por dichas anomalías en el complejo dento-buco-maxilo-facial.

En cuanto a la relevancia social, el estudio garantiza conocimientos sobre la magnitud de la problemática en un grupo poblacional permitiendo establecer acciones de carácter asistencial y preventivas orientadas a disminuir o erradicar el impacto de las maloclusiones en la salud bucal de los niños y adolescentes de diversos sectores del estado Carabobo, con predominio de los provenientes del municipio San Diego.

De igual manera, las implicaciones de carácter práctico de este proceso investigativo se centran en la puesta en ejecución de los conocimientos adquiridos por el talento humano que se forma en la carrera Odontología de la Universidad José Antonio Páez, aportando la generación de nuevos conocimientos sobre las maloclusiones y su interrelación con el tipo de lactancia recibida por los pacientes que asisten a clínicas del niño y del adolescente I, II y III de dicha casa de estudios.

La investigación desarrollada conlleva implícita el aporte futuro a nivel de instancias micro, meso y macro de la población en general, motivado a la posibilidad de generar programas y proyectos de acción institucionales, regionales o nacionales para la concienciación de gestantes y madre sobre la influencia de la lactancia materna en el correcto desarrollo a nivel de maxilares y musculaturas en el infante, programas o proyectos de acción y orientación, e incluso, programas de prevención y corrección de maloclusiones.

Partiendo de la panorámica expuesta surgió la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de las maloclusiones según el tipo de lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019?

Objetivos de la Investigación

Objetivo general.

Determinar la prevalencia de las maloclusiones según el tipo de lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019.

Objetivos Eespecíficos.

Caracterizar epidemiológicamente a los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019.

Describir los tipos de maloclusiones según la lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019

Identificar el tipo de lactancia recibida por los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019.

II. MARCO TEÓRICO

El marco teórico es definido como “un compendio escrito de artículos, libros y otros documentos que describen el estado pasado y actual del conocimiento sobre el problema de estudio” ⁽⁹⁾. En este trabajo está conformado por los antecedentes, las bases teóricas y legales y la definición de términos básicos.

Marco Referencial.

Antecedentes de la investigación.

Los antecedentes “reflejan los avances y el estado actual del conocimiento de un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones” ⁽¹⁰⁾.

Los antecedentes reflejan el avance del conocimiento en función del estudio que se esté realizando. Se presentan investigaciones vinculadas a la temática en estudio.

Se expone el trabajo de investigación titulado “

” ⁽¹¹⁾, presentado en la Revista O Activa UC de Ecuador.

El objetivo general fue realizar una revisión bibliográfica y verificar como puede afectar las maloclusiones con la calidad de vida de los pacientes; con el fin de demostrar la necesidad de implementar en el Ministerio de Salud del sector público los tratamientos ortodónticos en adolescentes de la zona andina afectados de manera psicológica y social.

En ese sentido, se utilizó como metodología una investigación descriptiva, con un diseño documental. Para recolectar información se revisaron investigaciones realizadas en las zonas andinas de Perú, Ecuador, Venezuela. Se concluye que la salud bucal está íntegramente relacionada con la calidad de vida de los pacientes (CVRSB), está puede estar íntimamente ligada con su bienestar y salud en general; mientras que las maloclusiones son variaciones anatómicas dentofaciales que afectan la salud del aparato estomatognático especialmente en la parte morfológica, funcional y estética, debido a que estas varían según los grupos étnicos, zonas

geográficas y método de clasificación, afectando así en las acciones cotidianas de los individuos particularmente en su calidad de vida y bienestar en general. Este antecedente aporta la visión del estudio de las maloclusiones como una enfermedad que le compete al sector de salud público por su data de prevalencia.

De igual forma, se reseña

presentado en la Universidad de Nuevo León en México para optar al título de Magister de Ciencias Odontológicas, cuyo objetivo general estuvo dirigido a determinar los efectos de la lactancia materna en el infante en el desarrollo de maloclusiones en dentición primaria.

En el mismo orden de ideas, la metodología aplicada fue de enfoque cuantitativa, de nivel descriptivo con un diseño cuasi-experimental. En este estudio fueron incluidos 98 pacientes pediátricos de 2 años a 6 años de edad (50 varones y 48 mujeres) que cumplieron los criterios de inclusión, los padres llenaron una encuesta y utilizando una regla milimétrica se determinó la sobre-mordida horizontal, sobre-mordida vertical y presencia de mordida cruzada en relación a su edad, género y duración del periodo de lactancia.

En tal sentido, los resultados demostraron una relación entre el tiempo de lactancia y la presencia de maloclusiones en sentido horizontal ($p=0.002$). Además, se observó una relación significativa entre la edad y la presencia de sobre-mordida horizontal ($p=0.042$), el resto de las variables no presentaron relación con los pacientes que lactaron por menor tiempo están relacionados con la presencia de una maloclusión en sentido horizontal que aquellos que lo hicieron por un periodo más prolongado. El trabajo reseñado se vincula al estudio en curso, en cuanto a que estudia la prevalencia de las maloclusiones en la infancia, aporta elementos de carácter teórico y metodológico que facilitaron la construcción del marco teórico y el metodológico además servirán de sustento a la interpretación de los resultados a obtener.

Seguidamente se revisó el trabajo titulado

Presentado en la Universidad Central

de Ecuador, para optar al título de Odontólogo, cuyo objetivo general fue determinar la relación de dependencia entre la lactancia y la presencia de maloclusiones en preescolares de 3 a 5 años de la Parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón.

De este modo, el estudio responde a una investigación de nivel descriptivo y transversal, donde participaron 203 niños de 3 a 5 años de centros infantiles de la parroquia. Se aplicaron encuestas a las madres sobre el tipo y el tiempo de lactancia. Además, se realizó un examen clínico a los niños en los tres planos de espacio para observar indicadores de maloclusión. Los resultados indican que el 100% recibió lactancia materna, un 60% de los niños recibió lactancia materna exclusiva y un 40% recibió lactancia mixta (39.9%). La relación de maloclusiones con el tipo de lactancia tuvo significancia estadística ($p < 0.005$).

En conclusión, existe relación entre la presencia de maloclusiones con el tipo y tiempo de lactancia. Encontrando en el presente estudio mejor oclusión en aquellos lactados de forma natural y por un tiempo de 12 meses o mayor. Existe una vinculación de este antecedente con el estudio en curso debido a que relaciona la lactancia materna con la aparición de maloclusiones aportando fundamentos prácticos y conclusivos.

De igual manera, se reseña el trabajo titulado

presentado en la Universidad José Antonio Páez para optar al grado de Odontólogo, cuyo objetivo general fue establecer la prevalencia de las maloclusiones dentales en niños con problemas neurológicos del Instituto Especial Carabobo, Septiembre-Diciembre 2012.

En el mismo orden de ideas, resulta oportuno destacar que el estudio fue de tipo descriptivo, con diseño transversal y de campo. Se consideró una muestra de 55 niños que asisten al Instituto Especial. Como técnica de recolección de datos, fue empleada la observación directa y la inspección y revisión de la cavidad bucal, así como elaborar la historia clínica. Finalmente se concluye que las maloclusiones se encuentran en alta prevalencia en niños que presentan problemas neurológicos, destacan las de tipo sagital clase I, tipo 2. Este antecedente, guarda al estudio en

curso, en cuanto a que persigue un objetivo similar, aporta elementos de tipo teórico sustentados en resultados de carácter estadístico.

Asimismo, se detalla el trabajo de investigación “

presentado en la Revista Acta Bio-clínica, cuyo objetivo general fue determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en niños en edad preescolar del Jardín de infancia de la “Escuela Bolivariana Juan Ruiz Fajardo” del Estado Mérida, Venezuela.

Cabe destacar, que se realizó un estudio descriptivo transversal cuya población estuvo constituida por 120 niños entre 3 y 6 años de edad, de ambos géneros. El examen clínico se realizó con el niño sentado frente al examinador, utilizando luz natural y baja lenguas. Los datos obtenidos en la exploración bucal fueron registrados en el Formulario de Salud Bucodental y el grado de maloclusión se registró de acuerdo a la metodología descrita por la Organización Mundial de la Salud.

Los resultados indican que el 54,9% de la población estudiada presentaron maloclusión de los cuales el 47,1% presentó maloclusión moderada o severa y el 7,8% una maloclusión ligera. Se concluye que debido a un alto porcentaje de la población examinada presenta maloclusión dental se hace necesario planear y ejecutar tratamientos ortodónticos preventivos con el objetivo de lograr el desarrollo normal de la oclusión. Este estudio guarda relación con la investigación en curso debido a que estudia la prevalencia de esta anomalía y aporta datos en cuanto al comportamiento de las maloclusiones en estos grupos estudiados.

También, se reseña la investigación titulada “

presentado en la Universidad Mayor de San Marcos, en Lima, Perú, para optar por el título de Cirujano Dentista, centra como objetivo general determinar si el tipo de lactancia está asociado al desarrollar maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad.

En relación a la investigación anteriormente mencionada, fue aplicada una metodología cuantitativa, con un diseño de campo. En este estudio fueron analizados 420 infantes entre los 0 y 36 meses, que cumplieron los criterios de inclusión y evaluación establecido por la investigadora, los datos fueron recolectados por medio de guía de entrevistas y con tomas de las relaciones intermaxilares de los infantes estudiados, los datos obtenidos en el examen clínico fueron depositados en fichas individuales junto con la guía de entrevista elaborada previamente con este fin y depositados en una tabla matriz.

En lo referente a los resultados, éstos arrojaron que el tipo de lactancia se encuentra relacionado con el desarrollo de maloclusiones en infantes de 0 a 36 meses de edad; En cuanto a la lactancia de biberón y la lactancia materna exclusiva hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.01$), con un riesgo relativo de 1.32 veces más de sufrir maloclusiones para los niños que lactaron biberón frente a los que tuvieron lactancia materna exclusiva. En relación a la lactancia complementaria y la lactancia materna exclusiva no hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.125$), ni tampoco riesgo relativo.

También, se encontró que la lactancia de biberón y la lactancia complementaria hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.043$), con un riesgo relativo de 1.21 veces más de sufrir maloclusiones para los niños que lactaron biberón frente a los que tuvieron lactancia complementaria. Según el tipo de análisis de oclusión sólo hubo diferencias estadísticamente significativas para el análisis de relación canina ($p=0.001$) y una estimación de riesgo de 2,625 veces más de padecer maloclusiones si se tenía lactancia de biberón en lugar de lactancia materna exclusiva; además disminuyó el riesgo a 1,139 para el análisis de relación molar.

En el mismo orden de ideas, es oportuno señalar que la investigación realizada por el autor anteriormente citado, guarda relación con el estudio en curso, debido a que analiza y evalúa el factor y la influencia que representa el tipo de lactancia recibida por los infantes en el desarrollo del complejo maxilofacial, así como el desarrollo de maloclusiones.

Por otra parte, se expone la investigación titulada

presentado en la Universidad José Antonio Páez para optar al grado de Odontólogo y cuyo objetivo general fue determinar el desarrollo de los maxilares en ausencia de lactancia materna en los alumnos de la UEI Gaspar de la edad de preescolares.

Asimismo, la investigación corresponde metodológicamente a una investigación de tipo descriptiva con un diseño de campo. El grupo de estudio estuvo conformado por 29 alumnos en edades comprendidas entre 2 y 4 años. Como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta en la modalidad de cuestionario aplicado a los padres y el examen clínico a los niños.

Los autores citados, concluyen que la lactancia artificial se hizo evidente en un 44% en los primeros años de vida. En el desarrollo de los maxilares se observó normooclusión en un 83% de la muestra con lactancia materna en los primeros 6 meses y retrusión mandibular en un 73% sin lactancia materna. El estudio realizado por Hernández y Quiñones, guarda relación con el estudio debido a que indaga sobre la lactancia materna y su impacto en el desarrollo de los maxilares en la infancia.

Marco conceptual.

Prevalencia.

La prevalencia es definida como “el número de personas que tienen la enfermedad en un momento determinado” ⁽¹⁷⁾. Permite conocer el comportamiento de la patología estudiada en la población, se puede obtener su representación numérica expresada en proporción mediante la división del número de casos entre la población existente. La prevalencia “se expresa en proporción en porcentajes y se calcula para procesos que se presentan de forma prolongada” ⁽¹⁾.

Maloclusion

Sobre las maloclusiones, se expone que” son anomalías de posición y dirección en la erupción de los dientes, son permanentes cuando existe ausencia de los espacios inter-incisivos y de espacios primates en la dentición temporal” ⁽¹⁸⁾. Se explica que son este tipo de malformaciones y debidó a que se general en una forma general, debido a que existen un conjunto de factores que puede confluír y producirlas.

La maloclusión “es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye mordida abierta, mordidas cruzadas entre otras “ ⁽⁷⁾. Aparece reflejado en qué consiste la maloclusión y el tipo de mordida que generan debido al contacto poco regular que se produce entre los maxilares.

Asimismo, se define como:

El mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento. Aquellas que tienen maloclusiones más severas pueden requerir tratamiento de ortodoncia para corregir el problema ⁽⁷⁾.

La definición de maloclusión se delimita como un mal alineamiento de los dientes que produce los maxilares no encajen, propiciando mordidas inadecuadas y las piezas dentarias tengan un contacto irregular, lo cual lleva a presentar problemas bucales y molestias, razones por las cuales las personas que las presentan requieren tratamiento de tipo ortodónico.

Se presenta la clasificación en dentición primaria de Baume ⁽¹⁸⁾:

a) Plano Terminal recto

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal de la segunda molar decidua inferior, lo que permite que las caras distales de ambos dientes estén ubicadas aproximadamente sobre un mismo plano.

b) Plano Terminal escalón mesial

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior. Una relación de Escalón Mesial puede convertirse en una Relación de Clase I o evolucionar hacia una Clase III al continuar el crecimiento mandibular y aprovechar el espacio de deriva inferior.

c) Plano Terminal escalón distal

Ocurre cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior. La relación de escalón distal puede corregirse y pasar a una relación de clase I o puede permanecer como relación de clase II debido a que el crecimiento mandibular no es suficiente.

Las maloclusiones se clasifican ⁽¹⁹⁾ en:

a) Clase I

Es aquella maloclusión en que la cúspide mesiobucal del 6 superior se encuentra en la misma línea que el surco mesio-vestibular del 6 inferior cuando las arcadas están en la posición de máxima intercuspidadación, según Angle, en estos casos, la relación de la mandíbula con respecto al cráneo es la correcta.

b) Clase II

El surco mesio-vestibular del primer molar inferior se encuentra distal a la cúspide mesio-vestibular del superior. De aquí el nombre de distoclusión. En este tipo de maloclusión, la mandíbula de encontraría en relación distal con respecto a todo el conjunto maxilo-cráneo-facial

Clase II. Subdivisión 1

Existe una distoclusión a nivel molar, pero los incisivos superiores se encuentran dirigidos hacia vestibular, es decir, en vestíbulo versión. Este tipo de casos suele presentar respiración bucal, historia de adenoides extirpadas o no. Así mismo, suele existir una interposición labial por detrás de los incisivos superiores.

Clase II Subdivisión 2

Presentan así mismo, una relación molar de clase II, pero los incisivos superiores o se encuentran rectos o se dirigen hacia lingual. Suele existir gran tono muscular labial, con cara ancha y respiración nasal en estos casos.

c) Clase III

Aquí la relación será contraria a la anterior, es decir, el surco mesio-vestibular del 6 inferior se encontraría por delante de la cúspide mesio bucal del 6 superior. En consecuencia, la mandíbula se situaría mesialmente con respecto al cráneo, por lo que se le denomina también mesio oclusión.

Oclusión normal (normocclusión).

En lo referente a la oclusión normal, se define como:

La alineación oclusal armónica de las piezas dentarias del arco superior y del arco inferior, que están en relación de contacto, donde la arcada superior es más grande que la arcada inferior, los incisivos sobresalen y existe una sobremordida normal, si es que cubre 1/3 de la corona inferior ⁽²⁰⁾.

Las características de una normocclusión ⁽⁷⁾ que resaltan:

- a) Debe contener todos los dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, músculos masticatorios y hueso basal.
- b) Las vertientes cuspídeas que entran en contacto son las que soportan la función oclusal.
- c) Cada diente debe tener un equilibrio en los huesos en los que se encuentran implantados y con el resto de los huesos del cráneo y la cara.
- d) Las relaciones proximales y las inclinaciones axiales con cada diente vecino deben ser correctas.
- e) Los huesos de la cabeza y la cara deben tener un desarrollo y crecimiento favorables.

Distoclusión.

La oclusión ideal “es aquella oclusión optima deseable que cumple los requisitos estéticos, fisiológicos y anatómicos para llenar las necesidades de salud, funcionalismo y bienestar, donde los órganos dentarios ocupan una posición articular correcta con sus vecinos y antagonistas”⁽²¹⁾. La mayoría de los pacientes no cumplen con ninguno de estos tipos de oclusión, sino que presentan alguna mal posición de los dientes superiores e inferiores que interfiere en la máxima eficiencia de los movimientos excursivos de los maxilares durante la masticación. Asimismo, la distoclusión, Clase II (Según Angle):

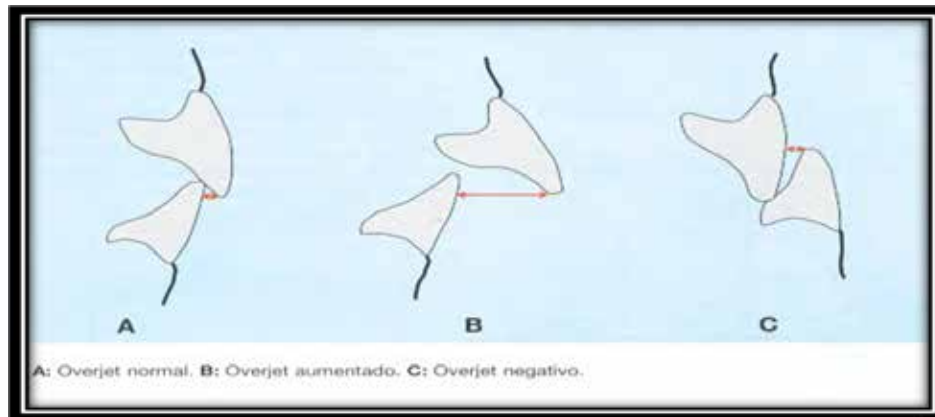
Es la maloclusión en la que hay una relación distal del maxilar inferior respecto al superior. La nomenclatura de la clasificación de Angle enfatiza la ubicación distal de la mandíbula respecto al maxilar superior en la clase II, pero en muchos casos el maxilar superior es prognático, una morfología cráneo facial muy diferente, pero que produce una relación molar similar y, por eso, la misma clasificación⁽²¹⁾.

Mordida borde a borde: Overjet.

“Es la distancia entre la cara labial del incisivo central inferior y el borde incisal del incisivo superior, medida en dirección paralela al plano oclusal” ⁽²¹⁾. Es positivo cuando el incisivo superior se halla delante del inferior, cuando las caras vestibulares de ambos dientes están en un mismo plano, el overjet es 0, es negativo en las mordidas invertidas anteriores. La norma es de +2mm” ⁽²²⁾.

Angle ⁽²³⁾, en su clasificación de las relaciones molares, establece que la clase III en cuanto a las relaciones molares se refiere, ocurre por un crecimiento pronunciado de la mandíbula, de este modo, los molares mandibulares quedan ubicados mesialmente a los primeros molares maxilares; es importante resaltar que los dientes anteriores pueden verse afectados sus contactos oclusales por estas anomalías de crecimiento. En referencia a lo anterior, se establece que “en personas con un crecimiento mandibular pronunciado, los dientes anteriores mandibulares con frecuencia tienen

una posición anterior y contactan con los bordes incisivos de los dientes anteriores maxilares (es decir, relación molar de clase III)” (24).



Nota: Tomado de Gregoret, Tuber, Escobar y De Fonseca (22)

Figura 1. Overjet

Mordida abierta: Overbite.

“La mordida abierta, puede definirse como una alteración facial, caracterizada en gran parte de los casos por la imposibilidad por parte del paciente de lograr la máxima intercuspidad de las unidades dentarias anteriores, tanto maxilares como mandibulares” (22).

El overbite, “es la distancia en sentido vertical entre los bordes incisales de los incisivos centrales superior e inferior. Se considera positivo cuando el borde incisal del superior está por debajo del inferior. En los casos de mordida abierta los valores son negativos. La norma es de +2,5 a 3 mm” (22).

En referencia a la mordida abierta, se especifica que, en casos extremos, los dientes anteriores mandibulares pueden tener una posición tan anterior que no se produce ningún contacto en la posición intercuspídea (clase III) (23). Otra relación dentaria anterior es la que tiene en realidad una sobremordida vertical negativa. En otras palabras, con los dientes posteriores situados en una intercuspidad máxima, los dientes anteriores opuestos no se entrecruzan, ni siquiera contactan entre sí. Esta relación anterior se denomina

En una persona con una mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular.

Lactancia.

Se define la lactancia ⁽²⁵⁾ como:

- a) Acción de amamantar o de mamar.
- b) Primer periodo de vida de los mamíferos, en el cual se alimentan solo de leche
- c) Sistema de alimentación exclusivamente de leche.

Se reseña los tipos de lactancia ⁽²⁶⁾:

- a) Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- b) Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas, minerales).
- c) Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.
- d). Lactancia de biberón: Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.
- e) Lactancia mixta: Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana más leche no humana).
- f) Re-lactancia: Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia.

La lactancia materna “es una práctica natural y constituye la forma idónea de aportar a los niños pequeños todos los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuado y saludable” ⁽²⁷⁾.

La UNICEF y la Organización Mundial de la Salud han protegido, promovido y dado apoyo a la lactancia materna. Las recomendaciones dadas en el 2002⁽²⁷⁾, en Ginebra, incluyen a la lactancia materna más allá de los dos años y de manera exclusiva los seis primeros meses. Se plantea que:

La lactancia materna proporciona todas las necesidades nutricionales que necesita el bebé durante los primeros 6 meses de vida, pues contiene la proporción idónea de proteínas, grasas, azúcares, minerales y vitaminas para el óptimo desarrollo del bebé y tiene una especial influencia biológica y emocional en la salud de la madre y del niño; ya que constituye la forma ideal de iniciar la relación madre-hijo) ⁽⁷⁾.

La lactancia artificial también llamada leche de fórmula “es una alternativa cuando la alimentación al pecho no es posible o bien la madre decide libremente esta opción. La leche artificial es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna” ⁽⁵⁾

Succión.

Sobre la definición de succión, se explica:

Que es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Se puede observar de forma muy temprana durante el desarrollo fetal y neonatal, considerándose normal durante esta etapa de desarrollo. La severidad de esta anomalía va a depender de la frecuencia (cuantas veces al día succiona el dedo), la intensidad de la succión, el tiempo que dura (minutos u horas) y además de la posición del dedo dentro de la boca y de qué dedo (ya que no siempre es el dedo pulgar) ⁽¹⁸⁾.

Asimismo el autor, resalta que hay dos tipos de succión ⁽¹⁸⁾:

a).La succión nutritiva que tiene como función la nutrición del bebé y la succión no nutritiva que no tiene un objetivo nutricional ⁽²⁸⁾. La succión nutritiva se clasifica en alimentación natural y alimentación artificial. La alimentación natural es cuando el bebé se alimenta a través del pecho materno; y la artificial cuando es alimentado a través de un objeto que no es el pecho de la madre.

b) Succión no nutritiva

Se entiende como succión no nutritiva a aquel acto de succión que no tiene como finalidad el alimentar al niño; como por ejemplo la succión digital, y/o chupón, la succión de lengua y objetos entre otros. Estos hábitos orales nocivos pueden ser concebidos como fuerzas musculares anormales, que actúan en un periodo de crecimiento donde el niño puede distorsionar la forma de los arcos dentarios e imprimir en la maxila una morfología alterada ⁽²⁸⁾.

Marco Legal

La investigación en curso se soporta en el siguiente contexto legal:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Reconoce la salud como un derecho social fundamental y obligación del Estado, garantizando el derecho a la vida de todos los ciudadanos venezolanos. El artículo 83 de este reglamento, establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República ⁽²⁸⁾.

Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.

Tiene por objeto garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, que se encuentren en territorio nacional, el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías, a través de la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben brindarles desde el momento de su concepción ⁽²⁹⁾.

Dicha ley, establece en el artículo 41, todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo,

tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de afecciones a su salud. En el caso de niños, niñas y adolescentes de comunidades y pueblos indígenas debe considerarse la medicina tradicional que contribuya a su salud física y mental (29).

Parágrafo primero. El estado debe garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad (29).

Código de Deontología Odontológica.

Expresa en el Título I, Capítulo primero. De los deberes y derechos de los Odontólogos, artículo 1 que el respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como el bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial de Odontólogo (30).

III. Método

En este capítulo se detalló cómo se aplicó un método para lograr un objetivo de investigación. Éste se entiende como “una guía procedimental, producto de la reflexión, que provee pautas lógicas generales pertinentes para desarrollar y coordinar operaciones destinadas a la consecución de objetivos intelectuales o materiales del modo más eficaz posible” ⁽³¹⁾. En este espacio se describe el tipo y diseño, la población y muestra del estudio, las técnicas de recolección y análisis de los datos.

La investigación se ubicó en el enfoque de tipo cuantitativo, el cual “representa un conjunto de proceso secuenciales y probatorios que permiten investigar y cuya recolección de datos se fundamenta en la medición (se miden variables o conceptos contenidos en hipótesis) ⁽⁹⁾. En el contexto de este enfoque se orientó el desarrollo de la investigación planteada.

Asimismo, el estudio se definió según su nivel como descriptivo, “se orienta a describir un suceso o fenómeno que ocurre en un espacio y tiempo determinado” ⁽⁹⁾. Este tipo de estudio se definió como “aquel que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento” ⁽³²⁾. Se estudiaron las maloclusiones según el tipo de lactancia en pacientes de las clínicas del niño y del adolescente de la UJAP.

En cuanto al diseño de la investigación, siguió los lineamientos del tipo de campo y de tipo transversal. Sobre la investigación de campo” se explica que está presente cuando los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual los denominamos primarios; su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos” ⁽³³⁾. Se recolectaron los datos mediante la revisión de las historias clínicas del niño y del adolescente de las clínicas I, II y III registradas, de la Universidad José Antonio Páez, en San Diego, estado Carabobo. El estudio también respondió a un estudio transversal, en “los diseños de este tipo se recolectan los datos en un solo un momento, en un tiempo

único”⁽⁹⁾. En este caso se realizó la investigación en el periodo septiembre 2018-enero 2019.

Selección y descripción de Participantes.

Población.

El término población, “es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta quedó delimitada por el problema y por los objetivos del estudio”⁽³²⁾. En esta investigación la población estuvo representada por los pacientes que asisten regularmente a las consultas en las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la UJAP, un total de 320 pacientes en edades comprendidas entre 5 y 8 años de ambos sexos.

Muestra.

Sobre la muestra, “es una parte representativa de una población”⁽³¹⁾. La muestra es de tipo probabilístico del tipo azar simple, se asumió el 40% de la población conformada por los 320 pacientes en edades comprendidas entre 5 y 8 años de ambos sexos que asisten regularmente a las consultas en las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la UJAP. “Son varios los autores que recomiendan para las investigaciones sociales, trabajar aproximadamente con un 30% de la población”⁽¹⁰⁾. De esta manera la muestra estuvo integrada por 128 pacientes en edades comprendidas entre 5 y 8 años de ambos sexos.

Muestreo.

El tipo de Muestreo que se utilizó fue de tipo Probabilístico o Aleatorio, “es un proceso en el que se conoce la probabilidad que tiene cada elemento de integrar la muestra”⁽¹⁰⁾. Este procedimiento fue del tipo azar simple “procedimiento en el cual todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados. Dicha probabilidad, conocida previamente, es distinta de cero 0) y de uno (1)”⁽³²⁾. Se

seleccionaron las 128 personas, utilizando los números de las historias que se poseen en las clínicas y con apoyo de la tabla de números aleatorios, las mismas representan el 40% de la población.

Criterios de selección.

Constituye el conjunto de aspectos a considerar y deben reunir cada una de las personas que conformaran la muestra con la cual se trabajará ⁽³²⁾. Se presentaron los que son de carácter inclusivo y a aquellos que excluyen a algún elemento del conglomerado muestral.

Criterios de inclusión

- a) Pacientes que asisten a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la UJAP.
- b) Edades comprendidas entre 5 y 8 años
- c) De ambos sexos
- d) Que posean una historia clínica de paciente integral.
- e) Participar en el proceso de escogencia por azar simple
- f) Presencia de los órganos dentales necesarias para la evaluación de los parámetros en la historia clínica.

Criterios de exclusión

- a) Que no presente algunos de los requisitos anteriores
- b) Pacientes con diversidad funcional.
- c) Pacientes con historias de emergencia.

Información técnica

Instrumento para la recolección de datos.

Las técnicas de recolección de los datos,” son las distintas formas o maneras de obtener la información. Para el acopio de los datos se utilizan técnicas como la observación, entrevista, encuesta, pruebas, entre otras” ⁽¹⁾. En este caso se utilizó la

observación directa de las historias clínicas de los pacientes. Esta técnica “consiste en visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad, en función de unos objetivos de investigación preestablecidos” ⁽³¹⁾.

Para el registro de la información se utilizó como instrumento la guía de observación. En relación a este concepto, se explica que “facilita recolectar la información en forma no obstructiva, respecto a conductas o procesos” ⁽³¹⁾. Ésta facilitó conducir la observación sobre los aspectos clave y llevar un registro de la información que se obtiene. De igual manera, es oportuno resaltar que, dada la naturaleza del instrumento empleado para el registro de información, la guía de observación no requiere ser validada por expertos.

Para la construcción del instrumento, se elaboró un cuadro de operacionalización de las variables en estudio (ver tabla 10), este procedimiento “es un tecnicismo que se emplea en investigación científica para designar al proceso mediante el cual se transforma la variable de conceptos abstractos a términos concretos, observables y medibles, es decir, dimensiones e indicadores” ⁽¹⁰⁾.

La guía de observación (anexo A) utilizada estuvo conformada por ocho (8) ítems que fueron respondidos mediante la revisión de las historias clínicas de 128 pacientes que asisten regularmente a las consultas en las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la UJAP y que fueron seleccionados como muestra a utilizar en la investigación, previa revisión del consentimiento informado por parte de los padres o representantes de los participantes en el estudio, al realizarse el llenado de la historia clínica por parte de los estudiantes tratantes de dichos pacientes. El consentimiento informado, “consiste en la “aceptación o rechazo de una acción de salud o de participación en una investigación” ⁽³⁴⁾.

Este requisito se realizó para cumplir con el requerimiento en relación a que las investigaciones en el área de salud deben atender a normas éticas y seguir los principios de la Declaración de Helsinki, en la cual se plantea que “no se incluirán los nombres de los pacientes, ni sus iniciales, ni los números que les hayan sido

asignados en los hospitales y solicitar el consentimiento informado de las personas que participarán o sus representantes” (35).

Análisis de los datos.

Una vez realizada la recolección de la información, se procedió al procesamiento, representación e interpretación de los datos. En este punto se describen las distintas operaciones a las que serán sometidos los datos que se obtengan: clasificación, registro, tabulación y codificación si fuere el caso” (10). Se utilizaron las herramientas de la estadística descriptiva, las tablas de frecuencias porcentualizadas y los gráficos denominados diagrama de barras.

En cuanto a las tablas estadísticas, “se describe que son el arreglo ordenado, de filas y columnas, de datos estadísticos o características relacionadas, con el objeto de ofrecer información estadística de fácil lectura, comparación e interpretación” (36).

Se utilizaron tablas que reflejan las frecuencias porcentualizadas de los datos obtenidos de la aplicación de la guía de observación, y posteriormente fueron analizados cada uno de los datos obtenidos. Sobre el diagrama de barras, se explica que “es un gráfico estadístico de barras que representa la medición de proporciones que permite destacar la evolución porcentual en el tiempo, de dos variables que se comparan” (36). Se elaboró la representación gráfica para cada ítem utilizando este tipo gráfico.

IV.RESULTADOS

En esta sección de la investigación se presenta el procesamiento de los datos. “Se estructuran los cuadros y tablas para obtener matrices de datos con el objetivo de analizarlos e interpretarlos y poder sacar conclusiones. Aquí entra el sentido crítico objetivo y subjetivo que le impartirá a esos números recogidos por parte del investigador” (37).

Análisis e interpretación de los resultados

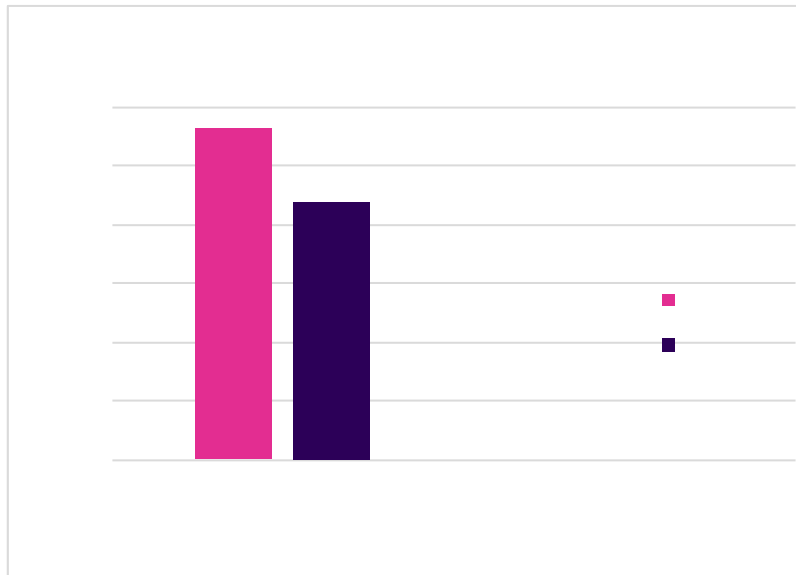
VARIABLE: Epidemiología.

DIMENSIÓN: Pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III.

INDICADORES: Sexo y edad.

Tabla 1. Sexo de los pacientes

Sexo	Respuestas	
	Cantidad	%
Femenino	72	56.25
Masculino	56	43.75
Total	128	100



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

Grafico 1. Distribución de acuerdo al sexo de los pacientes que acuden a las Clínicas del Niño y el adolescente en la UJAP.

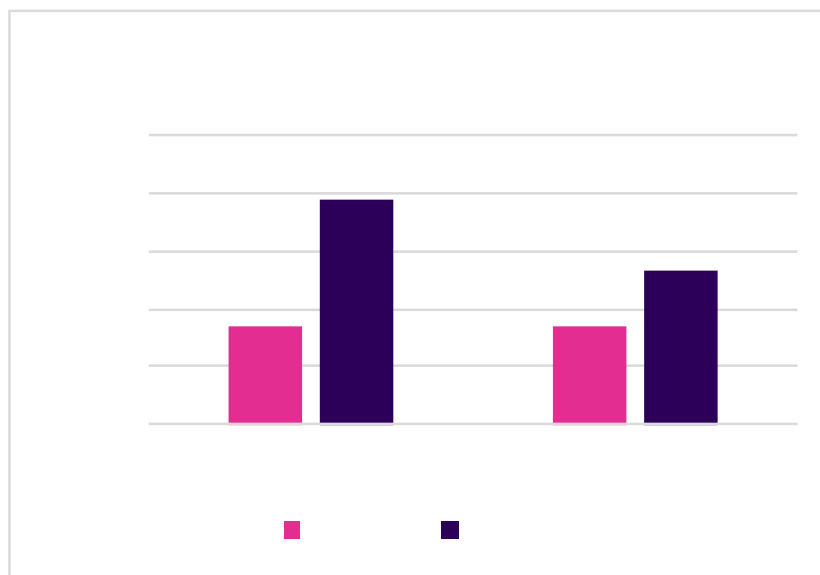
Interpretación

Se observa en el gráfico en relación al sexo de los pacientes que acudieron a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019 que el 56.25% corresponde al sexo femenino, mientras que el 43.75% restante pertenece al sexo masculino.

Relación entre sexo y grupo etario.

Tabla 2. Relación entre sexo y grupo etario.

Edad	Respuestas			
	Femenino	%	Masculino	%
5-6	22	17.19	22	17.19
7-8	50	39.01	34	26.60
Total	72	56.2	56	43.8



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

Gráfico 2. Relación sexo-grupo etario de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y el adolescente I, II y III de la UJAP.

Interpretación

Se evidencia en el gráfico en relación a los dos grupos etarios a los cuales pertenecen los pacientes que acudieron a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019 que del sexo femenino, de un total de 72 pacientes, el 17.19% pertenece al grupo etario de 5 y 6 años, mientras que el 39.01% pertenece al grupo de 7 y 8 años. Por su parte, de un total de 56 pacientes masculinos, el 17.19% pertenece al grupo etario de 5 a 6 años, mientras que el 26.60% se ubica en un rango de edad entre 7 y 8 años.

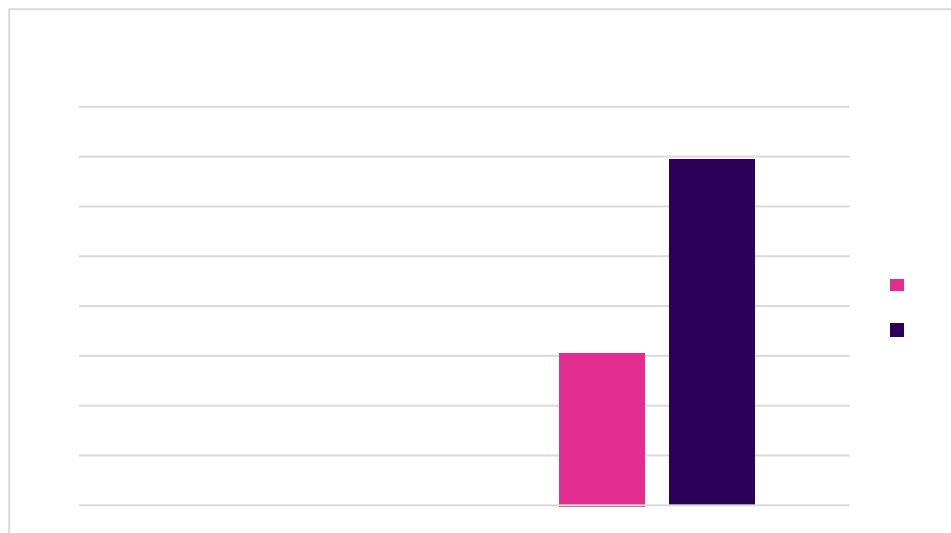
VARIABLE: Maloclusiones.

DIMENSIÓN: Distoclusión- Mordida abierta- Mordida borde a borde.

INDICADORES: Llave molar – Escalón terminal- Overbite- Overjet.

Tabla 3. Presencia de maloclusiones.

Presente	Respuestas	
	Cantidad	%
Si	39	30.47
No	89	69.53
Total	128	100



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

Gráfico 3. Presencia de maloclusiones en los pacientes que acuden a las clínicas del niño y el adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez.

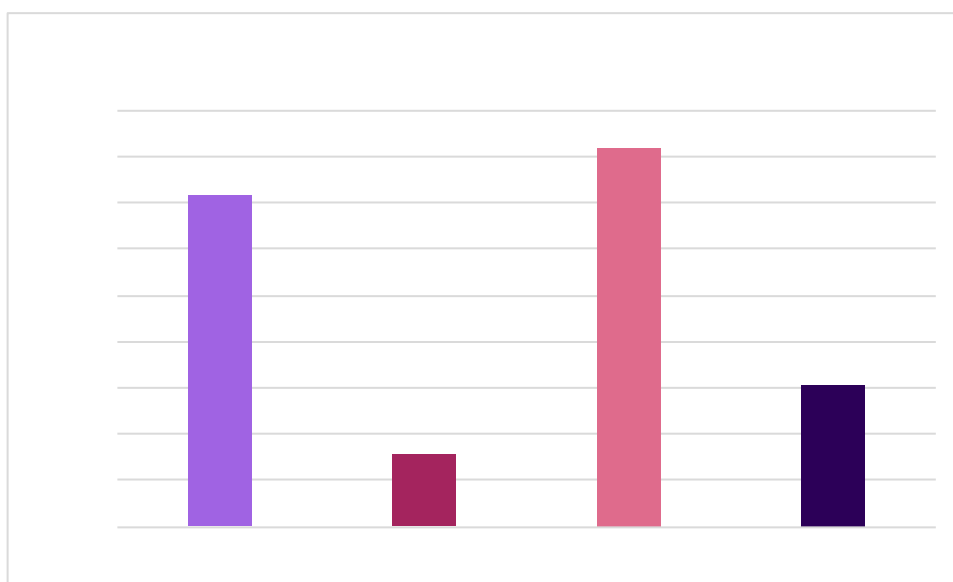
Interpretación

Se manifiesta en el gráfico en relación a la presencia de maloclusión en los pacientes que acudieron a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019 que el 30.47% presenta distoclusión y el 69.53% restante no presenta dicha alteración.

Prevalencia de distoclusión.

Tabla 4. Prevalencia de maloclusión.

Presencia	Respuestas	
	Cantidad	%
Clase II	14	35.89
Borde a borde	3	7.69
Escalón recto	16	41.02
Escalón distal	6	15.40
Total	39	100



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

Gráfico 4. Prevalencia de maloclusiones en los pacientes que acuden a las clínicas del niño y el adolescente I, II y III de la UJAP.

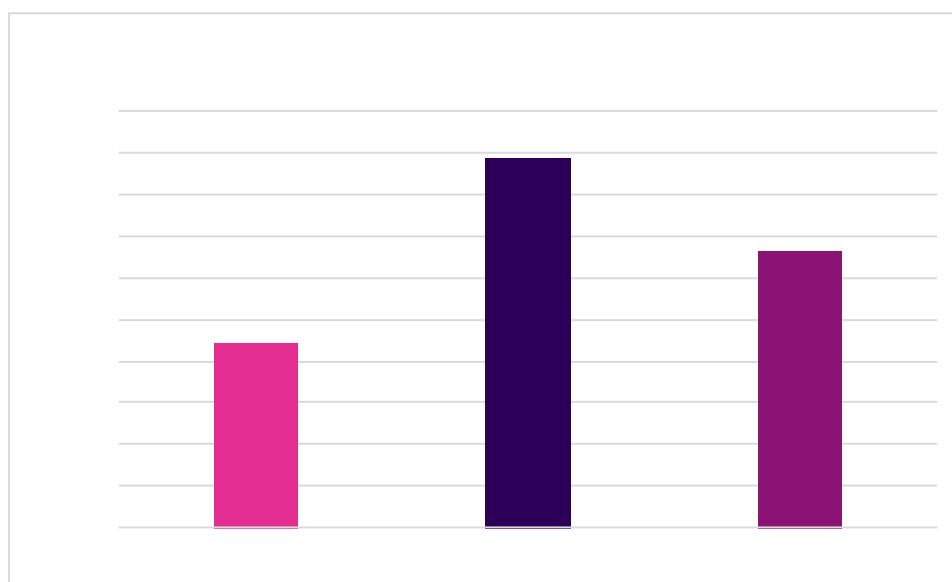
Interpretación

Se evidencia en el gráfico en relación a la presencia de maloclusiones en los pacientes que acudieron a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019 que, el 35.89% presenta llave molar clase II, el 7.69% mordida borde a borde, el 41.02% escalón recto y el 15.40% escalón distal.

Presencia de alteración en sobremordida (overjet y overbite)

Tabla 5. Presencia de alteración en sobremordida (overjet y overbite)

Alteración	Respuestas	
	Cantidad	%
Overjet	4	44.45
Overbite	2	22.22
Overjet y overbite	3	33.33
Total	9	100



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

Gráfico 5. Alteración en overjet y overbite de la muestra estudiada en la presente investigación.

Interpretación.

En relación a la presencia de distoclusión en los pacientes que acudieron a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019 que, se aprecia en la gráfica que, del 100% de los pacientes, el 7.03% presentó alteraciones en la sobremordida. De la población con sobremordida alterada, el 22.22% presenta alteración en el overbite, 44.45% en el overjet, y el 33.33% presentó alteración en overjet y overbite.

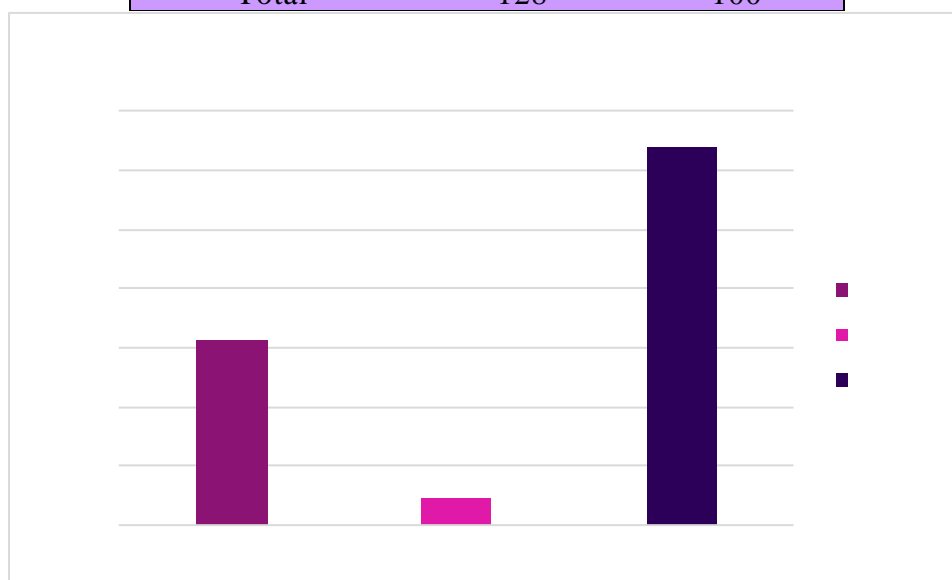
VARIABLE: Lactancia.

DIMENSIÓN: Tipos de lactancia.

INDICADORES: Lactancia materna- Lactancia artificial- Lactancia mixta.

Tabla 6. Tipo de lactancia recibida por los pacientes.

Lactancia	Respuestas	
	Cantidad	%
Materna	40	31.25
Artificial	6	4.69
Mixta	82	64.06
Total	128	100



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

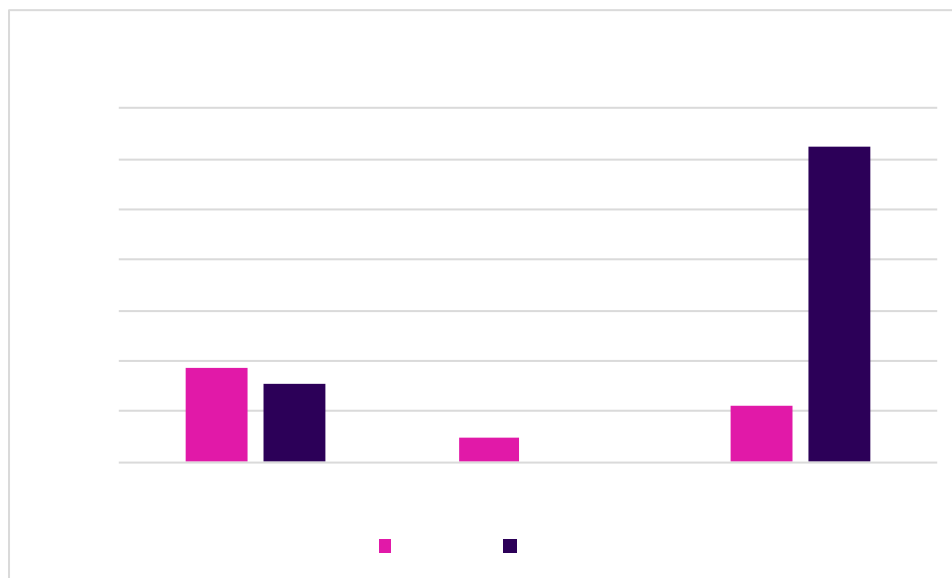
Gráfico 6. Tipo de lactancia recibida por los pacientes que acuden a las clínicas del niño y el adolescente I, II y III de la UJAP.

Interpretación.

En lo referente al tipo de lactancia recibida por los pacientes que acuden a las clínicas del niño y el adolescente, que componen el grupo de estudio de esta investigación, se evidencia en las graficas que el 31.25% de los pacientes fueron alimentados con lactancia materna y el 4.69% recibió lactancia mixta, mientras que el 64.06% de la población, recibió lactancia artificial.

Tabla 7. Relación del sexo femenino y grupo etario con el tipo de lactancia.

Edad	Femenino					
	materna	%	artificial	%	Mixta	%
5-6 años	12	9.38	3	2.34	7	5.46
7-8 años	10	7.81	0	0	40	31.25
Total	22	17.19	3	2.34	47	36.71



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

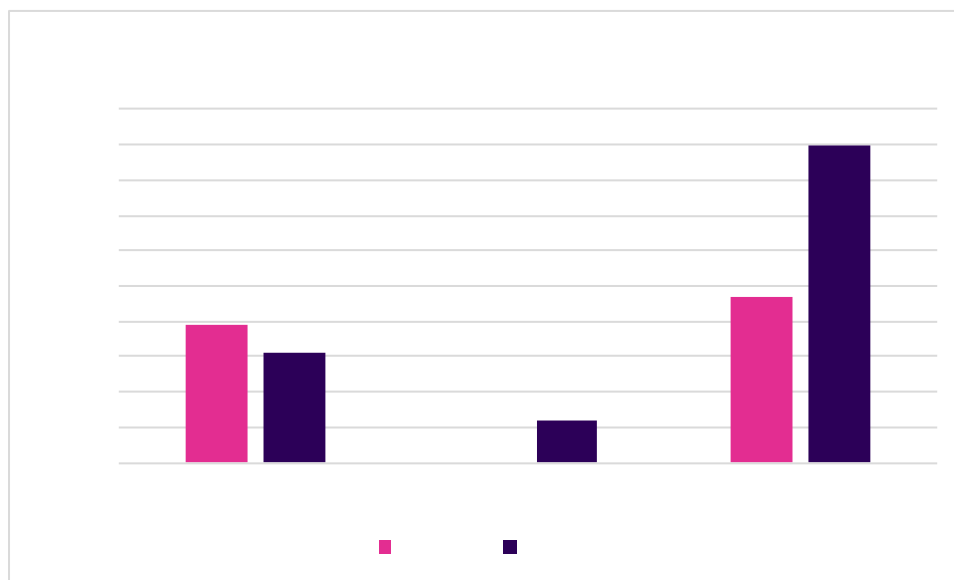
Gráfico 7. Relación entre sexo, edad y tipo de lactancia recibida de la población de estudio de la investigación.

Interpretación.

En relación al sexo femenino con el grupo etario y tipo de lactancia recibida, se evidencia en el gráfico anteriormente expuesto que, el 9.38% de la muestra comprendida en el grupo etario de 5 y 6 años recibió lactancia materna, mientras que el grupo de 7 a 8 años de edad, presentó este tipo de lactancia en una proporción del 7.81%. Así mismo, en lo que refiere a la lactancia artificial, se evidenció solo en el grupo etario de 5 y 6 años, en una proporción del 2.34%; mientras que la lactancia mixta es el tipo de alimentación más frecuente, manifestada en un 5.46% en el grupo etario de 5 y 6 años, y en un 31.25% en el grupo de femeninas de 7 y 8 años de edad.

Tabla 8. Relación del sexo masculino y grupo etario con el tipo de lactancia.

Edad	Masculino					
	materna	%	artificial	%	Mixta	%
5-6 años	10	7.81	0	0	12	9.37
7-8 años	8	6.25	3	2.34	23	17.98
Total	18	14.06	3	2.34	35	27.35



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

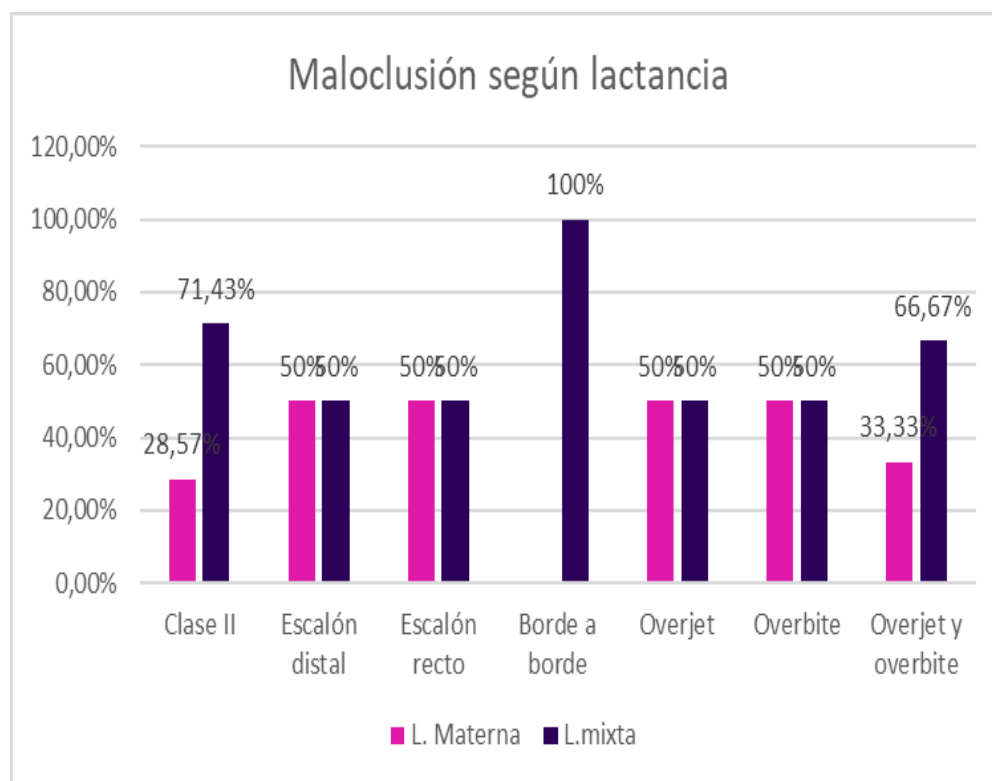
Gráfico 8. Relación del sexo masculino y grupo etario con el tipo de lactancia recibida en la población de estudio de esta investigación.

Interpretación.

En relación al sexo masculino con el grupo etario y tipo de lactancia recibida, se evidencia en el gráfico anteriormente expuesto que, el 7.81% de la muestra comprendida en el grupo etario de 5 y 6 años recibió lactancia materna, mientras que el grupo de 7 a 8 años de edad, presentó este tipo de lactancia en una proporción del 6.25%. Así mismo, en lo que refiere a la lactancia artificial, se evidenció solo en el grupo etario de 7 y 8 años, en una proporción del 2.34%; mientras que la lactancia mixta es el tipo de alimentación más frecuente, manifestada en un 9.37% en el grupo etario de 5 y 6 años, y en un 17.98% en el grupo de 7 y 8 años de edad.

Tabla 9. Relación de maloclusiones y tipo de lactancia.

Maloclusión	Total	Lactancia					
		materna	%	artificial	%	Mixta	%
Clase II	14	4	28.57	0	0	10	71.43
Escalón distal	6	3	50	0	0	3	50
Escalón recto	16	8	50	0	0	8	50
Borde a borde	3	0	0	0	0	3	100
Overjet	4	2	50	0	0	2	50
Overbite	2	1	50	0	0	1	50
Overjet y overbite	3	1	33.33	0	0	2	66.67



Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

Gráfico 9. Relación de maloclusiones según el tipo de lactancia recibida por los pacientes de clínica del niño y el adolescente I, II y III de la UJAP.

Interpretación.

En lo referente a la relación existente entre maloclusiones y lactancia recibida, se evidencia en el gráfico que, de los pacientes que presentaron llave molar II, el 28.57% recibió lactancia materna, mientras que el 71.43% restante, recibió lactancia mixta. En cuanto a los escalones distal y recto, se evidenció que el 50% de los pacientes recibieron lactancia materna, y el 50% restante, lactancia mixta. Así mismo, el 100% de los pacientes que presentaron mordida borde a borde, fueron alimentados con lactancia mixta. En el mismo orden de ideas, en lo correspondiente al overjet y overbite, los resultados arrojaron que el 50% de los pacientes fue alimentado con lactancia materna, y el 50% restante, recibió lactancia mixta. Para finalizar, en aquellos pacientes que presentaron alteraciones en el overjet y overbite de manera simultánea, la investigación arroja que en el 33.33% de los casos, fueron alimentados con lactancia materna, y en el 66.67% restante, con lactancia mixta.

V. DISCUSIÓN

En relación al sexo de los pacientes que acudieron a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019 se encontró que 56.25% corresponde al sexo femenino, mientras que el 43.75% restante al sexo masculino. Hallazgos de otras investigaciones indican que “la prevalencia de maloclusiones se presenta en el 77.5% del grupo estudiado, siendo el sexo femenino el de mayor frecuencia” (38).

Sobre el grupo etario al cual pertenecen los pacientes en estudio el 34.38% corresponde a las edades entre 5 y 6 años y el 65.61% restante a las edades de 7 y 8 años. Sobre la edad para la asistencia al odontólogo los expertos destacan que “el primer año de vida es la etapa ideal para comenzar con las visitas al odontólogo. Ese es un tiempo importante de evaluación y no hay que esperar hasta los seis años” (39). De igual modo, expresan que “no hay nada más importante en el niño que conservar un estado de buena salud en todos sus dientitos porque los de leche son los encargados de mantener el espacio para que salga el permanente” (40). Así mismo, se expone que “a los seis años sale el primer diente permanente y a los doce, generalmente, termina la dentición” (38).

En el mismo orden de ideas, se evidenció que el 30.47% de los pacientes presenta maloclusión, lo que indica un porcentaje significativo de esta alteración en el grupo estudiado, el 69.53% restante no la presenta. La distoclusión “es una mal posición de los dientes superiores e inferiores que interfiere en la máxima eficiencia de los movimientos excursivos de los maxilares durante la masticación” (21).

De igual modo, se expone que el 22.22% de los pacientes estudiados exhiben la presencia de alteración en el overbite (Mordida abierta). Esta anomalía puede definirse “como una alteración facial, caracterizada en gran parte de los casos por la imposibilidad por parte del paciente de lograr la máxima intercuspidad de las unidades dentarias anteriores, tanto maxilares como mandibulares” (22).

En cuanto a la presencia de alteración en el overjet (mordida borde a borde), se encontró que el 44.45% presenta alteración en la sobremordida o resalte horizontal; estos resultados guardan relación con la investigación realizada por Favela (12), en cuanto al hallazgo en su trabajo sobre la relación entre el tiempo de lactancia y la

presencia de maloclusiones en sentido horizontal. Esta alteración se define como “la distancia entre la cara labial del incisivo central inferior y el borde incisal del incisivo superior, medida en dirección paralela al plano oclusal” (22).

En el grupo estudiado se observó que el 31.25% recibió lactancia materna y el 68.25% no recibió este tipo de alimentación. Este tipo de lactancia se define como “una práctica natural y constituye la forma idónea de aportar a los niños pequeños todos los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuado y saludable” (26). Asimismo, se reconocen sus ventajas debido a que proporciona todas las necesidades nutricionales que necesita el bebé durante los primeros 6 meses de vida” (7).

Una de las investigaciones previas a este estudio plantea que “existe relación entre la presencia de maloclusiones con el tipo y tiempo de lactancia. Encontrando en el presente estudio mejor oclusión en aquellos lactados de forma natural y por un tiempo de 12 meses o mayor” (16).

Por otra parte, el 4.69% del grupo recibió lactancia artificial mientras que el 95.31% restante no. Este tipo de lactancia, “también llamada leche de fórmula es una alternativa cuando la alimentación al pecho no es posible o bien la madre decide libremente esta opción. La leche artificial es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna” (25). Luego de la aplicación del instrumento, se observó que, aunque la lactancia mixta es la más predominante en el grupo de estudio, el índice más elevado de lactancia materna fue recibido por los pacientes pertenecientes al grupo etario de 5 y 6 años de edad.

Plantea un estudio previo a esta investigación que “en cuanto a la lactancia de biberón y la lactancia materna exclusiva existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.01$), demostrando un riesgo relativo de 1.32 veces más de sufrir maloclusiones para los niños que lactaron con biberón frente a los que tuvieron lactancia materna exclusiva” (16).

Igualmente, el 64.06% del grupo recibió lactancia mixta, el 35.94% restante no la recibió. Esta forma de alimentación se concibe como “forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana más leche no humana)” (26). Aporta un

estudio sobre el tema que “existe una relación significativa entre el periodo de lactancia materna, la continuación con alimentación artificial por medio del biberón y la aparición de hábitos no nutritivos de succión en, y que esta variable se asocia fuertemente con maloclusiones” (40).

En el mismo orden de ideas, los resultados arrojados de esta investigación indican que los pacientes que presentaron clase molar II, el 28.57% recibió lactancia materna, mientras que el 71.43% restante, recibió lactancia mixta. En cuanto a los escalones distal y recto, se evidenció que el 50% de los pacientes recibieron lactancia materna, y el 50% restante, lactancia mixta. Así mismo, el 100% de los pacientes que presentaron mordida borde a borde, fueron alimentados con lactancia mixta. En el mismo orden de ideas, en lo correspondiente al overjet y overbite, los resultados arrojaron que el 50% de los pacientes fue alimentado con lactancia materna, y el 50% restante, recibió lactancia mixta. Para finalizar, en aquellos pacientes que presentaron alteraciones en el overjet y overbite de manera simultánea, la investigación arroja que en el 33.33% de los casos, fueron alimentados con lactancia materna, y en el 66.67% restante, con lactancia mixta. Resulta oportuno destacar que ninguno de los pacientes que presentó maloclusiones o alteraciones en la sobremordida vertical u horizontal, recibió lactancia mixta.

CONCLUSIONES.

Una vez analizados los resultados y tomando en cuenta los objetivos propuestos en esta investigación se plantean las siguientes conclusiones:

La caracterización epidemiológica de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019, describe que la mayoría pertenecen al sexo femenino y están ubicados en el rango de edad de 7-8 años.

En cuanto a los tipos de maloclusiones según la lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019 que se presentan en el grupo de estudio, se concluye que en un 30.47% presentan maloclusión, la presencia de alteraciones en el overbite (mordida abierta) es de 22.22% y en un 44.45% se evidencia alteraciones en el overjet (overjet).

La identificación del tipo de lactancia recibida por los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019, indica que el 31.25% de la muestra estudiada recibió lactancia materna y el 4.69% fue alimentado con lactancia artificial, mientras que el 64.06% de los pacientes estudiados recibió lactancia mixta. Así mismo, se evidenció que, pese a que la lactancia mixta fue predominante en los sujetos estudiados, el grupo con el índice más elevado de lactancia materna fue el comprendido entre los 5 y 6 años de edad, y más específicamente, las femeninas incluidas en dicho grupo etario.

De igual modo, se observó que los pacientes con presencia de distoclusiones o alteraciones en el overjet u overbite no recibieron lactancia artificial, demostrando que a pesar de que el tipo de lactancia recibida influye en el desarrollo de los maxilares y es un factor predisponente para la presencia de maloclusiones, las distoclusiones así como las alteraciones en la sobremordida vertical u horizontal, está vinculadas también a factores genéticos y ambientales, tales como el desarrollo de hábitos parafuncionales como deglución atípica, succión digital, uso de chupones y respiración bucal; los anteriormente señalados son aspectos a considerar en futuras investigaciones.

RECOMENDACIONES.

- Propiciar la visita al odontólogo a partir del momento de erupción de los primeros órganos dentales mediante campañas informativas con la finalidad de prevenir anomalías en el desarrollo de los dientes permanentes.
- Estimular el predominio de la lactancia materna mediante campañas preventivas en pro de la salud bucal de los niños y adolescentes y enfatizar la importancia de la lactancia en el desarrollo de los maxilares.
- Facilitar información a los padres y representantes sobre los tipos de maloclusiones sobre su presencia y su tratamiento.
- Planificar campañas preventivas e informativas sobre las maloclusiones en el contexto escolar.
- Realizar campañas informativas sobre el impacto y los tipos de los hábitos parafuncionales que pueden presentarse en el infante.

REFERENCIAS

1. Hernández, M y Quiñones, A. Desarrollo de los maxilares en ausencia de la lactancia materna en los alumnos de U.E.I Gaspar de la edad de preescolares, en el período septiembre 2012-julio 2013, del municipio San Diego, estado Carabobo en pacientes. Trabajo de grado. Universidad José Antonio.2013.
2. Betancourt, A. Estudios odontológicos. Trabajo especial de grado no publicado. Universidad Central de Venezuela.2006.
3. Reyes A. Replanteando la Prevención de las Enfermedades Bucodentales [En Línea].2010. [Fecha de acceso: 03 de octubre 2018].Disponible en: [http://guiaescolarperu.blogspot.com/2010/12/replanteando-la-prevencion-delas-
Html.12.](http://guiaescolarperu.blogspot.com/2010/12/replanteando-la-prevencion-delas-)
4. Perinetti G, Luca C, Silvestrini A, Perdoni L y Castaldo A. Maloclusión Dental maloculsión y postura corporal en sujetos jóvenes. Un estudio de regresión múltiple [En línea].2010.[Fecha de acceso: 03 de octubre 2018].Disponible: en www.scielo.br/cielo.php.300
5. Merino, E. Lactancia materna y su relación con las anomalías dento-faciales. Revista Acta Odontológica Venezolana.2003. 41 (2): 42-46.
6. Raymonds, J.La lactancia y la buena mordida. Revista Colombiana de Pediatría. [En línea].2003. [Fecha de acceso: 25 de septiembre 2018]. Disponible en : <http://www.colombia.com/medicina/pediatria/pedi39104-liga.htm>
7. Acero, L y Aysanoa, P Efecto de la lactancia materna en la prevención de hábitos nocivos de succión y de maloclusión en niños de 3 a 5 años de edad. [En línea].2009. [Fecha de acceso 26 de septiembre 2018]. Disponible en: http://tesis.pucp.ele:sitorio/bitstream/handle/ACERO_AYSAN_EF.pdf.
8. Mendoza, A; Asbún, P; Crespo, A; González, S; Patiño, R. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Revista. Boliviana de pediatría. 2008. 47 (1).
9. Hernández R, Fernández C y Baptista, P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana, S.A.2010.
10. Arias, F. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica (5ta edic). Caracas: Episteme.2006.
11. Mercado S, Mercado J, Mamani L, Tapia R, Carreón B, Zapana N y Ledesma K. Maloclusiones asociadas a la calidad de vida en población andina.[En línea].2017. [Fecha de acceso: 13 diciembre de 2019].Disponible en www.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/ Artículo de Revisión. Revista OACTIVA UC Cuenca . Vol. 2, No. 1, pp. 63.
12. Favela, J. Prevalencia de las maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materno en Chiapas . [En línea].2015. [Fecha de acceso: 26 de diciembre de 2018]. Disponible en <http://eprints.uanl.mx/113041/1080215448.pdf>.
13. Gramal, E. Estudio de la relación entre lactancia y presencia de maloclusiones en preescolares de 3 a 5 años de edad de la Parroquia Miguel Egas Cabeza del

- Cantón Otavalo. [En línea]. 2014..[Fecha de acceso 16 de noviembre de 2018].Disponible: en:<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/1/T-UCE-0015-58.pdf>.
14. Montero, R y Calderón, L. Prevalencia de las maloclusiones dentales en niños con problemas neurológicos del Instituto Especial Carabobo. Septiembre-Diciembre 2012. [En línea].2014. [Fecha de acceso 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://bibliovirtualujap.files.wordpress.com/2011/0>.
 15. Jerez ,E, Zerpa R , Salas M , Simancas Y y Romero y. Prevalencia De Maloclusiones En Niños Del Jardín de infancia de la Escuela Bolivariana “Juan Ruiz Fajardo[En línea].[.2014.](#) [Fecha de acceso 26 de noviembre de 2018]. Disponible en :[erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/](http://revistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/)
 16. Cigüeñas, E. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad. 2013 Trabajo de grado. Universidad Mayor de San Marcos.
 17. Flores, A y Montilva, M. Prevalencia de la enfermedad periodontal con insuficiencia renal crónica de la clínica del riño del municipio Naguanagua, estado Carabobo, enero-noviembre 2012.Trabajo de grado. Universidad José Antonio Páez.2012.
 18. Carrillo, A y Catarí P. Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odonto-pediatría. . [En línea].2013. [Fecha de acceso: 26 de noviembre de 2018]... Disponible en:<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2626/1/anpa.pdf>.2012.
 19. Solano E y Campos A .Manual teórico practico de Ortodoncia España: Universidad de Sevilla.2002.
 20. Bustamante G, Surco V, Tito, Ramírez T y Yusja C. [En línea]. (2012). [Fecha de acceso: 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=s2304-37682012000500003&script=sci_arttext
 21. Ortiz M y Lugo V. Maloclusión tipo II. [En línea]. (2006). [Fecha de acceso: 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/art-14>
 22. Gregoret, Tuber, Escobar y De Fonseca. Ortodoncia y cirugía ortognática Barcelona: Publicaciones médicas. 1997.
 23. Okenson, J. [En línea]. (2006). [Fecha de acceso: 26 de noviembre de 2018]. Disponible en:
 24. Real Academia Española. [En línea].2014. [Fecha de acceso: 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014
 25. Organización Mundial de la Salud. La duración óptima y exclusiva de la lactancia materna. Revista Pediátrica. 2000. 28.12
 26. Alba Lactancia Materna. Lactancia Materna. Tema 4.Cuando los niños crecen. . [En línea].2003. [Fecha de acceso: 6 de noviembre de 2018]. 2003. Disponible en: <http://www.albalactanciamatema.org>. 5

27. Organización Mundial de la Salud .Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. [En línea].2002. . [Fecha de acceso: 6 de noviembre de 2018]. Disponible en http://www.who.int/nutrition/publications/gs._infant_feeding_text_spa.pdf.
28. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. [En línea].1999. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ven/sp_ven-int-const.html
29. Ley Orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes. [En línea].2009. Disponible en:
30. Código de Deontología Odontológica. [En línea]. Disponible en:
31. Palella, S y Martins, F. Metodología de la Investigación Cuantitativa. Caracas: FEDUPEL.2012.
32. Arias, F. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. Caracas: Episteme.2012.
33. Tamayo, M. Módulo 2.La investigación. Serie aprender a investigar. Colombia ICFES.1999.
34. Sánchez S, Heredia E, De la Fuente J. Aspectos éticos y legales de la investigación en odontología. México: Alfíl. 2016
35. Asociación Médica Mundial (AMM). [En línea].2013. [Fecha de acceso: 6 de noviembre de 2018]. Disponible en <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
36. Álvarez, D. Estadística [En línea].2011. [Fecha de acceso: 6 de noviembre de 2018]. Disponible en:www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/05.pdf.2.
37. Niño, V. Metodología de la investigación. Bogotá: Ediciones de la U.
38. Jachero P y Ramos R y Urgiles C. Maloclusiones y necesidad de tratamiento ortodóntico autopercebido en escolares de 12 años en Cuenca - Ecuador 2016. [En línea].2016. [Fecha de acceso: 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2052/205255676003.pdf>.
39. Corti,E y Algoti, M. ¿A qué edad debe ser la primera consulta al odontólogo?. [En línea].2018.[Fecha de acceso:4 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.primeraedicion.com.ar/nota/100003524/a-que-edad-debe-ser-la-primer-consulta-odontologica-para-un-nino/>
40. Cavalcanti, L; Medeiros, P; Moura, C: (2007). Prevalencia de la lactancia materna, de la alimentación por medio del biberón, de los hábitos de succión no nutritivos y maloclusiones. Revista de Salud Pública (Bogotá). Vol.9 (2):194-204.

ANEXOS

Tabla 10. Operacionalización de variables.

Objetivo general: Determinar la prevalencia de las maloclusiones según el tipo de lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019					
Variables	Definición	Dimensión	Indicadores	Ítems	Instrumento
Epidemiología	Estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.	Pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III.	- sexo. - Edad.	1. 2.	Guía de observación
Maloclusiones.	Cualquier grado de contacto irregular de los dientes de la mandíbula superior con los dientes de la mandíbula inferior.	-Distoclusión. -Mordida abierta. -Mordida borde a borde.	-Llave molar -Escalón terminal. - Overbite. - Overjet.	3. 4 5	
Lactancia.	Acción de amamantar o de mamar. Sistema de alimentación exclusivamente de leche.	Tipos de lactancia.	- Lactancia materna. - Lactancia artificial. - Lactancia mixta.	6 7 8	

**ANEXO A
INSTRUMENTO**



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



GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: Recopilar información sobre la prevalencia de las maloclusiones según el tipo de lactancia recibida de los pacientes que acuden a las clínicas del niño y del adolescente I, II y III de la Universidad José Antonio Páez en el período septiembre 2018-enero 2019

Instrucciones: Marque con una X la presencia o ausencia del aspecto a observar en la historia clínica del paciente.

	Rango a observar	Respuestas.	
1	Sexo del paciente.	Femenino ____	Masculino ____
2	Grupo etario del paciente.	5 y 6 años ____	7 y 8 años ____
3	- Presencia de distoclusión - Clasificación de acuerdo al tipo de dentición.	Sí ____ Llave molar _____ Escalón terminal _____	No ____
4	Presencia de alteración en el overbite (Mordida abierta).	Sí ____	No __
5	Presencia de alteración en el overjet (mordida borde a borde).	Sí ____	No __
6	¿El paciente recibió lactancia materna?	Sí _____	No ____
7	¿El paciente recibió lactancia artificial?	Sí _____	No ____
8	¿El paciente recibió lactancia mixta?	Sí _____	No _____