



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DENTICIÓN
PRIMARIA Y EN LA MALOCLUSIÓN DE LA DENTICIÓN MIXTA EN
NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ**

Autor(es):

Br. Tarek Bou Chacra.

Br. Wilmar Galea

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



**INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DENTICIÓN
PRIMARIA Y EN LA MALOCLUSIÓN DE LA DENTICIÓN MIXTA EN
NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ**

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

Autor(es):

Br. Tarek Bou Chacra.

Br. Wilmar Galea

Tutor (a):

Od. Diana Ramos.

San Diego, junio 2023



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 Proyecto, elaborado por los ciudadanos **Tarek Bou chakra** y **Wilmar Galea**, titulares de la cédula de identidad N° **V- 30.961.761** y **V-28.685.414**, respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DENTICIÓN PRIMARIA Y EN LA MALOCLUSIÓN DE LA DENTICIÓN MIXTA EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**. y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los dieciséis días del mes de noviembre del año dos mil veintidós.

DIANA RAMOS
CI V- 12.473.636.





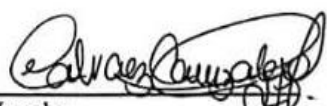

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DENTICIÓN PRIMARIA Y EN LA MALOCLUSIÓN DE LA DENTICIÓN MIXTA EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**, realizado por los bachilleres **Tarek Bou Chacra** y **Wilmar Galea**, portador(es) de la cédula de identidad N°**30.961.761** y **28.685.414**, Cursantes de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación. En San Diego, a los veintiséis del mes de Junio del año dos mil veintitrés.

Jurado

 _____ Tutor Académico: Nombre: Dione Ramos C.I.: 12473636		 _____ Jurado: Nombre: Eilys Álvarez C.I.: 17690536
 _____ Jurado: Nombre: Luzmary Núñez C.I. 16.786.902		

DEDICATORIA

Agradecemos a Dios por habernos otorgado una familia maravillosa quienes han creído en nosotros, dándonos ejemplos de superación humildad y sacrificio, enseñándonos a valorar cada momento y sacrificio.

Tarek y Wilmar

AGRADECIMIENTOS

Para la elaboración de nuestro trabajo, de grado que requirió la colaboración y participación de diversas personas que guiaron cada paso para su culminación. Por ello consideramos expresar nuestra gratitud a:

A nuestra Tutora, quien nos guio, nos orientó y dio sus observaciones y correcciones pertinentes para este trabajo.

Y a todas las personas que estuvieron involucradas de una u otra forma, y que con sincero afecto nos dieron su apoyo para culminar nuestro trabajo.

A todos mil gracias

Los Autores

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
Páginas Preliminares	ii
Resumen Informativo	xi
Informative Summary	xii
Introducción	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	3
Formulación del problema	6
Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Justificación	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la investigación	9
Bases teóricas	12
Bases legales	18
Definición de términos	19
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de investigación	21
Nivel de profundidad de la investigación	21
Diseño de investigación	22
Población y muestra	22
Técnica de análisis de recolección de información	23
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
Análisis y presentación de resultado	25
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
REFERENCIAS	34

LISTA DE CUADROS

CUADROS	pp.
1. Operacionalización de variables.....	19

LISTA DE TABLAS

CONTENIDO

TABLAS	pp.
1. Frecuencia de tipos de alimentación que predominan en la dentición primaria de niños de 6 a 9 años de edad	24
2. Frecuencia de maloclusiones en niños de 6 a 9 años de edad	26
3. Frecuencia del tipo de alimentación predominante en la dentición primaria de acuerdo con la maloclusión en la dentición mixta.	27

LISTA DE GRÁFICOS

CONTENIDO

GRÁFICOS	pp.
1. Frecuencia de hábitos alimenticios que predominaron en la dentición primaria de niños de 6 a 9 años de edad.	25
2. Frecuencia de maloclusiones en niños de 6 a 9 años de edad.	26
3. Frecuencia del tipo de alimentación predominante en la dentición primaria de acuerdo con la maloclusión en la dentición mixta.....	27



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



**INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DENTICIÓN PRIMARIA Y
EN LA MALOCLUSIÓN DE LA DENTICIÓN MIXTA EN NIÑOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO
PÁEZ**

Autores: Wilmar Galea y Tarek Bou Chacra

Tutor(a): Diana Ramos.

Línea de investigación: Odontología Clínica
y Correctiva.

Fecha: junio 2023.

RESUMEN INFORMATIVO

Introducción: La erupción de la dentición es un fenómeno que ha acompañado al hombre desde el principio de su existencia. Comenzando con la erupción primaria a los 6 meses, el cual es un período de particular importancia en la causa de las anomalías de la oclusión, en la fase mixta tardía se produce el mayor crecimiento. Es un período de particular importancia en la causa de las anomalías de la oclusión.

Objetivo General: El presente estudio tiene como objetivo describir la influencia de la alimentación en la dentición primaria y en la maloclusión de la dentición mixta en niños atendidos en la clínica de la universidad José Antonio Páez. **Metodología:** Se realizó mediante una investigación de campo, descriptivo, no experimental, transeccional; donde se recolectaron 31 historias clínicas de pacientes entre 6-9 años de edad que asistieron a la Clínica de Odontopediatría en el periodo 2022-3CR.

Análisis y Disertación: Por lo tanto, basado en los datos obtenidos, se observó que una alimentación de tipo dura puede dar origen a una oclusión clase I, una alimentación de tipo blanda puede ocasionar una maloclusión clase II y una alimentación de tipo líquida puede resultar en la formación de una maloclusión clase III, todas estas sin ser de forma exclusiva, solo prevalentes. **Conclusiones:** Se visualizó que, la maloclusión clase II era la que mayor se presentaba en los niños de 6-9 años de edad, siendo más prevalente en el sexo femenino que el masculino, seguido de la maloclusión clase I y en última instancia la maloclusión clase III.

Descriptor: Maloclusión, Tipo de Alimentación en Dentición Primaria, Dentición Mixta.



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



**INFLUENCE OF FEEDING ON THE MALOCCLUSION OF MIXED TEETH
IN CHILDREN ATTENDING UJAP OF THE 8VO SEMESTER IN THE
PERIOD 2022-3CR**

Author: Wilmar Galea y Tarek Bou Chacra

Tutor: Diana Ramos.

Researchline: Clinical and corrective dentistry

Date: June 2023.

INFORMATIVE SUMMARY

Introduction: The eruption of the dentition is a phenomenon that has accompanied man since the beginning of his existence. Beginning with the primary eruption at 6 months, which is a period of particular importance in the causation of occlusion abnormalities, the greatest growth occurs in the late mixed phase. It is a period of particular importance in the cause of occlusion anomalies. **General Objective:** The present study aims to describe the influence of diet on the primary dentition and on malocclusion of the mixed dentition in children treated at the José Antonio Páez University clinic. **Methodology:** It was carried out through a field investigation, descriptive, non-experimental, transectional; where 31 medical records of patients between 6-9 years of age who attended the Pediatric Dentistry Clinic in the period 2022-3CR were collected. **Analysis and Dissertation:** Therefore, based on the data obtained, it was observed that a hard-type diet can give rise to a class I occlusion, a soft-type diet can cause a class II malocclusion, and a liquid-type diet can result in the formation of a class III malocclusion, all of these without being exclusively, only prevalent. **Conclusions:** It was observed that class II malocclusion was the one that occurred the most in children 6-9 years of age, being more prevalent in females than in males, followed by class I malocclusion and ultimately malocclusion class III.

Descriptors: Malocclusion, Type of Diet in Primary Dentition, Mixed Dentiti

INTRODUCCIÓN

La erupción de la dentición es un fenómeno que ha acompañado al hombre desde el principio de su existencia. Comenzando con la erupción primaria a los 6 meses, el cual es un período de particular importancia en la causa de las anomalías de la oclusión, debido al cambio del tipo de alimentación que se debe realizar para que se produzca un desarrollo adecuado de los maxilares, esta etapa finaliza a los 30 meses, permaneciendo esta dentición en boca de forma exclusiva hasta los 6 años, donde comenzara una serie de complicados procesos hacia la fase mixta tardía, de los dientes temporales por los permanentes y se establecerá la oclusión normal definitiva. Por tal motivo, el presente estudio examinara la influencia de la alimentación en la dentición primaria y en la maloclusión de la dentición mixta en los niños atendidos en la universidad José Antonio Páez.

De modo que, se basara en una investigación de campo, que contara con un Capítulo I, que englobara la problemática actual en relación a la alimentación y la aparición de maloclusiones, así como también los objetivos que se desean lograr y la importancia e influencia que el presente estudio tiene en el área odontológica.

Por consiguiente, en el Capítulo II, se plasmarán los antecedentes de investigación, las bases teóricas y legales por las que se rige la presente investigación y la definición de términos básicos; donde se contextualizara todo lo relacionado a la investigación. Además, en el Capítulo III, se especificará el tipo y diseño de investigación que se llevó a cabo, así como las técnicas e instrumentos de recolección de información

usadas y la población y muestra donde se enfocó el estudio. Por último, en el capítulo IV se mostrará el análisis de resultados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

Las maloclusiones son alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio. Los alimentos y la presentación de los mismos son los encargados de desarrollar de manera adecuada los maxilares (1).

Por consiguiente, este defecto se presenta desde edades muy tempranas en cualquiera de sus modalidades y ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales consideradas problemas de salud (2), así como el primero y segundo entre las afectaciones de la cavidad bucal infantil (3).

Además, en la actualidad las maloclusiones en niños con dentición mixta, son más comunes y el número va en aumento. Así mismo la forma en que se les presenta los alimentos en la etapa de erupción primaria, que van desde: papillas, frutas trituradas, purés hasta biberones, lo que da origen a los problemas en la dentición. El darles a los bebés y niños una alimentación balanceada, donde sean incentivados a ingerir alimentos duros y con consistencia, que permita la activación y desarrollo óptimo, se ha visto disminuido de forma drástica. Esta forma de alimentación tiene años existiendo y evolucionando para facilitar la ingesta de alimentos, así como de ofrecerlos; además se ve reflejado el desarrollo

de problemas en un porcentaje alto de la población por la forma inadecuada de alimentación en la infancia (4).

Por otra parte, el uso del biberón resultó ser el hábito más frecuente en la presente alteración, con una ligera diferencia entre ambos sexos, lo que pudiera deberse a la falta de conocimiento de algunos padres sobre la nocividad de este hábito en el aparato estomatognático del niño (4). Las maloclusiones son la causa más frecuente de la alteración o pérdida de la estética de una persona y constituye una de las razones por la cual los pacientes, fundamentalmente niños, adolescentes y jóvenes, acuden a la consulta de ortodoncia y estomatología (5).

Por tal motivo, la situación expuesta genera gran preocupación, ya que el incremento de ciertas maloclusiones manifestadas por los niños puede ser una consecuencia de los inadecuados hábitos alimentarios practicados actualmente en Venezuela. Según lo antes expuesto es necesario plantar soluciones y dar respuesta a la problemática aquí planteada. Que esta falta de estimulación, conduce a la aparición de un desequilibrio en la oclusión dental, trayendo como consecuencia discrepancia entre el tamaño de los huesos maxilares y de los dientes, disminuyendo así el espacio que ellos necesitan para alojarse fisiológicamente en sus huesos correspondientes (6). Al respecto, su vigilancia y regulación, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación desde el nacimiento del niño, así como el control de los dientes y la oclusión en las denticiones primaria y mixta, favorecen la existencia de una población infantil y

adulta joven con una oclusión adecuada. Aunque no todas las maloclusiones pueden prevenirse o detenerse, sí es posible reducir su número y condición en la niñez.

Cabe destacar que, la oclusión puede ser alterada por distintas condiciones, tales como: tipo de alimentación, hábitos bucales de formantes, caries proximales, obturaciones defectuosas, extracciones dentarias prematuras, así como enfermedades que repercuten durante el proceso evolutivo de las denticiones mixta y permanente. Desde una perspectiva preventiva, es importante conocer las causas específicas de maloclusión porque permitirá prevenirlas, aunque solo representen una pequeña parte del conjunto (7).

No obstante, los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y, al repetirse, llegan a convertirse en inconscientes. Estos pueden ser beneficiosos (cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los labios y la adecuada masticación) o perjudiciales (cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales). Entre estos casos se destacan la succión digital y del tete, la interposición lingual en reposo y en deglución, así como la respiración bucal (8).

1.2. Formulación del problema.

Según lo antes expuesto es necesario plantear soluciones y dar respuesta a la interrogante planteada: ¿Qué influencia tiene la alimentación en la dentición primaria

y en la maloclusión de la dentición mixta en niños atendidos en la clínica de la universidad José Antonio Páez?

1.3. Objetivos de la investigación.

Objetivo general

Describir la influencia de la alimentación en la dentición primaria y en la maloclusión de la dentición mixta en niños atendidos en la clínica de la universidad José Antonio Páez.

Objetivos específicos

- Identificar los tipos de alimentación que predominaron en la dentición primaria de niños de 6 a 9 años de edad.
- Estimar porcentaje de maloclusiones en la dentición mixta temprana en un grupo de niños de acuerdo al sexo.
- Describir la frecuencia del tipo de alimentación predominante en la dentición primaria de acuerdo con la maloclusión en la dentición mixta.

1.4. Justificación del problema.

La alimentación juega un papel importante y fundamental, la forma en que estos se consumen, será decisivo en el desarrollo esquelético, cráneo facial, así como en la erupción de los dientes. Estos alimentos influyen en el origen de las anomalías dentomaxilofaciales y se plantea prevenirlos en edades tempranas. Finalmente, en la mayoría de los niños, las disfunciones bucales deformantes estuvieron

relacionadas con la presencia de maloclusiones dentarias.

Por ende, el beneficio que se busca con este proyecto es tener una implicación práctica y ser de gran valor teórico para minimizar las maloclusiones a través de una alimentación balanceada y determinar la forma en que se deben ingerir los alimentos, como el momento en que el niño debe pasar de dieta líquida a semisólida y a sólida. También resulta de carácter novedoso, para generar los conocimientos necesarios en relación a evitar alargar en el tiempo las comidas muy trituradas, como purés y papillas, ya que el niño engulle, sin mover prácticamente ningún músculo masticatorio, lo que conlleva a un menor desarrollo de los huesos. Se debe evitar también el uso excesivo de “pajitas” y biberones ya que favorece que el paladar se estreche y los incisivos superiores se deformen.

Los conocimientos adquiridos y desarrollados en la siguiente investigación servirán para futuros estudios relacionados con el tema, ya sea como antecedente a futuros trabajos o como material bibliográfico para poder profundizar sobre las maloclusiones en niños. Cabe destacar que, es muy importante en la salud y el desarrollo del niño prestar la atención suficiente al crecimiento facial tanto por su frecuencia de alteración en la población sana, como por sus posibles consecuencias posteriores de alteración de la salud, y entonces poder realizar un diagnóstico y tratamiento temprano.

Por último, de acuerdo a la línea de investigación, el presente estudio corresponde a la odontología Clínica y Correctiva de la unidad de Atención Odontológica

Integral con pertinencia Social. Donde el alcance será la fuente de datos de los pacientes de 6 a 9 años que acudan a la Clínica de Odontopediatría, en la Universidad José Antonio Páez, realizando se la toma de datos desde febrero del 2023 a marzo del mismo año.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

Se realizó una búsqueda previa de antecedentes de investigaciones similares a la presente, presentándose desde el más reciente al más antiguo.

Primeramente, Anand, Garg, Singh (2022), egresados de la Universidad de Chandigarh, en India. Realizaron una investigación, cuyo objetivo general fue estudiar los efectos de tres factores: ambientales, a saber, el estado socioeconómico (SES), el estado nutricional y los hábitos orales sobre la maloclusión. Basándose en un estudio de campo, obteniéndose como conclusión que la prevalencia total de maloclusión en Chandigarh fue del 49,7%. La clase I tipo 1 fue el tipo más prevalente de maloclusión. Los adolescentes pertenecientes al HSS tuvieron más maloclusión en comparación con los que pertenecían a LSS. La dieta blanda causó un aumento de la maloclusión. El presente estudio destacó el efecto del patrón de dieta sobre la prevalencia de maloclusión (6).

Luego, Pascual, Bruna, Prado, Arias (2021), egresados de la Universidad San Pablo CEU, en Brasil. Realizaron una investigación, cuyo objetivo general fue determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en estudiantes de tercero de odontología según la Clasificación de Angle, además establecer si existe relación en cuanto al género, tratamientos previos con ortodoncia y su pertenencia al grupo de estudiantes Nacional

o Internacional. Fundamentándose en un estudio descriptivo de tipo transversal con 87 modelos de estudio de ortodoncia de estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad San Pablo-CEU. Concluyéndose que la Clase I es la oclusión de Angle más prevalente, a la que le siguen la Clase II y, en último lugar, la Clase III (7).

Además, Parra (2020), egresado en la Universidad de Católica Santo Toribio de Mogrovejo, en Chiclayo, Perú. Realizó una investigación, cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia de maloclusiones en niños y niñas de los 8 a 15 años de edad, del colegio Parroquial Señor de Huamantanga de la ciudad de Jaén, en los meses abril a mayo del 2019, perteneciente al departamento de Cajamarca. Basándose en una investigación de campo. Obteniéndose como conclusión que, en términos de prevalencia, la maloclusión Clase I fue más frecuente, luego la Clase II y la Clase III, respecto al género, el femenino fue más afectado en la clase I y el masculino en la Clase II y III (8).

Por otra parte, destacan Yu, Zhang, Sol, Pan, Liu, Chen (2019), egresados de la Universidad de Fudan, Shanghai, China. Realizaron una investigación, cuyo objetivo principal fue proporcionar información detallada sobre la prevalencia de maloclusión en niños con dentición mixta temprana en Shanghai, China. Basándose en un estudio de campo, transversal, donde se obtuvo como conclusión que la maloclusión es prevalente entre los niños en la dentición mixta temprana, y se deben justificar más recursos de salud para enfrentar el desafío de la prevención o la intervención temprana de la maloclusión (9).

Por último, Chujkin, Gunaeva; eva, Snetkova, Makusheva, egresados de la

Universidad Estatal de Medicina de Bashkir, en Rusia. Realizaron una investigación, cuyo objetivo principal fue estudiar el efecto de los factores de riesgo individuales sobre el desarrollo de anomalías en el sistema dental-maxilar durante el período de mordida intercambiable temprana. Basándose en una investigación de campo. Concluyéndose que, los factores de riesgo estudiados afectan la formación de anomalías de la dentición. Su detección temprana y eliminación oportuna reducirán la probabilidad de anomalías de dentición (10).

Todas estas investigaciones se relacionan directamente con el presente estudio por enfocarse en las maloclusiones de la dentición mixta temprana. Donde estudiaron la influencia de las maloclusiones desde distintos enfoques. Pero teniendo en cuenta que el tipo de alimentación era uno de los principales factores predominantes en la aparición de las maloclusiones. Todos estos estudios fueron llevados a cabo en distintos niños para determinar cuál maloclusión era la más prevalente. No obstante, también expresan que la prevención de estas maloclusiones es muy importante realizarla a temprana edad, para así evitar cirugías en la adolescencia y la adultez u otras consecuencias que puedan repercutir notablemente en la zona maxilofacial.

2.2. Bases teóricas.

La presente investigación está respaldada por diversos autores. Clark, indicó que la oclusión es determinada como los empalmes entre los dientes superiores e inferiores en los movimientos mandibulares. Una oclusión con funcionalidades el modo en donde las superficies oclusales no existen obstáculos o interrupciones en los movimientos mandibulares, y en el que existe la interdigitación cuspídea en oclusión.

Es un estado de cierre donde se respetan las pautas de fisiología, anatomía y neurofisiología del sistema estomatognático. Las etapas de la oclusión cambian con la formación dental y se consideran cuatro fases: 1) de 6 meses a 3 años fase de dentición primaria; 2) de 3 a 6 años fase de periodo de reposo (aparente, debido a que en el maxilar los dientes se siguen desarrollando) 3) de 6 a 9 años fase de dentición mixta temprana; 4) de 9 a 12 años fase de dentición mixta tardía; 5) y, por último, la dentición permanente, a partir de los 12 años de edad (11).

La presencia de dientes permanentes y caducos es denominada como dentición mixta. Se inicia con la erupción de los incisivos centrales del maxilar inferior acompañados de los primeros molares permanentes. Esto comienza a la edad de 5 años y medio a 6 años y medio. Finalizando con la erupción de los segundos molares o premolares permanentes aproximadamente a los 12 o 13 años de edad (11).

Maloclusión

La maloclusión es un desorden dentario de su oclusión ideal, la cual varía según los factores genéticos, ambientales y de los hábitos de cada individuo. Por otra parte, las maloclusiones esqueléticas se manifiestan como una alteración de forma, tamaño y posición de ambos o alguno de los maxilares. Los desórdenes oclusales también se definen como una anomalía en el desarrollo de los maxilares que ocasiona problemas funcionales y estéticos; cuyas causas más comunes es la herencia, el desarrollo odontogénico y condiciones funcionales adquiridas. La respiración bucal, los hábitos orales y la dieta blanda son las condiciones funcionales adquiridas (11).

Historia

Innumerables ortodoncistas han intentado interpretar y explicar las posibles causas de la maloclusión. Desde el comienzo del siglo, varias clasificaciones han sido presentadas. Según Korkhaus los factores etiológicos pueden ser clasificados en los de origen endógeno y los de origen exógeno. Catalogó los primeros como aquellos que tienen origen sistémico u orgánico general; y los segundos, como aquellos que actuarían más directamente sobre las estructuras bucodentarias y provenientes de factores externos o extraños al organismo (11).

Según Salzman divide esos factores en prenatales y posnatales. Ambos pueden estar directa o indirectamente relacionados al desarrollo, causando las maloclusiones. Beggabor da la etiología de maloclusión bajo tres ángulos fundamentales: el papel de hereditariadad, la persistencia del overbite de los incisivos permanentes y otras causas efectos de las maloclusiones. Muy interesado en aspectos filogenéticos, destaca que la gran prevalencia de maloclusiones en el ser humano es consecuencia del hecho que éste, hace mucho, no usa la dentadura para garantizar su supervivencia. Basado en estas afirmaciones, sugiere que la ocurrencia del overbite con tanta frecuencia en el hombre moderno, seguramente es fruto del poco uso del aparato masticatorio (11).

Según Graber dividió los factores etiológicos en dos grandes grupos: intrínsecos o locales, de responsabilidad del odontólogo; y extrínsecos o generales, difícilmente resueltos por el profesional. Según Moyers interpreta la etiología de la maloclusión a partir de la ecuación ortodóntica o ecuación de Dockrell. Esta ecuación, una expresión sintetizada del mecanismo por el cual se origina cualquiera de los tipos de problemas de la oclusión. Esta, sin embargo, muy simplificada, hecho que hizo que

Moyers la desarrollase y ampliase (11).

Tipo de alimentación

Los factores genéticos, los hábitos orales inadecuados y una incorrecta alimentación son las causas principales de maloclusión en los niños de hoy en día. Las dietas actuales son dietas blandas, que implican menos trabajo de la musculatura masticatoria, y por consiguiente menos desarrollo de los huesos faciales. El tamaño de nuestro maxilar y mandíbula son más pequeños que los del hombre primitivo, de ahí que tengamos muchas veces apiñamiento y problemas de espacio para los terceros molares.

Se ha podido comprobar que en algunas sociedades que vivían aisladas y poco evolucionadas respecto al resto de la sociedad, como los esquimales, no se conocían los problemas de apiñamiento u otro tipo de maloclusiones dentales. Fue a partir de la incorporación de la dieta del hombre blanco, cuando empezaron a aparecer las primeras generaciones con falta de desarrollo de los maxilares y por tanto problemas de espacio para los dientes (11).

Alimentos Duros

Estos alimentos incluyen cereales, carne u otras proteínas, frutas, verduras, granos, y más. Donde el aparato estomatognático ejerce todas sus funciones, produciendo un desarrollo adecuado de la estructura ósea craneofacial.

Alimentos blandos

Estos son aquellos fáciles de masticar y que tienen una textura consistente. Las bananas, las batatas horneadas y la carne hervida, por ejemplo, son sólidos blandos.

Alimentos líquidos

Estos se componen de alimentos que son normalmente líquidos y alimentos que se vuelven líquidos cuando están a temperatura ambiente o que se modifican con artefactos para que cambie su consistencia, como: caldo de sopa, sopa licuada, Jugos de fruta, incluso néctares y jugos con pulpa, cereales cocidos y refinados, como crema de sémola de arroz, avena, sémola de maíz, carnes coladas, entre otros. Estos alimentos son de fácil deglución, donde no se ejerce fuerza para masticar.

Clasificación de las maloclusiones

Las primeras clasificaciones se establecieron en 1842. Carabelli dividió las maloclusiones como: oclusión normal, contacto incisal de borde a borde, mordida abierta, desequilibrio oclusal por protrusión, desequilibrio oclusal por retrosión, inversión de la oclusión por mordida cruzada. Otras fueron surgiendo posteriormente, como la de Magitot en 1877, Case en 1921, Carrea en 1922, Simón en 1922, eIzard en 1930. Sin embargo, la de mayor trascendencia en ortodoncia es la de clasificación de Edward Hartle y Angle (11).

Clasificación de Angle

La publicación de su artículo de maloclusiones en 1899. Destaca que la primera molar superior permanente ocupa una posición estable en el esqueleto cráneo facial y que los desórdenes fueron consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior con relación a él (12).

Clase I

Están incorporadas en este grupo en las maloclusiones anteroposterior normal entre

los maxilares presenciados por la llave molar. Angle describió a la oclusión correcta en la primera molar superior e inferior donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. En las personas portadoras de la clase I de Angle, encontramos un perfil facial recto y equilibrio de los músculos peribucales masticatorias y de la lengua. Los disturbios oclusales que pueden ocurrir aisladamente o combinados se dan por la presencia de falta de espacio en los maxilares o exceso de espacio en los mismos, malposiciones dentarias, mordida abierta, mordida profunda, mordida cruzada, biprotrusión. En las mordidas abiertas y en pacientes con biprotrusión mayormente el perfil facial es convexo (12).

Clase II

El primer molar permanente inferior está distalizado con respecto al molar superior (distoclusión). El surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Generalmente el perfil facial de estos pacientes es convexo. Esta clase se divide en clase II división 1 y clase II división 2. La primera se da por la vestibularización de los incisivos superiores. Además, existe un desorden de la musculatura facial dado por el aumento del overjet, pues la convexidad facial es un rasgo clínico en estos pacientes (12).

- ✓ **Mordida profunda:** Existe una alteración en el contacto incisal dado por el resalte. Esto suele obstruirse profundizando la mordida.
- ✓ **Mordida abierta:** Relacionado a uno de cuados hábitos como interposición

lingual, succión digital, chuparse los dedos.

- ✓ **Problema de espacio:** Aumento o disminución de espacio en el arco.
- ✓ **Mordida cruzada:** En estos casos la lengua se proyecta hacia adelante en la deglución y fonación donde se mantiene en el piso bucal, cuando la lengua se encuentra en estado de reposo. Este desorden da origen a la palatinización de los premolares y molares superiores provocando mordidas cruzadas.
- ✓ **Malposiciones dentarias individuales:** Se dan cuando la relación molar clase II ocurre en una hermiarcada. En estos casos se denominó clase II división I, subdivisión derecha o izquierda según el lugar afectado. Por su parte, en la clase II división 2, los dientes anterosuperiores se encuentran palatinizados o verticalizados sin resalte de los incisivos superiores. El perfil facial recto y la leve convexidad son los patrones más predominantes de esta maloclusión. La mordida profunda anterior se da frecuentemente en los casos que hay contacto interincisal. Cuando la maloclusión está en lado derecho e izquierdo se utiliza la subdivisión Según Vander Liden, 21 la clase II división 2 se clasifica en tipos A, B y C (15).
- ✓ **Clase II división 2 tipo A:** cuando los incisivos anterosuperiores se encuentran palatinizados.
- ✓ **Clase II división 2 tipo B:** los incisivos centrales están palatinizados y los incisivos laterales se encuentran vestibularizados.
- ✓ **Clase II división 2 tipo C:** los incisivos centrales y laterales están palatinizados y los caninos ectópicos.

Clase III

Se da cuando el contacto del primer molar permanente inferior con el surco mesiovestibular está mesiolizado con respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente. Por ende, el perfil facial cóncavo es un rasgo clínico de estos pacientes. Las mordidas cruzadas en lado derecho o izquierdo anterior o posterior son muy frecuentes. Escasamente podemos encontrar mordidas abiertas o profundas, problemas de falta espacio o apiñamiento y mal posiciones dentarias individuales. Si existiese alteración en uno de los lados se emplearía el término subdivisión (12).

2.3. Bases legales.

El presente estudio se sustenta en ciertas leyes que son importantes para llevar a cabo esta investigación. Presentando en primer lugar la Ley del Ejercicio de Odontología, que establece lo siguiente:

Artículo 2: La odontología brinda servicios para la atención de la bucal, tales intervenciones son acciones legalmente autorizadas de los profesionales (13).

Artículo16: Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar capacitados y autorizados para ejercer conforme a esta ley (13).

Por otra parte, también se destaca el Código de Deontología Odontológica, el cual establece lo siguiente:

Artículo1: El respeto a la vida e integridad humana, así como la promoción y mantenimiento de la salud, son en todo caso responsabilidad del odontólogo (14).

Artículo 17: El odontólogo debe prestar la debida atención a todos los procedimientos que realice, utilizar los procedimientos científicos y hacer todo lo posible para que las indicaciones terapéuticas se cumplan (14).

Artículo 18: Al brindar servicios, los odontólogos se comprometen a mantener la salud de sus pacientes como su objetivo principal (14).

2.4. Definición de Términos.

- **Mesioversión:** Cuando el diente se encuentra hacia mesial a su posición normal (15).
- **Distoversión:** El diente está hacia distal en relación a su posición normal (16).
- **Vestibuloversión o labioversión:** La corona del diente está vestibularizada a su posición normal (17).
- **Linguoversión:** La corona del diente se encuentra lingualizada a su estado normal (18).
- **Infraversión:** Cuando la posición del diente no alcanza al plano oclusal o incisal (18).
- **Supraversión:** Se refiere cuando el borde incisal o la cara oclusal del diente excede el plano oclusal (18).
- **Giroversión:** El diente se encuentra rotado a su eje longitudinal (18).
- **Axiversión:** El eje longitudinal dentario se encuentra inclinado (18).
- **Transversión:** Cuando el diente ocupa el lugar del otro diente (18).
- **Perversión:** El diente se encuentra impactado producto del espacio reducido

en el arco (18).

Cuadro 1. Operacionalización de Variables.

Objetivo: Analizar la influencia de la alimentación en la dentición primaria y en la maloclusión de la dentición mixta en niños atendidos en la clínica de la universidad José Antonio Páez.				
Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Tipo de Alimentación.	Es la forma en que se ingieren los alimentos (la consistencia en la que estos son consumidos) (20).	Tipos.	Dura. Blanda. Líquida.	Historias clínicas
Maloclusión.	Es un desorden dentario de su oclusión ideal, la cual varía según los factores genéticos y ambientales de cada individuo (5).	Tipos.	Clase I. Clase II. Clase III.	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.

La presente investigación se enmarca dentro de la línea de investigación de la Odontología clínica y correctiva: que es un tratamiento que se aplica para resolver problemas como las anomalías de las curvas de los dientes superiores e inferiores, la inestabilidad de la estructura de la cara y la mandíbula, las funciones de masticación y del habla. Siguiendo el mismo orden de ideas, la investigación será de campo.

3.2. Nivel de investigación.

En la investigación se adoptó un nivel descriptivo, donde se destacó que, este estudio consistió en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Es decir, se quiso interpretar la influencia de la alimentación durante la dentición primaria en la aparición de maloclusiones existentes en dentición mixta temprana, para así analizar la relación existente entre estas.

3.3. Diseño de investigación.

La presente investigación se basó en un diseño de investigación no experimental, sin llegar a manipular deliberadamente variables (19). Este diseño no experimental se basó a su vez en un estudio transeccional, el cual se llevó a cabo centrado la investigación en analizar cuál es el nivel o estado de las diversas variables presentadas en los niños de la clínica, en un momento dado y bien cuál es la relación

entre este conjunto de variables en un punto en el tiempo. En este tipo de diseño se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único (19).

3.4. Población y Muestra.

Población

En tal sentido, la población es finita, ya que se tomó una agrupación en la que se conoce la cantidad de unidades que la integran (20). La población está comprendida por las historias clínicas de niños entre 6 a 9 años de edad que acudieron a la Clínica de Odontopediatría, en la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo de febrero a Marzo del 2023.

Muestra

La muestra se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico (20). Es decir, todas las historias clínicas de niños entre 6 a 9 años de edad que acudieron a la Clínica de Odontopediatría, en la Universidad José Antonio Páez, no tuvieron la misma probabilidad de integrar la muestra del estudio de esta investigación, ya que se llevó a cabo un criterio de selección comprendido en las historias clínicas de pacientes entre 6 a 9 años que presentaban maloclusión y su respectivo consentimiento informado, por ende, fueron seleccionados 31 historias clínicas, el cual corresponden a la muestra de este estudio.

Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de Odontopediatría del 8vo semestre del periodo 2022-3CR.

- Historias clínicas de Odontopediatría de niños de 6 a 9 años de edad, con información sobre los tipos de alimentación en su dentición primaria.
- Historias bien realizadas, donde la anamnesis, la evaluación intraoral como extra oral tengan una secuencia y sentido.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de Odontopediatría del 6to y 7mo semestre del periodo

2022-3CR

- Historias clínicas de Odontopediatría de niños de 3, 4, 5, 10, 11 y 12 años de edad.
- Historias mal realizadas, donde la anamnesis, la evaluación intraoral como extra oral no tengan secuencia y sentido entre si.

3.5 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.

Técnica

Debido a que la presente investigación es de campo, la técnica se destacó en una observación no estructurada, que comprendió en visualizar mediante la vista, en forma sistemática, todos aquellos casos de maloclusión y a su vez, se observó el tipo de alimentación que han llevado desde el nacimiento hasta la dentición primaria. Que fue analizado a través de la anamnesis de las historias clínicas, para así determinar si tuvo alguna influencia en lo que presentan actualmente. Esta observación fue libre, ya que es la que se ejecutó en función de un objetivo, pero sin una guía prediseñada que especifique cada uno de los aspectos que fueron observados (20).

Instrumento

Ya que la técnica se basó en una observación libre o no estructurada, el instrumento principal fueron las historias clínicas, las cuales fueron solicitadas a la institución a través de una autorización para estudiar la maloclusión de los pacientes niños y niñas entre 6 a 9 años que acudieron a la Clínicas de Odontopediatría en el periodo 2022-3CR, donde los datos que se tomaron en cuenta en dichas historias fueron: edad, sexo, clase de maloclusión, odontodiagrama, tipo de alimentación, edad de inicio de alimentación complementaria.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de acuerdo a los datos extraídos de las historias clínicas de los pacientes entre 6 a 9 años que acudieron a la Clínica de Odontopediatría en la Universidad José Antonio Páez durante el periodo académico 2022-3 Cr, para analizar la influencia de la alimentación en la dentición primaria y en la maloclusión de la dentición mixta en de dichos pacientes, el cual será expresada en frecuencias absolutas y porcentuales.

Tipos de alimentación que predominaron en la dentición primaria de niños de 6 a 9 años de edad.

Tabla 1. Frecuencia de tipos de alimentación que predominan en la dentición primaria de niños de 6 a 9 años de edad.

Edad Alimen tación	6-12 meses		6-18 meses		6-24 meses		6-30 meses	
	Dura	4	57,14%	2	15,38%	1	14,2%	0
Blanda	3	42,85%	8	69,2%	6	85,7%	4	100 %
Líquida	0	0	2	15,38%	0	0	0	0
Total	7	99,9%	12	99,9%	7	99,9%	4	100 %

Fuente: Datos extraídos de la anamnesis y de la dieta de las historias clínicas de los niños de 6 a 9 años de edad que acudieron a la Clínica de Odontopediatría en la UJAP.

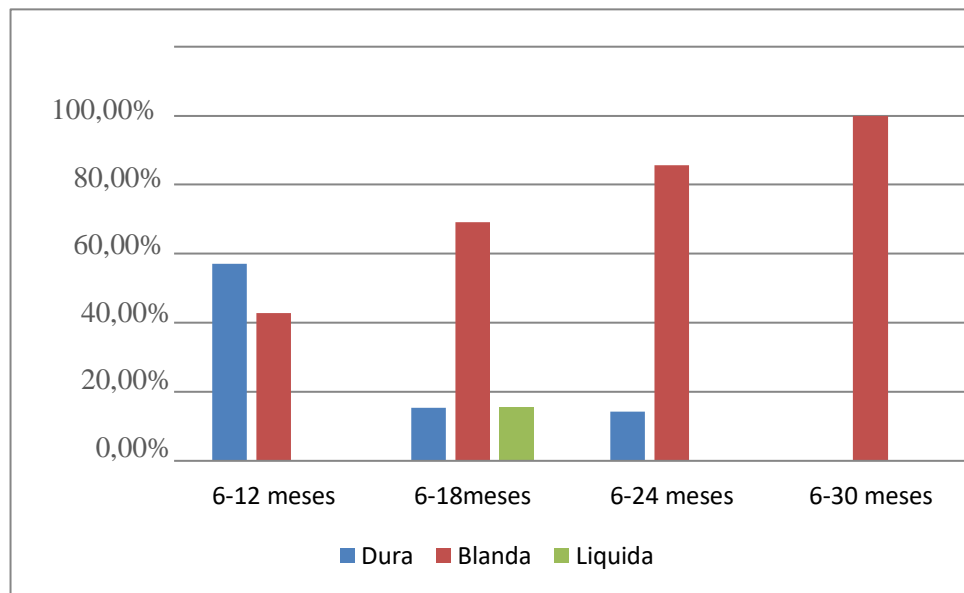


Gráfico1. Frecuencia de tipos de alimentación que predominan en la dentición primaria de niños de 6 a 9 años de edad.

Análisis: Del total de 30 pacientes entre 6 a 9 años de edad que en su dentición primaria, tanto femenino como masculino, se observó que, con respecto a los niños entre los 6 a 12 meses predominó en su tipo de alimentación, un 57,14% consumían dieta dura, mientras que el 42,85% consumía dieta blanda. Los de 6 a 18 meses, un 69,2% reflejaron haber consumido más la dieta blanda, que el 30,76% que consumieron la dieta dura y líquida respectivamente. Los de 6 a 24 meses, el 85,7% reflejó haber tenido una dieta blanda, mientras que el 14,2% tuvo una dieta dura. Y los de 6 a 30 meses, solo el 100% refirió haber tenido una

dieta blanda.

Maloclusiones en la dentición mixta temprana en un grupo de niños de acuerdo al sexo.

Maloclusiones	Femenino	Masculino	Total	
Clase I	5	2	7	23,3%
Clase II	15	6	21	70%
Clase III	0	2	2	6,6%
Total	20	10	30	99,9%

Fuente: Datos extraídos de la historia clínica de los niños de 6 a 9 años de acuerdo al sexo que acudieron a la Clínica de Odontopediatría en la UJAP.

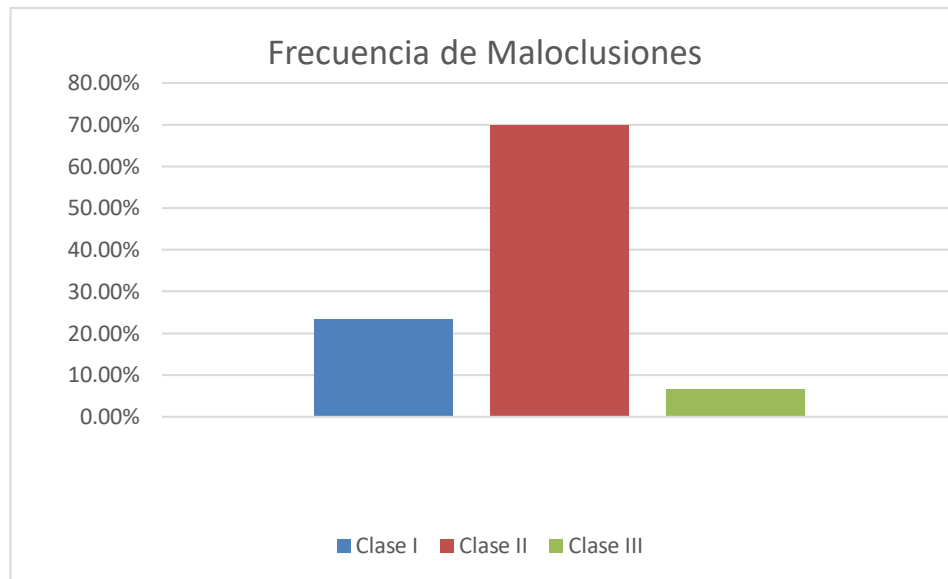


Gráfico 2. Frecuencia de maloclusiones en niños de 6 a 9 años de edad de acuerdo al sexo.

Análisis: De las historias clínicas recolectadas de pacientes con dentición mixta temprana en un grupo de niños de 6 a 9 años de edad de acuerdo al sexo, se determinó que los que acuden a la Clínica de Odontopediatría, en la Universidad

José Antonio Páez (UJAP), en su mayoría, el 70% presentaron maloclusión clase II, seguido del 23,3% que presentaron maloclusión clase I y solo un 6,6% que presentaron maloclusión clase III.

Frecuencia del tipo de alimentación predominante en la dentición primaria de acuerdo con la maloclusión en la dentición mixta.

Tipo de alimentación \ Maloclusión	Dura		Blanda		Líquida	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Clase I	7	23,3%	0	0%	0	0%
Clase II	0	0%	21	70%	0	0%
Clase III	0	0%	0	0%	2	6,6%

Fuente: Datos extraídos de la anamnesis, análisis intraoral y de la dieta de las historias clínicas de los niños de 6 a 9 años de edad que acudieron a la Clínica de Odontopediatría en la UJAP.

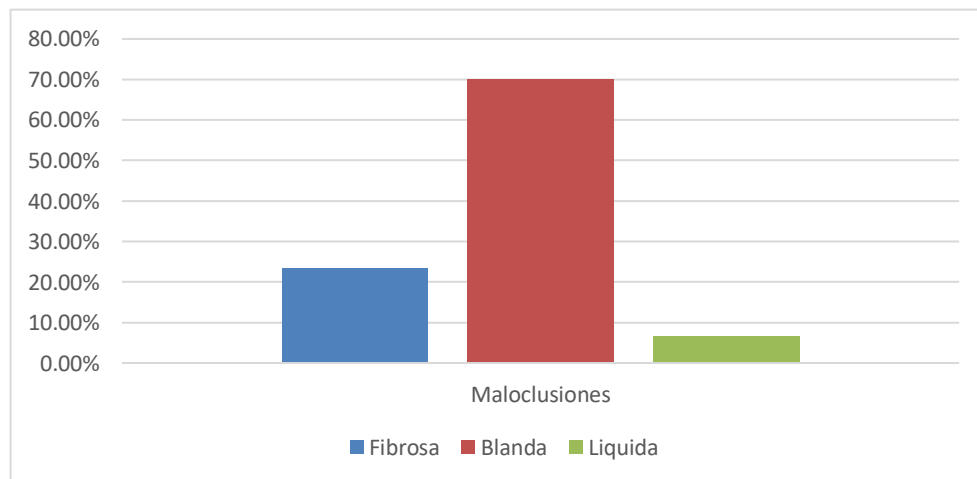


Gráfico 3. Frecuencia del tipo de alimentación predominante en la dentición

primaria de acuerdo con la maloclusión en la dentición mixta.

Análisis: De acuerdo con la Frecuencia de la prevalencia del tipo de alimentación en la dentición primaria y la Maloclusión en la dentición mixta temprana, se obtuvo que el 70% de los pacientes de las historias clínicas recolectadas presentaron una alimentación blanda y una maloclusión clase II, mientras que el 23,3% tuvieron una alimentación dura y coincidieron en tener una maloclusión clase I y el 6,6% presentaron una alimentación mayormente líquida y una maloclusión clase III.

Discusión de los resultados

La forma de alimentación desde el nacimiento del niño es un factor muy determinante en su crecimiento y desarrollo maxilofacial, donde el tiempo en que empezaron a consumir alimentos con diferentes texturas y hasta que edad llevaron a cabo ciertos hábitos alimenticios, influye notablemente en la presencia de maloclusiones.

En primera instancia, se pudo determinar que el tipo de alimentación blanda, fue la dieta de mayor predominancia, no siendo de manera exclusiva, pero sí en un porcentaje alto de la forma en que se les daba el tipo de alimentos a los pacientes de las historias clínicas recolectadas y estudiadas, por lo que se obtuvo que el 100% de los pacientes con 9 años, consumía dieta blanda, seguido de los pacientes con 8 años que el 85,7% consumía dieta blanda, mientras que el 14,2% la dieta fibrosa; los pacientes con 7 años que el 69,2% consumía mayormente un

tipo de dieta blanda, el 15,38% dieta dura y el otro 15,38% dieta líquida, siendo estos predominantes mas no formas exclusivas del tipo de alimentación. A diferencia de los pacientes de 6 años, que, en su mayoría, un 57,14% consumían una alimentación de tipo dura, mientras que el 42,85% una alimentación de tipo blanda.

Estos tipos de alimentación que se emplean en los niños en sus primeros años de vida y el tiempo que duran empleándolos, no solo ocasiona alteraciones craneofaciales, si no también, alteraciones en la oclusión dentaria, conocidas como maloclusiones. Por lo que fue la maloclusión clase II la más prevalente en los niños entre 6 a 9 años, con un 70% de coincidencia, siendo el sexo femenino el de mayor porcentaje que el sexo masculino. Seguido de la maloclusión clase I con un 23,3%, siendo más prevalente en el sexo femenino que el masculino y por último con un 6,6% la maloclusión clase III, siendo una maloclusión poco frecuente a comparación de las otras y presentándose en un 100% en el sexo masculino.

Por consiguiente, es importante que exista una mayor concientización acerca de la forma en que se le es presentado los alimentos a los niños, así como la repercusión que esta puede tener en el origen de maloclusiones. Por lo tanto, basado en los datos obtenidos, se observó que una prevalencia dura en el tipo de alimentación puede dar origen a una maloclusión clase I, en una alimentación con prevalencia de tipo blanda puede ocasionar una maloclusión clase II y una

alimentación donde es mayor el tipo de alimentos líquidos puede resultar en la formación de una maloclusión clase III.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se ha relacionado mayormente la etiología de las maloclusiones con los factores genéticos, sin tomar en cuenta el tipo de alimentación, que es un factor que mayor repercusión negativa tiene en la formación craneofacial y dentaria. Siendo la alimentación una acción que se ejecuta diariamente, es de importancia considerar y reconocer aspectos como el tipo de alimentación, el tiempo en que se empiezan la alimentación, el tiempo de duración de la misma, para evitar maloclusiones que pueden ser perjudiciales para las personas a tanto a nivel estético como funcional.
- Se observó que, la maloclusión clase II era la que mayor se presentaba en los niños de 6-9 años de edad, siendo más prevalente en el sexo femenino que el masculino, seguido de la maloclusión clase I y en última instancia la maloclusión clase III.
- Asimismo, la maloclusión clase II se relaciona altamente con haber presentado estos niños en sus primeros años de vida, una alimentación donde predominaban las texturas blanda la mayor parte de su alimentación, sin ser estas de forma exclusiva. Por otro lado, se relacionó la maloclusión clase I con la constante alimentación dura y la maloclusión clase III con el alto consumo de alimentación de tipo líquida y el poco

consumo de las otras dietas.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda a todos los estudiantes de la Clínica de Odontopediatría, que lean el presente Trabajo de Grado, para reforzar sus conocimientos acerca de la influencia que tiene la alimentación en el origen de maloclusiones dentaria; para que sepan cómo pueden abordar a sus pacientes y ofrecerles mejores resultados en sus tratamientos, recomendándoles un tipo de alimentación adecuada.
- Se recomienda a la Escuela de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad José Antonio Páez, profundizar en el plan de estudio de la Clínica de Odontopediatría, todo lo relacionado acerca del tipo de alimentación y su influencia en las maloclusiones dentarias.
- Se sugiere realizar charlas a los padres y representantes de los niños que asisten a dichas clínicas, para concientizar acerca de cuál es el tipo de alimentación, cuáles son las consistencias adecuadas de estos, los tiempos correctos en que se deben comenzar las dietas los primeros meses de vida de los niños y la repercusión y consecuencias del mal tipo de alimentación en el desarrollo y formación craneofacial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zou J, Meng M, Law C, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. *Int J Oral Sci* [en línea] 2018 Mar 13 [fecha de acceso: 13 diciembre de 2018]; 10(7):15. URL. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41368-018-0012-3>
2. Studnicska D. Is PostureScreen(r) Mobile app an accurate tool for dentists to evaluate the correlation between malocclusion and posture? *Cranio* [en línea] 2018 Sep. 10 [fecha de acceso 13 diciembre de 2018]; 38(4):7. URL. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30198398/>
3. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr* [en línea] 2017 [Fecha de acceso 1 de septiembre de 2018]; 88(1):10. URL. Disponible en: <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370>
4. Moreno A, Peña M, Romero S, Quirós O, Flores Y, Quirós J. Disgnacias asociadas al exceso de dieta blanda en niños - Revisión de la literatura. *Rev. Lat. Ort. Ort.* [en línea] 2020 [Fecha de acceso 03 de diciembre de 2022]. URL. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-3/>
5. Belitz G, Furla L, Knorst J, Berwig L, Ardenghi, T, Ferrazo V, et. al. Association between malocclusion in the mixed dentition with breastfeeding and past nonnutritive sucking habits in school-age children. *Rev. Ang. Orthod.* [en línea]. 2022 [fecha de acceso: 3 de diciembre de 2022]; 92(5):669–76. URL. Disponible en: <https://meridian.allenpress.com/angleorthodontist/article/92/5/669/483209/Association-between-malocclusion-in-the-mixed>
6. Anand T, Garg A, Singh S. Effect of socioeconomic, nutritional status, diet, and oral habits on the prevalence of different types of malocclusion in school- children. *Acta Biomed.* [en línea] 2022 Julio 1 [fecha de acceso: 16 de diciembre de 2022]; 93(3):e2022161. URL. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35775754/>
7. Pascual D, Bruna M, Prado L, Arias C. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle en una población universitaria. *Cient.Dent.*[en línea] 2021 [fecha de acceso: 16 de diciembre de 2022]; 18; 1; 15-20. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol18num1/2prevalencia.pdf>.
8. Parra F. Prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 15 años en el colegio “señor de huamantanga” de la ciudad de jaén. [Trabajo de grado]; Perú:

- Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2686/1/TL_ParraCamposFredy.pdf.
9. Yu X, Zhang H, Sun L, Pan J, Liu Y, Chen L. Prevalence of malocclusion and occlusal traits in the early mixed dentition in Shanghai, China. *Rev. PEERJ* [Internet]. 2019 [fecha de acceso: 16 de diciembre de 2022]; 7(6630):e6630. URL. Disponible en: <https://peerj.com/articles/6630/>
 10. Chujkin S, Gunaeva S, Akat'eva G, Snetkova V, Makusheva N. Individual risk factors impact on the development of dentoalveolar anomalies in children. *Stomatologiya* [en línea] 2019 [fecha de acceso: 16 de diciembre de 2022]; 98(6): 79-82. URL. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31922515/>
 11. Góis E, Vale M, Paiva S, Abreu M, Negra J, Pordeus I. Incidence of malocclusion between primary and mixed dentitions among Brazilian children. A 5-year longitudinal study: A 5-year longitudinal study. *Rev. Ang. Orthod.* [en línea]. 2012 [fecha de acceso 3 de diciembre de 2022]; 82(3):495–500. URL. Disponible en: <https://meridian.allenpress.com/angle-orthodontist/article/82/3/495/58889/Incidence-of-malocclusion-between-primary-and>
 12. Doron Y, Álvarez F, Briggs M, Stark D, Terán K. Clasificación de Maloclusiones y uso de Aparatos de Ortopedia como Tratamiento de Pacientes Pediátricos Clase III. *Rev. Lat. Ort. Ort.* [en línea] 2022 [fecha de acceso 3 de diciembre de 2022]. URL. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2022/art-45/>
 13. Colegio de Odontólogos. Ley del Ejercicio de Odontología. [Sitio en Internet]. URL. Disponible en: Ley del Ejercicio de la Odontología (elcov.org) Consultado: 16 de diciembre de 2022.
 14. Colegio de Odontólogos. Código de Deontología Odontológica. [Sitio en Internet]. URL. Disponible en: Código de Deontología Odontológica (elcov.org) Consultado: 16 de diciembre de 2022.
 15. Academic. Mesioversion. [Sitio en Internet] Disponible en: https://es_mediclopedia.esacademic.com/42798/mesioversi%C3%B3n#:~:text=m%20trastorno%20en%20el%20que%20uno%20o,inferior%20est%C3%A1%20situado%20m%C3%A1s%20anteriormente%20de%20lo%20normal Consultado el 30 de mayo de 2023.
 16. Sonrisa Sana. Distorsión. [Sitio en Internet] Disponible en: <https://coimarbella.com/informacion-util/que-es-distorsion-dental.html>

Consultado el 30 de mayo de 2023.

17. Gua Dentis Clinida Dental. Las malposiciones dentales [Sitio en Internet] Disponible en: <https://guadentis.com/maposiciones-dentales/#:~:text=Vestibuloversi%C3%B3n%20o%20Labioversi%C3%B3n.%20Corona%20vestibulizada%20del%20diente%20en,o%20borde%20incisal%20sin%20llegar%20al%20plano%20oclusal>. Consultado el 30 de mayo de 2023.

18. Balestrini, M. Cómo se elabora el proyecto de investigación para los estudios formulativos o exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, formulación de hipótesis causales, experimentales y los proyectos factibles. 7ma. ed. 1era Imprenta: Caracas: Consultores Asociados. 2006. URL. Disponible en: <https://tesisdeinvestig.blogspot.com/2014/06/marco-metodologico-segun-balestrini.html>

19. Arias J, & Covinos M. Metodología de la Investigación. 7ma edición. Caracas: Episteme. (2021).