

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**Título: PESQUISA ACTIVA PARA ADOLESCENTES CON MALOCLUSION DEL
LICEO “LOS NARANJILLOS” EN LA REPÚBLICA DE VENEZUELA.**

Tesis en opción al título de Especialista en Estomatología General Integral.

Autora: Dra. Maricarmen Martínez González.

CIEGO DE ÁVILA, 2016.

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO CAMILO CIENFUEGOS. MUNICIPIO CHAMBAS**

Título: Pesquisa activa para adolescentes con maloclusión en el Liceo “Los Naranjillos” en la República de Venezuela.

Tesis en opción al título de Especialista en Estomatología General Integral.

Autora: Dra. Maricarmen Martínez González.

Estomatólogo General Básico.

Institución de Procedencia: Policlínico Camilo Cienfuegos. Municipio Chambas.

Tutora: Greter Pérez Borroto Morera.

Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral.

Asesor: Sahily García Novo.

Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral.

Profesor Instructor.

**Institución de Procedencia: Filial de Ciencias Médicas Arley Hernández
Moreira, Morón.**

CIEGO DE ÁVILA, 2016.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios Todopoderoso por brindarme el amor y la voluntad para realizar cada una de las metas propuestas, por todo lo bueno que me brindo en la vida, y por lo que falta recibir tanto bendiciones como alegrías.

A mi familia

A mis amigos.

Al Liceo “Los Naranjillos” del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1 del Estado Lara por permitir realizar mis actividades dentro de sus instalaciones y atender las necesidades de los adolescentes.

A los profesores

A la Universidad.

RESUMEN

El estudio estuvo enmarcado en un trabajo observacional descriptivo, con la finalidad de realizar la pesquisa activa para adolescentes con maloclusión del Liceo Los Naranjillos que asistieron a la Consulta del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1. Desde Octubre del 2014 hasta Junio del 2016. Que posibilito estudiar los diferentes casos en adolescentes, así como las causas y consecuencias, además de los tratamientos. Es importante mencionar el universo de estudio estuvo constituido por todos aquellos adolescentes del Liceo Los Naranjillos del Estado Lara y la muestra se tomó a través de un muestreo intencional no probabilístico formada por aquellos que presentasen algún tipo de maloclusión dentaria. Se emplearon métodos del nivel teórico, empírico y matemáticos estadísticos, obteniéndose resultados que permitieron arribar a importantes conclusiones relacionadas con la prevalencia de las maloclusiones, así como identificar los principales hábitos bucales deformantes en esta etapa vulnerable de la vida.

Palabras claves: Pesquisa, adolescentes, maloclusión.

ÍNDICE

PÁGINAS

| | |
|--|-------|
| INTRODUCCIÓN ----- | 1-5 |
| MARCO TEÓRICO ----- | 6-10 |
| MATERIAL Y MÉTODOS ----- | 11-16 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ----- | 17-24 |
| CONCLUSIONES ----- | 25 |
| RECOMENDACIONES ----- | 26 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ----- | 27-33 |

INTRODUCCIÓN

Los problemas bucodentales de la humanidad se remontan a tiempos muy lejanos pudiéndose afirmar que han sido compañeros inseparables de nuestros antepasados desde hace millones de años. En la actualidad se habla de las maloclusiones como una enfermedad inherente a la civilización, cuya prevalencia varía en las distintas partes del mundo; sin embargo el alto índice de maloclusiones en los países desarrollados se considera el precio a pagar por la heterogeneidad genética (1).

La etiología de las maloclusiones es muy difícil de establecer, por la gran cantidad de factores que la pueden causar; sin embargo, se sabe que está determinada por dos factores interactuantes, como son la Herencia y el medio Ambiente, de la interacción recíproca de éstos, dependerá el desarrollo de una maloclusión (2). Entre los factores locales o ambientales que actúan en la época postnatal sobre el desarrollo craneofacial es más conocido entre los profesionales el efecto de los agentes físicos de origen dentario y los hábitos bucales deformantes, tales como la succión digital, el empuje lingual y otros hábitos menos frecuentes como la onicofagia, Queilofagia, mordisqueo de objetos, hábitos posturales (3,4).

Las maloclusiones, junto con la caries y la enfermedad periodontal, actúan como factores causales recíprocos, ya que la pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de la longitud del arco, motivando irregularidades en las posiciones dentarias, acompañadas de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre éstos, lo que predispone a caries y lesiones al periodonto (4). Esta colocación irregular de los dientes en el arco dentario facilita el cúmulo de residuos de alimentos y de placa bacteriana sobre los mismos, lo cual hace menos efectiva la higiene bucal (5,6).

Ciertos tipos de maloclusiones producen profundos impactos psicológicos en el niño, en algunos afectan el habla y su manera de comportarse socialmente, ya que su aspecto físico los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados o hasta agresivos. Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que

pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla o el equilibrio físico o psicológico (6).

Para la determinación de las necesidades de tratamiento, es recomendable el uso del índice de evaluación de las anomalías dentofaciales incapacitantes, ya que sería insuficiente el personal técnico con que se cuenta, si se tuviera que dar atención a todos aquellos niños que presentaran maloclusiones ligeras (7).

Las maloclusiones según la Organización Mundial de la Salud (OMS.) ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son de riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública (8,9). A nivel mundial la prevalencia de maloclusiones indica que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse como normal o casi normal, mientras que el resto presenta algún grado de maloclusión, la mayoría de las investigaciones recientemente señalan un promedio entre 70 % y 80 % de afectados(10).

Durante muchos años se ha considerado la Clasificación de Angle para estos estudios, ha sobrevivido en el tiempo como lenguaje de entendimiento entre los profesionales, conociéndose que dentro de ellas el mayor por ciento corresponde a las maloclusiones de Clase I (entre el 50-55%), siguiéndole las de Clase II (15-20%) y Clase III (1-3%), además, lo que Angle describió como una oclusión normal no estaba correlacionada con el balance facial, función o viceversa(11). En cuanto a su distribución, de acuerdo al tipo de maloclusión, la Clase I es hasta cinco veces más frecuente en comparación con las Clases II y III (11 - 12).

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35% a 75%, con diferencias en el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, contribuyendo a la maloclusión aproximadamente de 40% a 85% (13).

La atención estomatológica como parte importante de la política de salud del gobierno cubano, ha merecido especial atención y ha logrado avances, incluso en estos momentos de grandes dificultades, mediante acciones y programas preventivos la atención estomatológica integral constituyendo un reto científico moral,

pues el estomatólogo debe ampliar sus conocimientos sobre atención al medio y al hombre (14).

En Cuba, existe un libre acceso a los servicios de salud y dentro de ellos a la Ortodoncia. La necesidad de implementar el uso de un índice se fundamenta en que todos los adolescentes al ser examinados, sean evaluados con uniformidad de criterios, esto facilita al profesional la toma de decisiones acorde a la disponibilidad de recursos en algunas ocasiones y en otras posibilitaría priorizar aquellos casos más afectados. Además, el índice facilita la planificación de los recursos humanos y materiales necesaria para que la organización de salud pueda abordar estas acciones así como la capacitación de profesionales y técnicos (15).

Educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un modelo de atención estomatológica que respondería al concepto de la Estomatología General Integral (EGI), que coloca al hombre como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad (11).

La escasa información publicada acerca de la epidemiología de las maloclusiones dentarias, y en particular de las necesidades de tratamiento ortodóntico, requiere identificar la problemática existente en cuanto a sus posibilidades de atención en el nivel primario, con el propósito de que puedan ser tratados desde edades tempranas mediante Ortodoncia interceptiva, y se reduzca la prevalencia de maloclusiones dentarias en dentición mixta tardía y permanente (12).

Por estudios realizados en esta década la cifra de afectados por maloclusiones oscila entre 27% y 66%. Según la encuesta Nacional realizada en 1998; de un total de 1,197 encuestados en las edades de 5, 12,15 años, el porcentaje de afectados fue de 29%, 45% y 35% respectivamente para un total de 36,3%, el sexo más afectado fue el femenino (52,6%), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas (11).

En la práctica estomatológica avileña, se han visto entre un 40 y 50 % de maloclusiones, observándose una elevada prevalencia e incidencia en las edades comprendidas entre 12 y 15 años de más de un 45 %, según datos obtenidos de la

oficina provincial de estadísticas. En Chambas el comportamiento de las Maloclusiones en la actualidad oscila entre una 37 y 43 % viéndose más afectada la adolescencia, sobre todo refiriéndose a la clase I, la cual es tratable en el nivel primario de salud lo que constituye un elemento propulsor para la presente investigación (13-14).

Es muy frecuente encontrar en el trabajo diario a adolescentes con trastornos de la oclusión que fácilmente se resuelven en el nivel primario de salud, evitando posibles afecciones periodontales y caries dental que pudieran aparecer en el futuro si no se trata la maloclusión. Los alumnos del Liceo “Los Naranjillos” no están exentos de estas alteraciones, siendo la causa de que acudan a consulta con frecuencia casi siempre preocupados con la estética sin un diagnóstico en edades tempranas donde es más fácil y eficaz tratar este problema de salud.

Lo anterior expuesto permite plantear el siguiente **problema científico**: ¿Cómo se comportan las Maloclusiones en adolescentes del Liceo “Los Naranjillos” del Municipio Iribarren en la República de Venezuela?

Objetivos

Objetivo General

Identificar el comportamiento de algunas variables clínico – epidemiológicas relacionadas con la oclusión dentaria de los escolares del Liceo “Los Naranjillos” del Municipio Iribarren en la República de Venezuela.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la población de estudio según variables demográficas
2. Identificar cuál de las clases de Angle es la más frecuente en los escolares en estudio.
3. Identificar la cantidad de alumnos que presentan hábitos bucales deformantes, así como los más frecuentes.

Principales resultados y novedad científica:

Constituyen resultados de la investigación la descripción del comportamiento de la Maloclusión, severidad de la Maloclusión y el conocimiento que poseen los adolescentes del Liceo "Los Naranjillos" del Ambulatorio Medico Prados del Norte¹, acerca de la salud bucal para la prevención de las Maloclusiones, constituyendo así mismo la novedad científica de la investigación por no haberse hecho con anterioridad un estudio sobre la prevalencia de las Maloclusiones en los adolescentes del Liceo escogido.

MARCO TEORICO

En correspondencia con lo planteado en la introducción de esta tesis, en este capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio de los diferentes documentos. Como método empírico para resolver el problema científico, se tomó el análisis estadístico de los informes que emite la entidad que propiciaron el esclarecimiento del problema: Evaluar la pesquisa activa en los estudiantes.

1.1 La Maloclusiones.

Las arcadas alveolodentarias se encuentran constantemente en un franco proceso de reconstrucción, de cambio, el cual trata de mantener a las estructuras dentro de los límites del equilibrio biológico debido a la influencia de multitud de factores. Cuando cualquiera de ellos, o varios a la vez, fracasan en su objetivo, se produce una alteración conocida como maloclusión que trae aparejado un desequilibrio anatómofuncional del sistema dentario y, por tanto, de todo el aparato masticatorio (15).

La etiología de las maloclusiones es muy difícil de establecer, por la gran cantidad de factores que la pueden causar; sin embargo, se sabe que está determinada por dos factores interactuantes, como son la "Herencia" y el medio "Ambiente", de la interacción recíproca de éstos, dependerá el desarrollo de una maloclusión (16).

Entre los factores locales o ambientales que actúan en la época postnatal sobre el desarrollo craneofacial es más conocido entre los profesionales el efecto de los agentes físicos de origen dentario y los hábitos bucales deformantes, tales como la succión digital, el empuje lingual y otros hábitos menos frecuentes como la onicofagia, queilofagia, mordisqueo de objetos, hábitos posturales, etc (17).

Las maloclusiones, junto con la caries y la enfermedad periodontal, actúan como factores causales recíprocos, ya que la pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de la longitud del arco, motivando irregularidades en las posiciones dentarias, acompañadas de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre éstos, lo que predispone a caries y lesiones al periodonto (18). Esta colocación irregular de los dientes en el arco dentario facilita el cúmulo de residuos de alimentos

y de placa bacteriana sobre los mismos, lo cual hace menos efectiva la higiene bucal (19).

Ciertos tipos de maloclusiones producen profundos impactos psicológicos en el niño, en algunos afectan el habla y su manera de comportarse socialmente, ya que su aspecto físico los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados o hasta agresivos. Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla o el equilibrio físico o psicológico (20).

Para la determinación de las necesidades de tratamiento, es recomendable el uso del índice de evaluación de las anomalías dentofaciales incapacitantes, ya que sería insuficiente el personal técnico con que se cuenta, si se tuviera que dar atención a todos aquellos niños que presentaran maloclusiones ligeras (21).

Las maloclusiones según la Organización Mundial de la Salud (OMS.) ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son de riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública (22,23).

A nivel mundial la prevalencia de maloclusiones indica que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse como normal o casi normal, mientras que el resto presenta algún grado de maloclusión, la mayoría de las investigaciones recientemente señalan un promedio entre 70 % y 80 % de afectados (24).

Durante muchos años se ha considerado la Clasificación de Angle para estos estudios, ha sobrevivido en el tiempo como lenguaje de entendimiento entre los profesionales, conociéndose que dentro de ellas el mayor por ciento corresponde a las maloclusiones de Clase I (entre el 50-55%), siguiéndole las de Clase II (15-20%) y Clase III (1-3%), además, lo que Angle describió como una oclusión normal no estaba correlacionada con el balance facial, función o viceversa(25). En cuanto a su distribución, de acuerdo al tipo de maloclusión, la Clase I es hasta cinco veces más frecuente en comparación con las Clases II y III (26 - 28).

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35% a 75%, con diferencias en el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, contribuyendo a la maloclusión aproximadamente de 40% a 85% (11).

La atención estomatológica como parte importante de la política de salud del gobierno cubano, ha merecido especial atención y ha logrado avances, incluso en estos momentos de grandes dificultades, mediante acciones y programas preventivos la atención estomatológica integral constituyendo un reto científico moral, pues el estomatólogo debe ampliar sus conocimientos sobre atención al medio y al hombre (14).

Educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un modelo de atención estomatológica que respondería al concepto de la Estomatología General Integral (EGI), que coloca al hombre como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad (11).

La escasa información publicada acerca de la epidemiología de las maloclusiones dentarias, y en particular de las necesidades de tratamiento ortodóntico, requiere identificar la problemática existente en cuanto a sus posibilidades de atención en el nivel primario, con el propósito de que puedan ser tratados desde edades tempranas mediante Ortodoncia interceptiva, y se reduzca la prevalencia de maloclusiones dentarias en dentición mixta tardía y permanente (29,31).

En este estudio también confirmamos que la asociación de hábitos resulta muy frecuente. Como en el caso de los estudios realizados por Díaz Abascal J (32-34) y Tápanes Milán Y (35), con relación a la frecuencia de presentación de los hábitos bucales deformantes donde en sus conclusiones señalaron que la asociación de hábitos fue la de mayor frecuencia observada.

Son muchos los estudios que analizan individualmente la frecuencia de cada hábito, generalmente las mayores frecuencias individualmente en cada hábito se corresponden con los hábitos de succión digital, respiración bucal y la deglución infantil o empuje lingual. Dentro de esos estudios señalamos el realizado por Conde

Suárez HF et al (36), donde observaron que la succión digital se presentó en el 14,6 %, la respiración bucal 19,4 % y la deglución infantil 18,4 %, ocupando las mayores frecuencias de alteraciones oclusales.

Con relación al hábito de respiración bucal tenemos que en nuestro estudio las cifras de los portadores de este hábito son casi similares a los resultados obtenidos por Montiel Jaime M E (37) y el de Barrios Felipe L et al (38), que reportaron frecuencias de respiradores bucales entre el 20 % y 24.7 % respectivamente. Y ligeramente por debajo de Muñiz Vázquez M et al (39), que observaron una frecuencia de respiración bucal del 30.2 %.

Dentro de otros estudios que reportan cifras inferiores de respiradores bucales tenemos a Pamela Agurto V et al (40), que reportaron el 23 %. Conde Suárez HF et al (41), un 19,4 % y Díaz Morell et al (42), señalaron que el 7,84 % eran respiradores bucales.

La succión digital es un hábito muy frecuente en la población infantil, que a criterio de muchos investigadores, éste va disminuyendo su frecuencia con el aumento de la edad, pero también se observa con bastante frecuencia en los adolescentes, en el caso de este estudio se presentó con una frecuencia del 17.9 %.

En la bibliografía consultada encontramos que Muñiz Vázquez M et al (43), reportaron una frecuencia de succión digital de 37.8 %, el estudio fue realizado en una comunidad escolar en niños de 5 -11 años en Venezuela, con menos edad que en nuestro caso.

Según los datos obtenidos en sus investigaciones con relación a la frecuencia de la succión digital Alemán Sánchez PC et al (44), en niños de 3 a 5 años, señalaron que el 25,5 % de los casos estudiados portaban este hábito. Conde Suárez HF et al (45), encontraron que este hábito se presentó en el 14,6 %. Miranda J et al (46), en una población de niños de 5 a 13 años de Iztacala. México en el 2003, observaron su presencia en un 10 % de niños con succión digital. En nuestro estudio la frecuencia fue superior a la encontrada por estos autores.

Lo normal en los países occidentales es que afecte al 15 – 45 % de los niños. Según Gellin ME (47), entre los tres y cuatro años de edad, el 45 % de los niños se

succionan los dedos, hábito que es muy frecuente en los primeros años de vida y que va disminuyendo en la medida que avanza la edad.

También se señala que en algunos países, la incidencia de este tipo de hábito puede llegar al 90 %, sobre todo en los menores de 6 años (15).

El empuje lingual, interposición lingual o deglución anormal como también se le conoce, es un hábito con relativa frecuencia. En los estudios realizados en niños de 3 a 5 años por Alemán Sánchez PC et al (48), señalaron que el empuje lingual se observó en el 38,5 % de estos niños.

Pamela Agurto V et al (49, 50,51). Encontraron un menor porcentaje del empuje lingual o interposición lingual con un 15 % en niños de 3 a 6 años examinados. Díaz Abascal J (52,53). En un estudio sobre los hábitos bucales deformantes y su asociación con las maloclusiones en escolares de primaria encontró una frecuencia del 20,0 % con empuje lingual en los niños examinados.

En los estudios donde no se han analizado la influencia de la asociación de los hábitos sobre la oclusión dentaria con algunas variaciones entre investigadores en los resultados de esas investigaciones la succión digital, empuje lingual y respiración bucal, ocuparon los primeros lugares de frecuencia (54, 55, 56).

Es criterio de varios autores que las deformaciones dentoesqueletales que producen estos hábitos dependerán de la intensidad y frecuencia de éstos, ya sean aislados o asociados. También se ha podido comprobar que los hábitos se presentan de diferente manera según la población y la edad seleccionada.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, desde Octubre del 2013 hasta Junio del 2015, en los escolares del Liceo "Los Naranjillos" del Municipio Iribarren de la República de Venezuela. La muestra del estudio quedó conformada por 98 escolares de ambos sexos del Liceo antes señalado, pues sus padres dieron el consentimiento informado para participar en la investigación (**Anexo1**), representando el 20.9 % de los 469 escolares matriculados en ese curso con maloclusión.

Para su desarrollo se tuvo en cuenta los siguientes **criterios de inclusión**:

Se eligieron adolescentes con edad comprendida entre 12 y 15 años pertenecientes al Liceo "Los Naranjillos" del municipio Iribarren que presentasen Maloclusiones.

Todos los participantes en la investigación debían presentar buen estado de salud mental.

Como **criterio de exclusión**:

Adolescentes con ausencia temporal de la escuela

Los escolares o los padres que no aceptaron participar en la investigación.

Operacionalización de las variables de estudio

| |
|--|
| Variable: <u>Grupos de edades</u> : |
| Clasificación: Cuantitativa, discreta, dicotómica. |
| Escala: De 12 -13 años, De 14 -15 años |
| Descripción: Se tuvo en cuenta la edad cumplida en años a través del interrogatorio. <u>De 12 -13 años</u> : Según años cumplidos en el momento de la entrevista. <u>De 14 -15 años</u> : Según años cumplidos en el momento de la entrevista. |
| Indicador: Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%). |
| Variable: <u>Sexo</u> |
| Escala: <u>Masculino</u> , <u>Femenino</u> |

| |
|--|
| Clasificación: Cualitativa, nominal, dicotómica. |
| Descripción: Se realizó teniendo en cuenta la condición biológica de pertenencia, según sexo biológico a que pertenece: <u>Masculino</u> : Según las características físicas y biológicas descritas para este sexo. <u>Femenino</u> : Según las características físicas y biológicas descritas para este sexo. |
| Indicador: Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%). |

| |
|---|
| Variable: <u>Clasificación de las maloclusiones</u> : |
| Clasificación: Cualitativa, nominal, politómica. |
| Escala: <u>Clase I, Clase II, Clase III y No clasificable</u> |
| Descripción: Las maloclusiones se clasificaron según la relación de los primeros molares permanentes descritas por Angle en: <u>Clase I</u> : Cuando la estría mesiobucal de los primeros molares permanentes inferiores al ocluir coincidían con la cúspide mesiovestibular de los primeros molares superiores, y presentaban una relación dentaria y esquelética normal, perfil recto y el problema solía ser de origen dentario (macrodoncia, vestibuloversión, adaquia y mordida profunda). <u>Clase II</u> : Cuando la estría mesiobucal de los primeros molares inferiores ocluían por distal de la cúspide mesiovestibular de los primeros molares superiores. División 1 cuando presentaban perfil convexo, cierre bilabial incompetente, musculatura peribucal flácida, surco mentolabial pronunciado, resalte aumentado, asociado a respiradores bucales. División 2 cuando presentaban los incisivos centrales superiores muy verticalizados o lingualizados y los laterales en vestibuloversión (rotados o no) o también lingualizados, sobrepase bien marcado con resalte disminuido. <u>Clase III</u> : Cuando la estría mesiobucal de los primeros molares inferiores ocluían por mesial de la cúspide mesiovestibular de los primeros molares superiores y presentaban perfil recto o cóncavo en relación céntrica, prognatismo mandibular, retrognatismo maxilar o combinación de ambas, también podía ser macrognacia mandibular, micrognacia maxilar o combinada, resalte anterior invertido sin contacto |

| |
|--|
| <p>incisal al cierre mandibular.</p> <p><u>No clasificable</u>: Cuando presentaron pérdida de alguno de los primeros molares permanentes y/o Clase II unilateral con Clase III en los molares del lado opuesto.</p> |
| <p>Indicador: Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).</p> |
| <p>Variable: <u>Presencia de hábitos bucales deformantes</u></p> |
| <p>Clasificación: Cualitativa, nominal, dicotómica.</p> |
| <p>Escala: <u>Con hábitos, Sin hábitos</u></p> |
| <p>Descripción: Se tomaron en cuenta los criterios de los padres, maestros y del propio niño, en muchos casos ayudados con la observación clínica de las alteraciones clínicas bucales y faciales descritas para cada hábito.</p> <p><u>Con hábitos</u>: El diagnóstico de los hábitos bucales deformantes es fácil de establecer; los padres, el niño y los maestros reconocen la práctica de los mismos, en resumen el diagnóstico se obtuvo por el interrogatorio y la observación clínica. Se incluyeron todos aquellos que refirieron al interrogatorio la presencia de algún hábito y aquellos que aunque no lo expresaron, al examen clínico presentaban las características patológicas típicas de la práctica de estos hábitos; se confirmó con el testimonio de los padres o de los maestros del niño.</p> <p><u>Sin hábitos</u>: Todos aquellos niños que al interrogatorio negaron la práctica de los hábitos y al examen clínico no presentaban las características patológicas propias de los hábitos bucales deformantes.</p> |
| <p>Indicador: Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).</p> |

| |
|---|
| <p>Variable: <u>Tipos de hábitos</u></p> |
| <p>Clasificación: Cualitativa, nominal, politómica.</p> |
| <p>Escala: <u>Succión digital, respiración bucal, empuje lingual, otros y asociación de hábitos</u></p> |
| <p>Descripción: Se tuvo en cuenta para el estudio los siguientes hábitos:</p> <p><u>Succión digital</u>: Costumbre de chuparse el dedo pulgar o cualquier otro dedo de la mano. Se consideró al niño con este hábito, si sus padres, tutores o maestros o los otros niños del aula afirmaron que succionaba cualquier dedo.</p> |

Respiración bucal: Trastorno de la función normal de la respiración en la cual en niño inspira el aire por la cavidad bucal constantemente. Se consideró respirador bucal si los padres afirmaron que el niño pasaba el día y la noche con la boca abierta.

Empuje lingual: Trastorno de la función normal de la deglución, en la cual el niño proyecta e interpone la lengua con fuerza entre las arcadas dentarias cuando va a tragar los alimentos o saliva. *En reposo*: Estando el escolar en una posición cómoda se separaron sus labios y se observó si la lengua se encontraba interpuesta entre ambas arcadas. *En deglución*: Al hacer tragar saliva, y manteniendo sus dientes en oclusión, el examinador separó sus labios y observó si al tragar la lengua se interponía con fuerza o no entre ambas arcadas.

Otros: Se tuvieron en cuenta si los niños tenían la costumbre de comerse las uñas (onicofagia), mordisquear el labio (queilofagia) o de posiciones posturales incorrectas como dormir sobre las manos o almohadas muy altas, apoyarse con mucha frecuencia sobre una mano, y otros.

Asociación de hábitos: Cuando en el escolar se detectó la presencia de más de un hábito.

Indicador: Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

Para la realización de este estudio se establecieron las coordinaciones necesarias con la dirección del Liceo Los Naranjillos, para obtener la autorización, así como la matrícula y el listado de los alumnos de los diferentes grados.

A todos los escolares seleccionados se les realizó una entrevista y un examen clínico bucofacial, por un sólo observador, que en este caso fue la autora de la investigación. La entrevista y el examen clínico se realizó en el lugar de ubicación del entrevistado (Liceo), en una silla escolar, utilizando la luz natural y con el auxilio de un espejo bucal plano con mango para la observación clínica de las arcadas dentarias por separado y en oclusión céntrica; con la finalidad de identificar con la mayor fidelidad posible la presencia de los hábitos y las anomalías de la oclusión. Toda la información obtenida se recogió en una planilla de datos primarios

confeccionado y llenado por el investigador de acuerdo a los criterios establecidos en el instructivo del formulario, según los objetivos propuestos para el estudio. Las encuestas recopilaron datos relativos a una serie de variables relacionadas con la oclusión dentaria: edad, sexo, clasificación de Angle, presencia de hábitos bucales deformantes, su asociación con las relaciones oclusales y tipos de hábitos más frecuentes (Anexo3, 4).

Definiciones y criterios de diagnóstico

Oclusión normal: Es aquella relación oclusal que reúne los requisitos de una oclusión normal descrita en los libros de texto (1).

Oclusión compensada: Es aquella relación oclusal, que a pesar de no tener las todas las características de una oclusión normal, cumple los mínimos requisitos estéticos y funcionales para el paciente y el profesional considere que no es necesario el tratamiento ortodóncico.

Maloclusión: Aquella relación de oclusión que no reúna los requisitos descritos en los libros de texto para una oclusión normal, que no cumpla con los requisitos estéticos para el paciente y el profesional y necesite tratamiento interceptivo o correctivo de ortodoncia.

Hábitos bucales deformantes: Son patrones reflejos de contracción neuromuscular de naturaleza muy compleja que se aprenden por la repetición continua del mismo acto, hasta convertirse en reflejos incondicionados o involuntarios; pueden interferir con el patrón normal de crecimiento y desarrollo dentomaxilofacial. Estos hábitos son numerosos y producen diferentes grados de deformaciones en la oclusión dentaria.

Los **métodos y técnicas** de investigación empleados fueron:

Del nivel teórico:

Histórico – Lógico para facilitar las reflexiones acerca de los resultados de otras investigaciones relacionadas con las Maloclusiones que ayuden a completar las experiencias y enriquecerlas con un pensamiento lógico más profundo.

Analítico – Sintético en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo de determinar las diferentes concepciones que abordan los fundamentos teóricos que hacen necesario determinar la prevalencia de las Maloclusiones en los adolescentes.

Inductivo – Deductivo para concretar los supuestos teóricos permitiendo la descripción de la prevalencia de las Maloclusiones en los adolescentes.

Del nivel empírico:

Observación: Se confeccionó la historia clínica de salud bucal individual para caracterizar los adolescentes que participan en el estudio según variables demográficas y evaluar el estado de salud bucal, así como, la severidad de las maloclusiones en estos. **(Anexo 2)**.

Del nivel estadístico - matemático:

El método porcentual: Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS versión 11.5 para Windows. Los resultados se expusieron en tablas y gráficos para su análisis y mejor comprensión. El informe final se redactó utilizando el programa de Microsoft Word y para la confección de tablas y gráficos el programa de Microsoft Excel. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (%).

Consideraciones Éticas

Por incluir seres humanos la investigación se realizó de acuerdo con los principios de la bioética médica: el respeto a la persona, la beneficencia, la no-maleficencia y justicia; además se elaboró el consentimiento informado **(anexo1)**. Este permitió que los pacientes conocieran el tipo de investigación que se estaba realizando en el Liceo "Los Naranjillos" del municipio "Iribarren", Estado Lara a los que se le recogió su disposición para colaborar con el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. Distribución de los escolares portadores de maloclusiones dentarias según grupos de edades. Liceo Los Naranjillos del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1 del Estado Lara.

| Grupos de edades | Con maloclusiones | |
|------------------|-------------------|-------|
| | Nº | % |
| De 12 -13 años | 42 | 42.8 |
| De 14 -15 años | 56 | 57.2 |
| Total | 98 | 100.0 |

Fuente: Observación.

Se analizó la distribución de los escolares portadores de maloclusiones dentarias según grupos de edades. Como resultado se observó que el grupo de 14 -15 años fue el de mayor frecuencia con el 57.2 % y el de menor frecuencia fue el de 12 -13 años.

Murrieta Pruneda JF et al (19). Cuando analizaron la distribución de los escolares portadores de maloclusiones dentarias señalaron que en su estudio la prevalencia por edad resultó no ser estadísticamente significativa ($X^2_{20, 95 \text{ g.l.}} = 20,314, p=0,610$),

Santiso Cepero A et al (30). En una muestra representativa de niños de 0 a 14 años de edad, encontró en el grupo de 5 a 11 años de edad la mayor prevalencia, que resultó estadísticamente significativa.

Autores como Moyers (1). Mayoral (28). Murillo A y Guerra M (29). Concuerdan en señalar que las maloclusiones aumentan en frecuencia y severidad al aumentar la edad, criterios estos que coinciden con los resultados obtenidos en este estudio donde la mayor frecuencia le correspondió al grupo de mayor edad.

TABLA 2. Distribución de los escolares portadores de maloclusiones dentarias según sexo del Liceo Los Naranjillos del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1 del Estado Lara.

| Sexo | Con maloclusiones | |
|-----------|-------------------|-------|
| | Nº | % |
| Masculino | 43 | 43.8 |
| Femenino | 55 | 56.2 |
| Total | 98 | 100.0 |

Fuente: Observación.

Al analizar la distribución de los escolares portadores de maloclusiones dentarias según sexo, como resultado se observó que el sexo femenino fue el más frecuente con el 56.2 % con relación al masculino que presentó el 43.8 %.

Muñiz Vázquez M et al (31), en sus estudios sobre el comportamiento de las maloclusiones dentarias en niños de 5 -11 años, Venezuela, 2007, obtuvieron un predominio del sexo femenino 60.0 %. En el estudio publicado por Silva Filho O et al (43). Estos autores señalaron que estas alteraciones fueron más frecuentes en las niñas con el 54,37 %, en los niños afectaron un 48,86 %. Otro estudio realizado por Murrieta Pruneda JF et al (19). Mostraron también un riesgo mayor para el femenino. Los resultados de los estudios antes mencionados concuerdan en señalar que el sexo femenino fue el más frecuente.

Mendoza Z J et al (32), en un estudio de niños peruanos, señalaron que no hubo variación significativa en las maloclusiones según sexo.

Según un estudio nacional realizado en Cuba en 1998 por Sosa Rosales M y Mojáiber de la Peña A (33), encuestados en las edades de 5, 12, 15 años, para un total de 36,3 %, el sexo más afectado fue el femenino con un 52,6 % resultado con los que actualmente este estudio casi coincide.

Otros estudios realizados por Fernández C y Cuan M (3) y Pellitero Reyes et al (34) señalaron que en sus estudios, ambos sexos presentaron poca diferencia entre las frecuencias.

En la literatura revisada existen resultados confirmados por la mayoría de los investigadores, éstos estadísticamente señalan que las maloclusiones no presentan preferencias significativas por un determinado sexo.

TABLA 3. Distribución de los escolares portadores de maloclusiones dentarias según Clasificación de Angle. Liceo Los Naranjillos del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1 del Estado Lara.

| Clasificación de Angle | Nº | % |
|------------------------|----|-------|
| Clase I | 52 | 53.1 |
| Clase II | 28 | 28.6 |
| Clase III | 7 | 7.2 |
| No clasificable | 11 | 11.1 |
| Total | 98 | 100.0 |

Fuente: Observación.

Se analizó la distribución de los escolares portadores de maloclusiones dentarias según Clasificación de Angle, donde se observó que el 53,1 % de los escolares portadores de maloclusiones fueron agrupados dentro de la Clase I de Angle, en la Clase II 28.6 % y las maloclusiones de la Clase III, las más bajas, representaron el 7.2 %. Dentro del estudio se presentaron un 11.1 % no clasificables.

Numerosos estudios realizados en regiones geográficas diferentes demuestran también que las maloclusiones de la Clase I de Angle son las más frecuentes y generalmente se presentan entre más de la mitad y las tres cuartas partes de los encuestados y luego en orden de frecuencia se presentan las Clases II y III respectivamente. Hacemos referencia a los realizados por los autores venezolanos,

D'Escrivan S L (27), quien señaló que el 57,5 % podía ser clasificada como maloclusión Clase I; el 12,3 % eran Clase II División 1; el 3,6 % constituían Clase II División 2, y el restante 3,8 % se diagnosticaron como Clase III. Mientras que Betancourt O (36), en un estudio epidemiológico realizado en dos zonas rurales venezolanas, encontró que el 62,28 % podían ser clasificados como Clase I y el resto como Clase II y Clase III respectivamente. Di Santi de Modazo et al (37), concluyeron que las maloclusiones de la Clase I siempre ocupan los mayores porcentos seguidos en orden de frecuencia por las Clases II y III.

Muñiz Vázquez M et al (31), en sus estudios sobre maloclusiones dentarias, señalaron un predominio de la maloclusión Clase I de Angle con el 51.3%.

Menéndez Méndez LW (50), Perú, en una revisión de 27 trabajos con el objetivo de tener una visión panorámica parcial de las maloclusiones, y su frecuencia de acuerdo con la Clasificación de Angle, concluyó que el 16,59 % corresponde a oclusión normal, le sigue en secuencia la maloclusión Clase I con 62,95 %; la maloclusión Clase II con 12,67 %; y la maloclusión Clase III con 6,63 %.

Otro estudio realizado por Montiel Jaime ME (8), en una población de niños mejicanos de 6 a 12 años de edad, observó que la relación molar en la jerarquización de las maloclusiones Clase I, II y III, para la Clase I el 68.14 %, para la Clase II un 22.96 % y para la Clase III 8.8 % en todos estos estudios no se incluyeron los casos no clasificables.

Murrieta Pruneda J F y Zurita Murillo V. (19), en su estudio sobre la frecuencia y distribución de maloclusiones en un grupo de escolares de la Delegación Milpa Alta, confirmaron también que:..."El tipo de maloclusión más frecuente fue la Clase I de acuerdo con la Clasificación de Angle".

En los resultados de este estudio también confirmamos que las maloclusiones de la Clase I son las de mayor frecuencia y que afortunadamente estas maloclusiones requieren de tratamientos más sencillos, que en su mayoría pueden ser tratados en el nivel de atención primaria por el especialista en Estomatología General Integral, asesorado por el especialista en Ortodoncia.

TABLA 4. Frecuencia de hábitos deformantes en el grupo de estudio del Liceo Los Naranjillos del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1 del Estado Lara.

| Hábitos bucales deformantes | Nº | % |
|-----------------------------|----|-------|
| Con hábitos | 68 | 69.4 |
| Sin hábitos | 30 | 30.6 |
| Total | 98 | 100.0 |

Fuente: Observación.

Se analizó la frecuencia de hábitos deformantes en el grupo de estudio. En sus resultados se observaron que el 69.4 % de los escolares revisados eran portadores de hábitos bucales deformantes.

En estudio realizado en el municipio de Ciego de Ávila, por Figueredo Triana O (38), este autor encontró una frecuencia de hábitos bucales deformantes del 32,5 % muy próxima a la encontrada en nuestro estudio.

En trabajo realizado por Pellitero Reyes PL et al (34), en el municipio de Holguín, en 350 estudiantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 12 y 14 años, encontraron la práctica de algún hábito bucal deformante en el 29 % de los adolescentes, cifra inferior a la de nuestro estudio.

Con resultados de alta frecuencia en la práctica de uno o más de los ya conocidos como hábitos bucales deformantes tenemos referencia de estudios realizados por Fernández Torres CM (39), Pamela Agurto V y otros (40), Quiroz Álvarez O (20), Podadera Valdez ZR y Ruiz Núñez D (21) y Duque de Estrada Riverón Y et al (41), en los que señalaron que los niños encuestados tenían un promedio de frecuencia entre el 62 % y 68 %. Es válido destacar que estos estudios que mencionamos fueron realizados en escolares de primaria o en círculos o jardines de infancia en niños entre 3 y 6 años de edad, donde la frecuencia de los hábitos es siempre alta, las evidencias confirman que a medida que avanza la edad va disminuyendo la práctica de estos hábitos. Resultados que confirmamos en este estudio.

TABLA 5. Frecuencia de los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes en los escolares examinados. Liceo Los Naranjillos del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1 del Estado Lara.

| Tipos de hábitos | Nº | % |
|--------------------|----|-------|
| Succión digital | 21 | 21.4 |
| Respiración bucal | 19 | 19.4 |
| Empuje lingual | 17 | 17.3 |
| Otros hábitos | 14 | 14.3 |
| Asociación hábitos | 27 | 27.6 |
| Total | 98 | 100.0 |

Fuente: Observación.

Se analizó la frecuencia de los diferentes tipos de hábitos bucales deformantes en los escolares examinados. La mayor frecuencia le correspondió a la asociación de hábitos con el 27.6 %; le siguió en orden de frecuencia, la succión digital con el 21.4 %, la respiración bucal con el 19.4 % el empuje lingual 17.3 %, y por último los otros hábitos con el 14.3 % de afectados.

Es conocido que cuando los hábitos se encuentran asociados hay mayor probabilidad para que se desarrollen las anomalías hacia condiciones más severas. Aguilar Pereyra S et al (42), estudiaron asociaciones entre la deglución atípica con el uso del biberón; y el uso de tetera con la succión digital, en sus resultados encontraron que el hábito de tetera se presentó con un 20 % asociado con la succión digital en un 13 %.

TABLA 6. Hábitos bucales deformantes y su asociación con las relaciones oclusales. Liceo Los Naranjillos del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1 del Estado Lara.

| Hábitos | Relaciones oclusales | | | | | |
|-------------|----------------------|------|---------------------|------|-------|-------|
| | Maloclusión | | Normal o compensada | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Con hábitos | 60 | 88.2 | 8 | 11.8 | 68 | 100.0 |
| Sin hábitos | 27 | 90 | 3 | 10 | 30 | 100.0 |
| Total | 87 | 88.8 | 11 | 11.2 | 98 | 100.0 |

Fuente: Observación.

Se analizaron los hábitos bucales deformantes y su asociación con las relaciones oclusales. El análisis estadístico EpiInfo, Versión .5 que se le aplicó a los resultados de esta tabla, señaló que existe una asociación con alta significación estadística entre los escolares con hábitos bucales deformantes y la presencia de maloclusiones, resultando que los portadores de hábitos tuvieron 88.2% mayor riesgo de presentar maloclusiones que los no portadores.

Una reciente publicación realizada por Conde Suarez HF (45), confirma que un poco más de la mitad de los niños son portadores de algún tipo de hábito bucal deformante y que estos niños tienen un alto riesgo de presentar maloclusiones.

Otro estudio por Warren JJ et al (22), confirma que la frecuencia de maloclusiones resulta elevada, señalando en sus conclusiones que en los niños con estos hábitos el 84 % tenían maloclusiones.

Quiroz Álvarez O (20), quien realizó un estudio de las características de la oclusión en niños de un jardín de infancia, en la República Bolivariana de Venezuela, observó que de los niños con hábitos, el 75 % presentó algún tipo de maloclusión.

Pamela Agurt V et al (40), en un estudio en área oriente de Santiago de Chile, señalaron que en el grupo de niños con malos hábitos el 57 % presentaron anomalías dentomaxilares.

En investigaciones realizadas por otros autores cubanos (41, 44), se afirma también que existe una relación significativa entre la presencia de hábitos bucales deformantes y las maloclusiones. En estos estudios se señala que entre el 47,6 y el 62,0 % de los niños con hábitos bucales deformantes, tenían maloclusiones.

En la provincia Granma, Hernández Vázquez S et al (23), en un estudio sobre factores de riesgo de maloclusiones en escolares del Seminternado Granma, detectaron que en el 82,9 % de niños con anomalías dentomáxilofaciales también presentaban algún hábito deformante.

Un estudio de casos y controles sobre factores de riesgo asociados con la maloclusión publicado por Duque de Estrada Riverón Y et al (41), encontraron que el 63,30 % de los pacientes en el grupo de estudio presentaron hábitos deformantes, comparado con sólo el 18,30 % en el grupo de controles. Entre ambos grupos existió una correlación altamente significativa ($p = 0,000$).

Otro estudio realizado por Tápanes Milán Y (44), como resultado encontró que el 30.8 % de los portadores de estos hábitos presentaban alteradas sus relaciones oclusales, la prueba de significación estadística realizada resultó altamente significativa, donde los niños portadores de los hábitos presentaron 3 veces más riesgos de maloclusión que los que no poseían los hábitos.

A pesar de que la gran mayoría de las investigaciones realizadas confirman la asociación de los hábitos con la presencia de maloclusiones, en la literatura encontramos también autores que afirman que estos hábitos no son un factor indispensable para la aparición de las mismas (12, 52).

CONCLUSIONES

- ✓ El estudio permitió describir el comportamiento de las maloclusiones en el Liceo “Los Naranjillos” del Municipio Iribarren de la República de Venezuela.
- ✓ El grupo de 14 – 15 años de edad presento mayor incidencia de alteraciones en las maloclusiones dentarias con relación al grupo de menor edad.
- ✓ El sexo Femenino presento mayor número de afectados con maloclusiones que en el sexo masculino.
- ✓ Las maloclusiones más frecuentes se agruparon dentro de la Clase I de Angle con más de la mitad de los afectados, seguido en frecuencia la Clase II y Clase III.
- ✓ Eran portadores de hábito bucal deformante 68 y estos estaban asociados con la alta significación estadística de las maloclusiones, con una probabilidad mayor riesgo que, en los no portadores los cuales representaron el 30.6 % de los escolares estudiados.
- ✓ La asociación de hábitos ocupó la mayor frecuencia observada, seguida por la respiración bucal y la succión digital.

RECOMENDACIONES

Por la alta frecuencia de las maloclusiones encontradas y la presencia de los hábitos bucales deformantes, aún en estas edades, y su asociación con alta significación estadística como factor de riesgo de maloclusiones demostrada en los resultados del estudio entendemos oportuno recomendar.

- ✓ Elevar los niveles de las actividades de Educación para la Salud en la población para identificar la presencia de los hábitos bucales deformantes.
- ✓ Aplicar los programas de Atención Primaria de Ortodoncia establecidos, para reducir la incidencia y las necesidades de atención a esta población escolar.
- ✓ Proporcionar condiciones en las clínicas estomatológicas que permitan la aplicación correcta de los tratamientos de primer nivel de atención estomatológica.
- ✓ Aumentar las investigaciones sobre la temática así como la incorporación de los profesionales a los cursos de superación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2012.
2. Sakkal R. Importancia de la interacción genética - ambiente en la etiología de las maloclusiones. [página en Internet] 2012 [actualizada 2006; citado 21 May 2012]; [aprox. 18 pantallas]. Disponible en:
http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/interaccion_genetica_ambiente_etiologia_maloclusiones.asp
3. Fernández CM. Resultado del control de factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales. Rev Cubana Ortod 2012; 15(1): 33-36.
4. Almstahl A, Wilkinson M. Oral microflora in subjects with reduced salivary secretion. H Dent Res 2013.
5. Thibodeau EA. Salivary mutans streptococci and development in primary and mixed dentitions of children. Com Dent Oral Epidemiol 2013 dec: 27(6): 406.
6. Godoy D, Haller W y Casamayou M. Prevención de las disgnasias desde el nacimiento. ¿Es posible? [página en Internet] 2014 [citado 21 May 2015]; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: http://www.ut.edu.co/fcs/1002/cursos/so_1/so5.htm
7. Bello A, Machado M, Castillo R, Barreto E. Relación entre las dimensiones craneofaciales y la malnutrición fetal. Rev. Cubana Ortod 2015; 13 (2): 99-106.
8. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a12 anos de edad. Rev ADM [serie en Internet] 2014 [citado 2 Sep 2015]; LXI (6):209-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2004/e-od04-6/em-od046c.htm>
9. Baca-García A, Baca P, Bravo M, Baca A. Valoración y medición de las maloclusiones: Presente y futuro de los índices de maloclusión. Revisión bibliográfica. Arch Odontostomatol.. 2012; 18 (9): 654-62.
10. Sonnesen L. malocclusions traits and syptoms and signs of temporomandibular disorders in children. Eur J Ortho 2011 oct; 20(5): 543.

11. Norman D, Zarb G, Carlsson G, Rugh J. A textbook of occlusion. Quintessence Publishing. Chicago. 2012.
12. Saleh F. Prevalence of malocclusion in a sample of Lebanese schoolchildren: an epidemiological study. East Mediterr Health J. 2012; 5(2):337-43.
13. Umeda M, Chen C, R. Risk indications for harbouring periodontal pathogenic. J Periodontal 2013 oct; 69(10): 1111-8.
14. Pousa MS, González E, Abreu O. Relación entre la postura de la cabeza y las mordidas cruzadas posteriores unilaterales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [serie en Internet] 2014 [citado 9 Jun 2015]; [aprox. 14 p.]. Disponible en:
http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/postura_cabeza_mordidas_cruzadas_posteriores_unilaterales.asp
15. Angle EH. Evolution of Orthodontia. Recent Development. Dent Cosmos. 2011; 54 (8): 853-67.
16. CANUT BRUSOLA, José Antonio, "ortodoncia Clínica y terapéutica", 2da edición. Editorial Elsevier, España (2013).
17. Pérez Pastor F. Prevalencia de la maloclusión en una población escolar de la Comunidad de las Islas Baleares (tesis doctoral). Universidad de Barcelona. 2015.
18. Rodríguez Navarro M, Parrón Carreño T, Nieto Hernández J. Epidemiología de maloclusiones en niños de 12 y 15 años aplicando el Índice Estético Dental. Ortodoncia Española: Revista de clínica e investigación en ortodoncia. 2013; 43 (2): 94-101.
19. Murrieta Pruneda J F y Zurita Murillo V. Frecuencia y distribución de maloclusiones en escolares de la Delegación Milpa Alta Rev Cienc Clín [serie en Internet] 2015 [citado 22 May 2007]; 2(1): 17-26. Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=11&id_seccion=59&id_ejemplar=244&id_articulo=1985

20. Quiroz Álvarez O. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. Rev med electrón. [Serie en Internet] nov-dic 2014 [citado 22 May 2008] ; 26(6): [aprox. 30 p.]. Disponible en:

http://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/caracteristica_oclusion.asp

21. Podadera Valdés Z R y Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 20012-2013. Rev Cubana Estomatol. [Serie en Internet] May - ago. 2014 [citado 16 Ago 2014], 41(2): p.0-0. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072004000200004&script=sci_arttext

22. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. J Am Dent Assoc. [Serie en Internet] 2013 [citado 22 Jun 2008]; 132 (16): 85-93. Disponible en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11780987&dopt=Abstrat

23. Hernández Vázquez S, Casas Pérez L, Rodríguez Vigo Y. Factores de riesgo de las anomalías dentomaxilofaciales en escolares del Seminternado Granma. [Página en Internet] 2007 [actualizada 9 Abr 2012, citado 22 May 2014]; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/225/articulo5.html>

24. Ramfjord SP, Major MA. Oclusión. 3ra edición. México: Ed. Interamericana; 2013.

25. Smith JR. Aparición de la oclusión y maloclusión. ADM 2016; 69(4): 247-55.bi

26. Bishara, S. Ortodoncia. Ed Mc Graw Hill, México DF. 2014.

27. D'Escrivan S L. Características de la oclusión de 3.630 escolares del área metropolitana de Caracas. [Trabajo de ascenso]. Caracas: [Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela](#); 2014. Disponible en: <http://www.odont.ucv.ve/>

28. Murillo Castellanos A, Guerra Labrada M. Etiología de las maloclusiones en la población. [Página en Internet] 2016 [citada 26 May 2007]; [aprox. 10 pantallas.] Disponible: <http://www.fcm.grm.sld .cu/bvirtual /multimed/2001/rm2-01/rmarti3.htm>
29. Mayoral JG. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2015.
30. Santiso Cepero A, Díaz Camacho E, Martínez Domínguez AA, Díaz Brito RJ. Diagnóstico ortodóntico en niños del área de salud Florencia. Rev Cubana Ortod, 2012. [Serie en Internet] 2012 [citado 5 Jun 2012]; 12(2): [aprox. 9 p.] Disponible en: http://www.bvs.sld .cu/revistas /ord/vol 12_2_97/ord05297.htm
31. Muñiz Vázquez M, Gondin Gener M, Ricardo Reyes M, Pérez Espinosa M. Comportamiento de las maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Barrio Adentro. Las Margaritas. [Página en Internet] 2007 [citado 23 Sep 2008]; [aprox.12 pantallas]. Disponible en: <http://www.alfinal.com/odontologia/maloclusiondental.php>
32. Mendoza Z J, Perales Zamora S, Orellana O, Duilio Binda MG. Estudio dento antropológico de una población infantil de 6 a 13 años en la Clínica Odontológica de la UNMSM. Odontología Sanmarquina 2013; 1 (6): 33-37. [Serie en Internet] 2006 [citado 5 Jun 2008]. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/Vol1_N6_2000/estu_dento.htm
33. Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A Análisis de la situación de salud con participación comunitaria: "componente bucal": una guía para su ejecución. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2012. p. 58-9.
34. Pellitero Reyes PL, García Rodríguez B, Díaz Morell JE, Torres Curi EM. Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín. [Serie en Internet] 2013 [citado 9 Jun 2013]; 7(3), [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www. cocmed.sld.cu/no73/n73ori7.htm>
- 35 Fernández C y Cuan M. Prevalencia de maloclusiones en niños de 6 – 11 años de edad. Rev. Cub Estomatol, 2014; 22(3): 25

36. Betancourt O. Estudio epidemiológico de las maloclusiones en dos zonas rurales venezolanas. [Trabajo de ascenso]. Caracas: Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela; 1996. Disponible en: <http://www.odont.ucv.ve/>
37. Di Santi de Modazo, Vázquez J, Victoria B. Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Rev Latinoam Ortod Odontoped [serie en Internet] 2013 [citado 13 Jun 2013]; [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/maloclusion_clase_i_definicion_clasificacion_caracteristicas.asp
38. Figueredo Triana O. Comportamiento de los agentes físicos postnatales en la oclusión dentaria. [Tesis] Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
39. Fernández Torres CM, Acosta Coutin A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod. 2013. [Serie en Internet] 2013 [citado 9 Jun 2013; 12(2):7983. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord02297.htm
40. Pamela Agurto V, Rodrigo Díaz M, Olga Cádiz D, Fernando Bobenrieth K. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área oriente de Santiago. Rev Chil Pediatr. [Serie en Internet] 2013 [citado 25 May 2013]; 70(6): 470-482. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041061999000600004&script=sci_arttext&tlng=es
41. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev cubana Estomatol. [Serie en Internet] ene-abr 2014 [citado 13 Jun 2014]; 41(1): [aprox. 22 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Aguilar Pereyra S, García Sánchez R, Gutiérrez Rodríguez C, Paniagua Pérez Y. Frecuencia de la deglución atípica en niños de 5 a 14 años en pacientes que acuden a ortopedia maxilar fes iztacala. [Serie en Internet] 2014 [citado 2 junio 2014] [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/frecuenciadeladeglucionatipica58.htm

43. Díaz Abascal J. Hábitos bucales deformantes y su asociación con las maloclusiones en escolares de primaria. [Tesis] Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
44. Tápanes Milán Y. Situación de salud ortodóncica en escolares del área de salud Sanguily municipio Venezuela, Ciego de Ávila. [Tesis] Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
45. Conde Suárez HF, de León de la Fe I, Rivera Lacorra DM. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentarias en niños de primaria. Municipio Cárdenas 2012. [Página en Internet] 2012 [citado 22 Jun 2012]; [aprox. 18 pantallas]. Disponible en:
<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol6%202004/tema02.htm>
46. Barrios L et al. Hábito de Respiración Bucal en Niños. Rev. Cubana Ortod. 2015;16(1):47-53.
47. Díaz Morell JE, Fariñas Cordón MM, Pellitero Reyes BL., Segura Martínez N. Prevalencia de la respiración bucal en pacientes de Ortodoncia. Correo Científico Médico de Holguín [Serie en Internet] 2015 [citado 30 mayo 2015]; 7(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no73/ind73.htm>
48. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. [Serie en Internet] 2014 [citado 18 Abr 2014]; [aprox. 18 p.]. Disponible en; http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Miranda J, Villanueva E, Sánchez M. Hábitos orales más frecuentes en una población de 5-13 años que acude a la clínica de Iztacala al diplomado de Ortopedia Maxilar. [Serie en Internet] 2013 [citado 25 Abr 2013]; [aprox. 15 p.] Disponible en: www.encolombia.com/odontología
50. Menéndez Méndez LW. Clasificación de la maloclusión según Angle gen el Perú. Odontología Sanmarquina. [Online]. 2014, Vol. 1 N° 2. [citado 16 Agosto 2012], p.0-0. Disponible en la World Wide

51. Gellin ME. Hábitos de chupar el dedo y empujar la lengua en los niños. Act Estomatol Serie: Información Temática 2014; 4(3):47-65.
52. Succión del dedo pulgar en el niño. [Monografía en Internet] 2006 [actualizada 3 enero 2015, citado 2 Jun 2011] Disponible en: <http://www.iqb.es/monografia/fichas/ficha047.htm>
53. Abreu O, Pousa y MS, González E. Relación entre la postura de la cabeza y las mordidas cruzadas posteriores unilaterales. [Página en Internet] 2015 [citado 22 May 2011]; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/estudiantes/trabajos/oa/oa04/oa04.html>
54. Beraud Osorio DI, Sánchez Rodríguez MA, Murrieta Pruneda JF y Mendoza Núñez VM. Prevalencia y factores de riesgo de mordida cruzada posterior en niños de 4-9 años de edad en ciudad Nezahualcóyotl Méx 2014. Bol Méd Hosp Infant. [Serie en Internet] 2009 [citado 22 Jun 2008]; 61(2):141-148.ver: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol11_1_96/ord07196.htm
55. Rosell Silva C. Hábitos deformantes bucales en niños de 5 a 11 años. Consultorios 33 al 36, Área II. [Tesis] La Habana: Facultad de Estomatología; 2015.
56. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los Médicos en la investigación Biomédica en seres humanos Vol. of Sanit Panan 2015:108 (5-6):626-9

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN.

Pesquisa activa para adolescentes con Maloclusión del Liceo “Los Naranjillos” del Ambulatorio Medico de Prados del Norte 1 del Estado Lara.

Yo _____ (padre o tutor del menor), con cédula de Identidad _____ he sido informado por parte de la autora de esta investigación, sobre las características y objetivos de este estudio. Mi hijo ha sido seleccionado para participar en esta investigación y será examinado para determinar si presenta hábitos bucales deformantes y anomalías de la oclusión dentaria. El examen no es nocivo para su salud y deberá cumplirse como se lo indique su estomatólogo. Los datos personales no serán publicados. También se me ha explicado que si considero necesario, puedo retirar a mi hijo de la investigación sin presión alguna. Mi decisión es totalmente consciente y voluntaria. Y para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma: _____

Padre o tutor

Firma: _____

Maestro

Firma: _____

Estomatólogo

Fecha: _____

ANEXO 3

PLANILLA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº _____

Fecha: _____

Nombre y apellidos: _____

Escuela: _____

1 Edad: ___ años Grupo: 1.1 De 12 -13 años ___ 1.2 De 14 -15 años ___

2. Sexo: 2.1 Masculino ___ 2.2 Femenino ___

3. Relación de Oclusión: 3.1 Normal o compensada ___ 3.2 Maloclusión ___

4. Clasificación de las maloclusiones según Angle:

4.1 Clase I ___ 4.2 Clase II ___ 4.3 Clase III ___ 4.4 No clasificable ___

5. Presencia de hábitos bucales deformantes:

5.1 Con hábito ___ 5.2 Sin hábito ___

6. Tipos de hábitos bucales deformantes:

6.1 Succión digital: ___ 6.2 Respiración bucal. ___ 6.3 Empuje lingual. ___

6.4 Otros hábitos. ___ 6.5 Asociación de hábitos. ___

7. Observaciones: _____

8. Nombre del encuestador _____

9. Firma: _____

ANEXO 4.

INSTRUCTIVO PARA LA PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

Número: Anotar el número correspondiente al orden que se realizó la entrevista.

Fecha: Señalar la fecha en que se realiza la entrevista.

Nombre y apellidos: Anotar el nombre y los dos apellidos del entrevistado.

Escuela: Nombre de la escuela a que pertenece.

1 Edad: Anotar la edad cronológica cumplida del entrevistado y marcar una X al grupo que le corresponda.

2. Sexo: Se marca con una X el sexo biológico al que pertenece según las características físicas y biológicas descritas para cada sexo.

3. Relación de oclusión: Se marca con una X si la oclusión es normal o compensada o clínicamente si presenta una maloclusión según definiciones y criterios diagnósticos expresados en el método.

4. Clasificación de las maloclusiones según Angle: Se marca con una X según corresponda teniendo en cuenta los criterios expresados en la operacionalización de las variables descritas en el método.

5. Presencia de hábitos bucales deformantes: Se marca con una X según se corresponda

Con hábito: Cuando el escolar es portador de uno o varios hábitos descritos en el método.

Sin hábito: Cuando el escolar no realice estos hábitos.

6.-Tipos de hábitos bucales deformantes: Se marca con una X el hábito que presenta teniendo en cuenta los criterios descritos en Operacionalización de las variables y cuando presente más de un hábito solamente se marcará en asociación de hábitos

7.- Observaciones: Se anota cualquier otro dato de interés para la investigación que no haya sido reflejado en el formulario.

8.-Confeccionado por: Anotar el nombre y apellidos del entrevistador.

9.-Firma: Firma del entrevistador

