



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



MOTIVO MÁS COMÚN PARA LA COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA  
ORTODÓNTICA EN PACIENTES DE 20-35 AÑOS DE EDAD QUE  
ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA CLÍNICA  
DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS PERIODO SEPTIEMBRE 2017  
A OCTUBRE 2017



AUTOR

STALIN OSWALDO ERAS MERECE

AÑO

2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MOTIVO MÁS COMÚN PARA LA COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA  
ORTODÓNTICA EN PACIENTES DE 20-35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL  
CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD  
DE LAS AMÉRICAS PERIODO SEPTIEMBRE 2017 A OCTUBRE 2017.

“Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para optar por el título de Odontólogo”

TUTOR:

Dra. Karol Tatés Almeida.

Autor:

Stalin Oswaldo Eras Merecí

Año:

2018

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, Stalin Oswaldo Eras Mercial, en el semestre noveno, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

---

Doctora Karol Tatés Almeida

Ortodoncista (UADY)

Odontopediatra (USP)

C.I: 040097204-8

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dado cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de titulación”

---

Doctora Ruth Recalde Enríquez

C.I: 1709880221

## DECLARACIÓN DE AUTORIA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

---

Stalin Oswaldo Eras Merecí

CI: 110442182-9

## **AGRADECIMIENTO**

Principalmente a mi Dios que siempre está presente entregándome sus bendiciones a lo largo de mi trayecto y posibilitar a terminar un objetivo en mi vida.

A mis padres por su actitud y gran formación siempre dándome sus valores y su apoyo incondicional, a mi familia que me impulsaron para ser un buen ejemplo y de esta manera se puede ver que juntos este sueño realizado.

A mi guía Dra. Karol Tatés en su gran apoyo en su carrera con sus enseñanzas y amistad en este estudio de investigación y demás docentes en estos años de estudio.

## **DEDICATORIA**

Mi tesis la dedico con toda mi apreciación a mi abuelito y mi tía Rosario Merecí por su, sacrificio y esfuerzo sin dejar de incluir a mis padres, a mi familia que han sido mi iluminación y motivo y mi modelo a llevar, siempre deseándome sus mejores aspiraciones, sus más sinceros consejos, a mi Dios que siempre ha estado conmigo, quiero darles todas mis nobles agradecimientos porque junto a ellos no se hubiese sido posible todo lo que he realizado y que día a día es una lucha para seguir a delante y de forma competente, siempre siguiendo su enseñanza de humildad frente a las demás personas y de esta manera llegar al final del camino, y que el luchar por nuestros sueños se logra es decir que nada es imposible, con mucha dedicatoria y esfuerzo es por eso que de todo lo he aprendido y estoy aquí como prueba de ello.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar el motivo más común para la colocación de aparatología ortodóntica en pacientes de 20 a 35 años que acuden a la clínica de la Universidad De Las Américas. Se relaciona diferentes campos para llegar a conocer el motivo por el cual los pacientes de edad adulta se realizan un tratamiento de ortodoncia que se enfoca de acuerdo a tres aspectos para su análisis en lo funcional, causal y psicosocial. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La actual investigación es de un modelo descriptivo de corte transversal realizado en la clínica de posgrado de ortodoncia de la UDLA. La recolección de los datos se consiguió mediante encuestas que se les realizó a los pacientes en las que se enfocó en los aspectos de función, causal y psicosocial y además se pidió a los doctores tratantes del paciente dar un diagnóstico de maloclusión de Angle de cada paciente. La muestra se realizó a 60 pacientes para identificar su motivo si es por malos hábitos, por algunas causas o por su autoestima e importancia que presenta el hacerse este tratamiento los datos se analizaron mediante cuadros estadísticos. **RESULTADOS:** Se puede indicar que en relación a malos hábitos orales: succión labial con un (45%), en el indicador causal por dientes chuecos un (77%), en ámbito psicosocial (52%), y en el análisis del diagnóstico de la maloclusión de Angle con un (45%) en el total de los pacientes observados por los doctores de posgrado. **CONCLUSIONES:** El motivo más común de todo lo antes expuesto, se ve una clara tendencia de que las personas optaron por realizarse un tratamiento de ortodoncia para mejorar su apariencia física, es decir, es meramente estética.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To determine the most common reason for the placement of orthodontic appliances in patients from 20 to 35 years of age who attend the clinic of the Universidad De Las Americas. Different fields are related to get to know the reason why adult patients undergo an orthodontic treatment that focuses on three aspects for analysis in functional, causal and psychosocial. **MATERIALS AND METHODS:** The current research is a cross-sectional descriptive model carried out in the UDLA orthodontic postgraduate clinic. The collection of data was achieved through surveys that were made to patients in which focused on the aspects of function, causal and psychosocial and asked the doctors treating the patient to give a diagnosis of Angle malocclusion of each patient. The sample was made to 60 patients to identify their motive if it is due to bad habits, for some reasons or because of their self-esteem and importance that this treatment presents. Statistical tables analyzed the data. **RESULTS:** This indicates that in relation to bad oral habits: labial suction with one (45%), in the causal indicator for crooked teeth one (77%), in psychosocial field (52%), and in the diagnosis analysis of Angle malocclusion with one (45%) in the total number of patients observed by the postgraduate doctors. **CONCLUSIONS:** The most common reason for all the above, there is a clear tendency that people chose to undergo orthodontic treatment to improve their physical appearance, that is, it is merely aesthetic.

## ÍNDICE

1	CAPITULO 1 .....	1
1.1	Introducción .....	1
1.2	Planteamiento del problema .....	2
1.3	Justificación .....	3
2	Capítulo II-Marco Teórico: .....	4
2.1	OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN.....	4
2.2	TIPOS DE OCLUSIONES: .....	5
2.2.1	Características principales de la clase de maloclusión II: .....	5
2.2.2	Propiedades principales de la clasificación de maloclusión III: .....	6
2.3	Etiología de las maloclusiones:.....	6
2.4	Giroversiones Causas generales de la mala oclusión:.....	7
2.5	El tratamiento de Maloclusiones Dentales: .....	7
2.6	Hábitos:.....	8
2.7	Clasificación.....	8
2.7.1	Generales entre estos tenemos los siguientes: .....	8
2.7.2	Etiológicamente se han clasificado en: (Gil, 2006, págs. 275-279) .....	8
2.7.3	Succión: .....	9
2.7.4	Succión del pulgar. ....	9
2.7.5	Succión labial.....	10
2.7.6	Onicofagia.....	10
2.7.7	Bruxismo.....	10
2.7.8	Mordida abierta:.....	10
2.7.9	ALTERACIONES DE LA RESPIRACIÓN: .....	13
2.8	PLAN DE TRATAMIENTO: .....	14
2.9	En pacientes adultos presentan tratamientos específicos en ortodoncia: .....	15
2.10	Estética facial. ....	17
2.11	Perfil Facial: .....	18
2.11.1	Sagital.....	19
2.11.2	Perfil facial recto. ....	19
2.11.3	Perfil facial cóncavo.....	19

2.11.4	Perfil facial convexo.....	19
2.12	En el ámbito psicológico:.....	20
3	<b>CAPITULO III</b> .....	23
3.1	Objetivo General:.....	23
3.2	Objetivos específicos: .....	23
4	<b>CAPITULO IV</b> .....	23
4.1	Materiales y método: .....	23
4.2	Modelo de estudio:.....	24
4.3	Recursos Técnicos:.....	24
4.4	Universo de la muestra .....	24
4.5	Criterios de inclusión: .....	24
4.6	Criterios de exclusión: .....	25
4.7	<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:</b> .....	25
4.8	Descripción del método: .....	25
4.9	<b>TÉCNICAS, ESTANDARIZACIÓN E INSTRUMENTOS:</b> .....	26
5	<b>Capitulo v- ANALISIS DE RESULTADOS</b> .....	28
6	<b>DISCUSIÓN:</b> .....	41
7	<b>Conclusiones:</b> .....	44
8	<b>Recomendaciones:</b> .....	45
	<b>Referencias:</b> .....	47

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables. ....	25
Tabla 2. Diagnostico de maloclusión de Angle pacientes. ....	26
Tabla 3. Datos generales del grupo encuestado. ....	28
Tabla 4. Prueba Kolmogorov - Smirnov ....	30
Tabla 5. Rango de edad en los pacientes. ....	31
Tabla 6. Hábitos de los pacientes ....	32
Tabla 7. Porque motivo va usar ortodoncia. ....	33
Tabla 8. Porqué causa acudió al Ortodoncista. ....	33
Tabla 9 Quién te sugirió usar ortodoncia. ....	34
Tabla 10. Sufriste de burlas al momento de sonreír. ....	35
Tabla 11. Perfil de los pacientes. ....	35
Tabla 12. Satisfacción con su perfil facial. ....	36
Tabla 13. Tratamiento a realizarse tiene influencia frente a las demás personas. ....	37
Tabla 14. El tratamiento va a tener mejoramiento al comunicarse con otras personas. ....	37
Tabla 15. Importancia de usar tratamiento de ortodoncia. ....	38
Tabla 16. Diagnóstico según la clasificación de Angle dado por los doctores que estudian ortodoncia. ....	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Rango de edad en los pacientes.....	31
Figura 2. Diferenciación por Género .....	32
Figura 3. Hábitos de los pacientes. ....	32
Figura 4. Los pacientes van usar ortodoncia por estos motivos.....	33
Figura 5. Acudió al Ortodoncista .....	34
Figura 6. En mayor porcentaje te indico usar ortodoncia el odontólogo general.....	34
Figura 7. Nunca presentaban ofensas al sonreír. ....	35
Figura 8. Los distintos perfiles faciales de los pacientes.....	36
Figura 9. Satisfacción con su perfil facial de los pacientes. ....	36
Figura 10. El tratamiento cree que va a tener influencia frente a las demás personas. ....	37
Figura 11. La mayoría de los pacientes tienen mejoramiento positivo. ....	38
Figura 12. Mayor importancia usar tratamiento de ortodoncia. ....	38
Figura 13. Diagnóstico de maloclusión de Angle en los pacientes.....	40

## **1 CAPITULO 1**

### **1.1 INTRODUCCIÓN**

En la población ecuatoriana en el ámbito de salud oral las maloclusiones ocupan un lugar de afectación más frecuente; la estética al igual que una mal posición de las piezas dentales son modificaciones que suelen presentarse, como una mejor pronunciación que esta la fonética, la acción masticatoria y prevenir a las personas con mal oclusiones a que estas puedan desarrollar otras enfermedades asociadas como enfermedad periodontal y caries dental. El prevenir y tratar estos problemas de maloclusión según las maloclusiones de las clases de Angle y de identificar que necesitan estos tratamientos ortodónticos en estas personas con problemas de vital importancia que nos implica a que las maloclusiones sean modificadas y corregidas de tal manera la importancia de un tratamiento de ortodoncia.

Cada individuo tiene una necesidad diferente dependiendo de su caso a tratar por lo que este estudio se enfoca en saber frente a que paciente estamos presentes en nuestro consultorio Odontológico y de esta manera sugerir que tratamiento es el adecuado y mejorar la calidad de atención de cada paciente.

La necesidad de tratamientos adecuados de ortodoncia por maloclusiones dentales hay muchos estudios, pero datos casi nulos del motivo más común es la necesidad más grande porque se realiza un tratamiento de ortodoncia y de esta forma analizar qué importante es la situación de la necesidad de tener un tratamiento de ortodoncia tanto en salud, estética, en lo laboral y en lo social con las demás personas.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los pacientes deben necesitar mucha empatía para realizar dicho tratamiento el cual consiste en colocarse aparatología ortodóntica, de esta forma se busca tener un principal motivo para realizar este tipo de tratamiento de esta manera debemos tener presente los motivos a considerar el principal es la estética en el paciente, por trauma oclusal, maloclusión dental, etiología formada por diversos motivos por problemas de erupción dentaria, por las diferentes clases de mordida que presentan los pacientes.

Mordida cruzada bilateral que puede afectar a ambas arcadas dentarias de esta forma hay una pérdida de espacio en las diferentes arcadas dentarias como en el maxilar superior e inferior de esta forma podemos tener un buen diagnóstico de la misma e incluso puede llegar adoptar una buena posición de la arcada dental (Daokar, 2016, pág. 12).

Las diversas etiologías que consideramos para este tipo de investigación para el efecto tenemos que tener presente los diferentes tipos de hábitos y de esta forma identificar qué motivo es el más común y usual para realizar un tratamiento de ortodoncia considerando todo lo aprendido en estos años de estudio indicando de esta forma los más comunes y entender que ante ello tenemos muy importantes antecedentes y con ello con llevamos a tener una buena impresión de imagen y de esta mejorar su salud en su cavidad bucal (Abuaffan, 2016, págs. 7-10).

El tener una mejor sonrisa impacta positivamente en la autoestima en lo sociable con las personas por esto se debe conocer exactamente el comportamiento de las personas al momento de tomar una decisión en temas de salud oral enfocado a tratamientos de ortodoncia.

Por lo consiguiente en el ámbito psicológico y social muchas personas tienen su autoestima muy bajo frente estos problemas de identificarse que tiene uno o varios motivos para colocarse la aparatología de ortodoncia pero con mucha más importancia (Gazit-Rappaport, 2010, págs. 197-200).

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Este estudio se presenta como el motivo más común para colocarse una aparatología de ortodoncia como punto inicial e importante es la estética en el paciente y de esta manera tenemos que actuar para resolver dicho problema ya que presentan diferentes tipos de etiologías como la oclusión dental, genéticos además morfológicos y funcionales para necesitar un aparato de ortodoncia. Con la ayuda de las personas se realizará este tipo de estudio para controlar el motivo más común en determinados pacientes que por hoy se nos presenta en nuestro entorno laboral y muchas de las veces no le damos mucha importancia a otros aspectos importantes para el paciente.

Sin embargo, es fundamental la necesidad de los diferentes tipos de aparatos a colocar en cada paciente que necesita ya sea por su trabajo como uno de los principales puntos sin olvidar de la funcionalidad en boca que hoy en día necesitan de esta manera se está pensando en las correcciones oclusales de las dos arcadas para identificar la causa funcional por la que necesita un aparato de ortodoncia en estos pacientes.

El predominio de este tipo de estudio del motivo más común es tener en cuenta desde el inicio de corrección del aparato de ortodoncia cual es el motivo de mayor influencia para usar este tipo de tratamiento. Como antecedente tenemos los malos hábitos, los problemas de mal oclusión dental, mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral y la forma de querer tener una buena sonrisa.

## **2 CAPÍTULO II-MARCO TEÓRICO:**

### **2.1 OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN**

Una adecuada oclusión dental consiste en que los dientes de la arcada superior se relacionen con los de la arcada inferior de forma armónica permitiendo de esta manera una eficiente masticación y deglución de los alimentos dicción correcta entre otras funciones. De esta forma mantener una completa armonía o simetría facial, con una normo-oclusión u oclusión compensada que es importante para que los órganos dientes se encuentren en una función fisiológica normal (Gómez, 2016, págs. 66-67).

La maloclusión se define como cualquier desviación de la normal disposición de los dientes y se diferencia entre las diversas poblaciones, puede causar funciones alteradas como por ejemplo masticación y el habla; problemas de estética dentofacial que reducen la calidad de vida de los órganos dientes que están afectados (Gómez, 2016, págs. 66-67).

Las maloclusiones pueden originarse por factores hereditarios, ambientales, hábitos musculares bucofaciales nocivos, que atribuyen a funciones alteradas entre estos tenemos: succión no nutritiva prolongada, habito alimentario inadecuado, dieta pastosa, enfermedad nasofaríngea, obstrucción en la función respiratoria y postura de la lengua todos estos factores relacionados originan una maloclusión. En una edad temprana. Las maloclusiones se han posicionado en el puesto número 3 de las enfermedades más frecuentes se presenta más en niños que en adultos 90% (Krishnappa, 2016, págs. 294-297) (Balraj, 2016, págs. 3-6).

## 2.2 TIPOS DE OCLUSIONES:

Basada en la relación molar se establece las relaciones anteroposteriores de las arcadas dentarias es la base para la clasificación de Angle, llamada también como llave de oclusión de los primeros molares superiores tenemos la siguiente: (Morán, 2013, págs. 12-16)

**Clase I (neutroclusión):** es el momento en el que la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior ocluye a la altura del surco mesiobucal del primer molar permanente inferior, esta relación anteroposterior es normocclusión (Morán, 2013, págs. 12-16) (Agarwal, 2016, págs. 50-55).

**Características principales de la clase de maloclusión I:** En general es el apiñamiento dental mientras que el espacio es menos frecuente, la relación canina puede ser normal o puede ser clase I – II. Mordida abierta si su relación vertical se encuentra aumentada y si esta incrementada la sobremordida incisiva se encontrara una clase II mordida profunda. Puede presentar también mordida cruzada unilateral o bilateral en un incremento transversal por problemas esqueléticos verdaderos, como también se puede observar biprotrusión maxilar e proclividad de los incisivos centrales superiores e inferiores (Zamora Estrada, 2017, págs. 15-35).

**Clase II (Distocclusión):** cuando la cúspide distobucal del primer molar permanente superior ocluye en medio de la fosa del primer molar permanente inferior y segundo premolar permanente inferior presenta un patrón esquelético retrognático con resalte aumentado (Morán, 2013, págs. 12-16) (Agarwal, 2016, págs. 50-55).

### 2.2.1 Características principales de la clase de maloclusión II:

**División 1:** sobremordida horizontal, los bordes incisales de los incisivos inferiores se encuentran por detrás de los cíngulos de los incisivos superiores ya que están proinclinados asociada a un patrón esquelético clase II (Zamora Estrada, 2017, págs. 15-35) .

Si hay la presencia de un hábito puede causar una inclinación para adelante de los incisivos superiores o inclinación hacia atrás de los incisivos inferiores. En tejidos blandos se puede observar una posición mandibular para permitir así el contacto de los labios, en caso de una sobremordida el labio inferior funciona como tope palatino para los incisivos inferiores (Virginia M, 2012, pág. 179-189).

**División 2:** Presenta inclinación hacia atrás de los incisivos centrales superiores, con presencia anormal de una sobremordida horizontal es mínima, pero puede incrementar, se encuentra en patrones clase II – III debido a su retrognasia mandibular, altura facial inferior reducida y el mentón en proyección hacia delante. La línea labial inferior es alta en relación a los incisivos superiores y existe un incremento de la posición de reposo del labio (Zamora Estrada, 2017, pág. 15-35).

**Clase III (Mesioclusión):** es el momento en el que la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior descansa, en la mitad de la fosa del primer molar y segundo molar permanente inferior, y refleja una mandíbula prognática y una mordida cruzada (Jaime, 2004, págs. 209-214).

### **2.2.2 Propiedades principales de la clasificación de maloclusión III:**

El borde incisal de los incisivos superiores. La sobremordida horizontal se encuentra reducida o puede verse inversa. Los tejidos blandos favorecen la compensación dentoalveolar ya que la lengua se proinclina los incisivos superiores y el labio inferior fuerte proinclina los inferiores para lograr un tope incisal (Daokar, 2016, pág. 12).

### **2.3 ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES:**

Hereditarias: se presentan estas maloclusiones en el nacimiento o en el transcurso del desarrollo o crecimiento, se transmiten de generación a generación dentro de estas tenemos (Morán, 2013, págs. 12-16):

- Prognatismo
- Bruxismo

- Agenesias
- Diastemas
- Supernumerarios
- Macrodoncia
- Microdoncia

## **2.4 GIROVERSIONES CAUSAS GENERALES DE LA MALA OCLUSIÓN:**

**Clase I:** Dieta blanca, genética, dientes supernumerarios, alteraciones de tamaño y forma de los dientes (Daokar, 2016, pág. 12).

**Clase II:** Respirador bucal, Genética, hábitos como succión digital (Jiménez, 2017, págs. 41-44).

**Clase III:** Contacto prematuro de dientes temporales, Genética, adenoides, frenillo lingual corto y macroglosia (Daokar, 2016, pág. 12) (Jiménez, 2017, págs. 41-44).

## **2.5 EL TRATAMIENTO DE MALOCLUSIONES DENTALES:**

Los tratamientos de las maloclusiones son muy imponderables porque se debe considerar su origen que la ocasiono como por su etiología, a nivel de su crecimiento que nos indicaría la edad del paciente, problema de corrección de dichas maloclusiones como la razón y colaboración por parte del paciente.

Los tratamientos ortodónticos empleados en un primer plano para la corrección de estos problemas que pueden ser sagitales y transversales acompañados de otras patologías como puede ser, apiñamientos dentales las cuales pueden alterar la estética como principal factor, al igual que la función masticatoria y fonética posiblemente en las personas de diversas edades.

Durante la etapa de crecimiento es la más adecuada para la corrección de dichas patologías como es la etapa puberal y pre-puberal con el tratamiento ortopédico u ortodóntico como para tratar corregir maloclusiones de clase II o de Clase III. En ocasiones que existan casos de grandes deformidades y asimetrías de los maxilares, ya se puede combinar tratamientos como en el caso de Ortodoncia y

cirugía ortognática. En estos casos con el fin de corregir una buena oclusión e intercuspidadación con el tratamiento de ortodoncia (Rojas & Garcia, 2017, págs. 73-74).

## **2.6 HÁBITOS:**

Estos pueden ser descritos como práctica o rutina adquirida por la reiteración usual del mismo hecho, en el que cada reiteración se hace menos consiente y si insiste con frecuencia puede ser olvidado completamente o inconscientemente (Gil, 2006, págs. 275-279).

## **2.7 HÁBITOS SUELEN CLASIFICARSE EN GENERALES Y ORALES:**

### **2.7.1 Generales entre estos tenemos los siguientes:**

**Fisiológicos:** Se presentan cuando existe la presencia de un estímulo entre este tenemos la micción, la sed, hambre, etc.

**Físicos:** producen estímulos inespecíficos limitando el comportamiento de la persona, ejemplo; la postura para dormir, ver televisión, etc.

**Mentales:** modo de actuar que se logra obtener para ejercitar la mente, guardar conocimientos para reaccionar sin lucidez ante las ideas o ante los individuos.

**Hábitos orales:** son rutas de esparcirse de forma sensible y de igualdad de estados de nerviosismo.

### **2.7.2 Etiológicamente se han clasificado en: (Gil, 2006, págs. 275-279)**

**Hereditarios:** Son aquellas deformidades congénitas que producen un hábito recurrente, por ejemplo: lengua bífida, inserciones cortas de frenillos linguales, etc.

**Placenteros:** succión digital.

**Instintivos:** Entre este tenemos el hábito de la succión, es funcional en las primeras fases de la vida, si en una circunstancia dura en un periodo causa trauma en la cavidad oral.

**Defensivos:** ocurrencia de la respiración oral en individuos con alergias, rinitis, asmáticos, etc.

**Imitativos:** en la forma de poner la lengua y los labios, al momento de hablar, al hacer gestos, muecas, etc.

**Adquiridos:** En pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente como en paladar fisurado mantienen la fonación nasal, en la práctica de ciertas palabras que les son muy difíciles de pronunciar en estos casos.

### **2.7.3 Succión:**

Es vincular de manera inicial en el feto el comportamiento específico y en recién nacido impulsado en los sabores, cambios térmicos y aromas así en una contestación a impulsos en la cavidad oral.

Este hábito logra expandirse en un periodo a causa de un aburrimiento, cansancio, salir de la existencia a la ficción, alejamiento positivo y causas familiares; el déficit de amamantamiento conlleva el usar el biberón y los niños hace que no cierra los labios con tanta necesidad y de esta manera la presión de la lengua hace que se altere el control del flujo exagerado de leche y ocasiona que haya un mínimo nerviosismo y agitación muscular y no favorece el desarrollo y crecimiento del sistema estomatognático, como causa el hábito la succión que no es nutritiva son: succión del pulgar y otros dedos, succión chupón, labial y succión de otros objetos (Mendoza L, 2014, págs. 220-227).

### **2.7.4 Succión del pulgar.**

En este tipo de hábito participa mucho la función de los músculos y de esta forma crean un espacio en la cavidad oral. El pterigoideo externo por su acción deprime la mandíbula y aumenta un vacío en la cavidad intraorales y genera una presión negativa. El vacío formado en la cavidad oral impide la acción de los músculos de los labios para que rompa esta fuerza generada de una forma perjudicial para los tejidos blandos y duros de la cavidad oral (Gómez, 2016, págs. 72-75).

### **2.7.5 Succión labial.**

Es mayor mente encontrada en niños, que en adultos ya que causa en los incisivos antero inferior retroinclinación y movimiento de protrusión en los incisivos superiores.

### **2.7.6 Onicofagia.**

Se indica como una práctica de estarce con los dientes masticando u comerse las uñas, hábito que es muy repetible en pacientes como en niños y adolescentes en igual proporción en los dos sexos, y no presenta relación con alguna empatía a nivel mental del individuo que la realiza.

### **2.7.7 Bruxismo.**

Hábito no funcional, puede ser voluntario como involuntario que se ejecuta de forma nocturna o de forma diurna con manifestación de apretamiento o rechinariento, eventual de los dientes, ambas expresiones actúan en dos maneras diferentes dependiendo de la conciencia del paciente.

Según estudios realizados parece modificado de una manera excesiva de masticación de chicles, morder objetos dulces, cadenas, en muchos de los estudios relacionan a la dentición mixta vinculando, con interferencias oclusales y una menor protección canina que lego reduce con la edad, el cual no avanza en niños como en adultos con la misma intensidad. De por medio las afecciones bucales indicadas como: enfermedad periodontal, la atrición, la disminución de la dimensión vertical y alteración en la mordida (Mendoza L, 2014, págs. 220-227).

### **2.7.8 Mordida abierta:**

Se explica la definición como, ausencia de contactos entre los dientes localizada en la parte anterior de los maxilares superiores e inferior la particularidad de esta maloclusión pueden estar inmersas en su causa, clases de maloclusión, así también en su forma de dar una solución por medio del tratamiento (Toledo, Roberto, & Uribe-Querol, 2015, págs. 47-55).

Definición según Rodríguez, reporta que la mordida abierta como maloclusión es cuando los incisivos no contactan con sus antagonistas no pueden llegar a la línea de oclusión por lo que también puede pasar en la parte posterior, o pueda que pase

en conjunto tanto en el sector anterior como en el posterior (Rodríguez & White, 2007, págs. 50-62).

**Etiología:** la mordida abierta las causas que pueden originar ya sea de forma hereditaria que se puede efectuar en la etapa pre o posnatal sobre la estructura que conforma el aparato estomatognático (Rodríguez & White, 2007, págs. 50-62).

La mordida abierta puede ser como la deglución atípica porque la lengua puede romper el equilibrio ya sea en los dientes incisivos como puede afectar a los músculos de los labios lengua carrillos.

La succión digital, labial por un periodo largo puede ser una de las posibles causas que ocasione mordida abierta, al igual que los respiradores bucales también es n principal causa porque la lengua llega a descender y causa un desequilibrio entre los músculos suprahioides y maxilares que puede afectar el desarrollo del cráneo y producir mordida abierta (Rodríguez & White, 2007, págs. 50-62) también puede darse una sobre erupción de los molares si hay una hipotonicidad de los músculos que disminuye el soporte de los dientes dentro de los maxilares que posiblemente puede causar mordida abierta.

También desde un punto de vista la genética tanto en el desarrollo de los dientes y hueso que generalmente la herencia podría originar la etiología principal sin olvidar la posición y tamaño de los maxilares. Como también congénitamente se adquiere defectos las fisuras del labio alveolo palatinas porque esto impide un cierre labial acompañado de las alteraciones musculares que puede estar en desoclusión o en una posición en reposo (Rodríguez & White, 2007, págs. 50-62).

La mordida abierta se clasifica en: (Rodríguez & White, 2007, págs. 50-62)

Falsa mordida abiertas (seudomordida abierta), es cuando las piezas dentales se encuentran inclinadas hacia delante llegan a los caninos y no producen afección o daño a los soportes óseos el problema es alveolo dentario.

Verdadera mordida abierta (esquelética), pertenece a un biotipo esquelético dolicofacial es muy divergente donde los huesos de los maxilares tienen una separación de los dientes y no llegan a tener un contacto oclusal.

Por su localización la mordida abierta puede ser anterior, posterior o ser completa.

La mordida abierta puede ser tratada de acuerdo a lo siguiente:

Esta anomalía comprende etapas el tratamiento de la mordida abierta. La etapa de prevención es aquella que mediante un aparato fijo o removible puede ser controlada de esta manera.

La etapa interceptiva en la que igual se utiliza aparatos como el de alta tracción del arco extraoral.

La etapa correctiva donde ya se ayuda con aparatología de ortodoncia fija con elásticos con intrusión de los molares o también puede ser un tratamiento con cirugía ortognática y ortodoncia (Smithpeter & Covell, 2010, págs. 605-614).

Funciones orofaciales: pueden ser calificadas como un test o una prueba en función muscular bucofacial como puede ser en la fonación, deglución, función masticatoria y respiración pueden ser calificadas cada una de estas.

Respiración: es de vital importancia para el ser humano la respiración porque es un proceso fisiológico que empieza cuando se nace y las estructuras cráneo faciales van a tener un buen funcionamiento si la persona tuvo un correcto crecimiento y desarrollo durante su proceso.

### **2.7.9 ALTERACIONES DE LA RESPIRACIÓN:**

La respiración oral como un problema puede tener varias complicaciones como cuando se presenta un obstáculo de esta forma e impide el ingreso del aire por la nariz o nasofaringe que se conoce con el nombre de obstrucción funcional u anatómica, esto se puede dar por varios factores por la existencia de adenoides muy grandes, cornetes hipertróficos o amígdalas palatinas, presencia de patologías como sinusitis o tumores, pólipos nasales, por traumas como desviaciones de tabique nasal, inflamación de la mucosa nasal es decir una presencia de rinitis alérgica que son los motivos más frecuentes para la respiración oral y de esta forma muchos pacientes se les dificulta la inhalación del aire durante la inspiración de esta forma usan como vía para respirar de manera auxiliar para respirar a la cavidad bucal por lo que son estos pacientes de mucha importancia en nuestras consultas diarias porque se les trata de una manera diferente y rápida para que no se presente ninguna dificultad en el momento en que se está realizando cualquier tipo de tratamiento.

Como otro punto muy importante es la importancia que le damos a ciertas manías o hábitos que las personas adquieren de una u otra forma ya sea por repetir a otra persona o porque lo desarrollo con su vivir diario como son: succión digital, succión labial, interposición lingual, sin olvidar la deglución atípica, se podría considerar un hábito a la respiración bucal sea porque presento alguna obstrucción nasal o porque la persona ya lo adquirió como una costumbre respirar por la boca.

Respirador oral presenta efectos esqueléticos y buco faciales que son muy importantes: (Rodríguez & White, 2007, págs. 50-62).

- 1.- Narinas estrechas que pueden presentarse ambas por deficiencia respiratoria o solo puede ser una.
- 2.- Labios resecos agrietados, también puede presentar queilitis angular.
- 3.- Labio inferior hipertónico y el superior hipotónico.

- 4.- Paladar estrecho y profundo de forma ojival por comprensión muscular a nivel de premolares.
- 5.- Los senos paranasales presentan un hipodesarrollo que se encuentran hacia la base de la arcada dentaria superior
- 6.- Crecimiento del tercio facial inferior.
- 7.- Interposición lingual con mordida abierta anterior.
- 8.- Los músculos buccales del mentón sufren una hipertrofia.
- 9.- Desarrollo de una mordida cruzada uni o bilateral posterior.
- 10.- Facies adenoideas, con características de un rostro estrecho hipodesarrollado de los huesos de la nariz, alargado, orejeras profundas, surcos nasogenianos bien marcados y ojos caídos.
- 11.- Dientes con apiñamiento o rechinamiento dentario con linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores.

## **2.8 PLAN DE TRATAMIENTO:**

El Ortodoncista está indicado para evaluar, identificar y de esta manera demostrar un adecuado tratamiento ortodóncico y darle una mejor apariencia a todos los dientes incisivos como molares de las dos arcadas superior e inferior en general a la cavidad oral controlando que tenga un correcto plano oclusal con buena funcionalidad, que no estén los dientes posteriores extruidos y que los dientes anteriores no estén muy hacia delante vestibularizados los incisivos.

Todo tratamiento depende de ciertos factores que depende de un efectivo tratamiento:

**Etiología:** Todo individuo presenta un diferente caso, por lo que debemos analizar a qué tipo de problema estamos en frente de nuestro consultorio, de esta manera identificar la naturaleza, la etiología y a la afección que cada paciente presenta. Dado que estas alteraciones están presentes en el maxilar como en la mandíbula son muy comunes las alteraciones verticales en el crecimiento vertical, como en el

desarrollo de los dientes y en el complejo dentoalveolar importante para indicar anomalías en los dientes ya sea en su orientación y en los hábitos que pueda estar relacionado con dichas alteraciones y de esta manera modifique la orientación de los mismos.

**Edad:** es muy importante y difícil de indicar las alteraciones que se pueden presentar ya sea a nivel de los incisivos, estos cambios pueden aumentar según sigue el individuo creciendo como es en los 9 a 12 años a una edad muy temprana que desde los doce años puede permanecer estable se puede dar un control porque ya presenta un proceso de dentición mixta que es una correcta edad para determinar una corrección temprana de las alteraciones que podría presentar estos individuos por diferentes factores que se presentan en estos estadios. En el control temprano reduce el tiempo de usar un tratamiento de ortodoncia si lo amerita el paciente o simplemente con un tratamiento de ortopedia se puede solucionar dicho problema o afección si se identificaría tempranamente.

## **2.9 EN PACIENTES ADULTOS PRESENTAN TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS EN ORTODONCIA:**

El lograr obtener un tratamiento ortodóntico común, no dependiendo del periodo de edad que presente, aunque a nivel clínico se tomaría en cuenta los diferentes movimientos, debemos considerar de los dientes los límites biológicos y armazón de sostén de los mismos al momento de ejercer fuerzas que sean leves y controladas porque en pacientes jóvenes los tejidos responden diferentes a los tejidos de los adultos con respecto a las fuerzas y movimientos aplicados en ellos. Si el paciente presenta alguna enfermedad sistémica o está bajo tratamiento farmacológico se debe considerar de mayor cuidado.

El tratamiento en si en pacientes adultos se define como un movimiento de los dientes para controlar la enfermedad de esta manera facilita otros procedimientos dentales necesarios como restaurar la función y mejorar la estética. En este tratamiento deben intervenir varios clínicos y coordinar cuidadosamente este tipo de

tratamiento ortodóntico como el tratamiento restaurador como principal factor y el periodontal de mayor importancia.

Se puede buscar con este tipo de tratamiento ortodóntico:

- 1.- después de las extracciones la reposición de los dientes que se hayan descentrado o por resorción ósea para elaborar o diseñar una prótesis fija colocar implantes osteointegrados es más indicado.
- 2.- Al realizar restauraciones más estéticas en el sector anterior la alineación de los dientes anteriores se puede hacer excelentes ferulizaciones, dando forma a las troneras con un contorno óseo bien adecuado.
- 3.- La rectificación de alteraciones de maloclusión como mordidas cruzadas en los maxilares comprometen la función porque, aunque no todos hacen este tipo de rectificación no suele demostrarse.
- 4.- estructuras radiculares cuando se exponen por una erupción forzada de los órganos dientes que están destruidos en estos se fabrican las coronas.

Otro factor más común es a nivel del ATM (articulación temporomandibular) en el cual acuden los pacientes a la atención esta tiene por objetivo la atención a diversos problemas como la dinámica mandibular funcional, oclusión y que afecta sintomatológicamente a las personas. La rehabilitación que es más usual es con una férula acrílica activa, para devolver o mejorar la funcionalidad de las estructuras estomatognáticas y disminuir la sintomatología.

Se considera tres métodos importantes para el tratamiento de la sintomatología del dolor miofacial: modificación de la situación condilar y aumento de la dimensión vertical, conciencia cognitiva, efecto placebo, aumento del impulso periférico hacia el sistema nervioso central, reducir la reacción del paciente al estrés o mejorar la oclusión, reducir la cantidad de estrés; dificultando así de que el paciente se lesione. Factores a considerar: alteración de la situación oclusal.

## **2.10 ESTÉTICA FACIAL.**

De acuerdo a este tema consideramos muchos aspectos para plantear un tratamiento de ortodoncia adecuado, como identificando su etiología, su perfil facial y su modelo estético vertical y con la demostración de sus dientes y sonrisa.

Este término hoy en día es muy usado tanto para sentirse bien si está expresando lo bello y lo contrario como es la feo dato que es importante y beneficioso en tanto para algunos pacientes que empiezan este tipo de tratamiento que como a otros no les importa sino que van por mejorar, algunos devolver su funcionalidad masticatoria o problema que se encuentre afectado y el querer tener un tratamiento de este tipo de complejidad. (Companioni , E, Torralbas Velázquez, & Sánches Mesa, 2010, págs. 50-61)

La belleza es un sentimiento de admiración que engloba una serie de actitudes que busque y produzca satisfacer a la mente, a los sentidos y de no ser engañados por los mismos

Angle en la ortodoncia moderna siempre insinuó diciendo que el resultado exitoso en la modificación de las maloclusiones debe sembrar crear amor, habilidad, belleza y observar cuidadosamente las líneas que conforman la cara humana ya sean anormales o normales que el ser humano presenta para poder ser modificado de una manera adecuada a su gusto y satisfacción (Companioni , E, Torralbas Velázquez, & Sánches Mesa, 2010, págs. 50-61).

Todos somos influenciados por una serie de factores fisiológicos, aspectos físicos, psicológicos y sociales que nos tienen organizados e interpretados por estímulos ambientales de acuerdo a métodos como es el más importante el de la percepción de cada individuo.

En la odontología contemporánea imponen varias técnicas para ayudar de forma objetiva a la estética del individuo dentro del complejo bucofacial, tomando en cuenta en la estructuras dentales, forma, tamaño, función, color exposición dental estas posiblemente podrían ser características estéticas en la posición del órgano

dentario que sería considerado como una belleza objetiva desde este punto de vista (Van der, Oosterveld, Van Heck, & Kuijpers-Jagtman, 2007, págs. 759-765).

La estética facial esta especificada de tres maneras:

Macroestética: identifica la facie del individuo de diferentes angulaciones dando importancia al perfil mirándolo de frente.

Microestética: identifica la estructura como se encuentran tanto en el color, tamaño, forma con relación a la posición de los órganos dientes.

Miniestética: identifica la forma de su sonrisa incluyendo los movimientos de los labios, la demostración, ubicación y relación de los labios y dientes especificando el grado de la sonrisa del paciente.

## **2.11 PERFIL FACIAL:**

Es muy importante identificar los puntos cefalómetros, al momento de hacer un análisis cefalómetro mediante la radiografía de perfil en los pacientes al momento de realizar n tratamiento de ortodoncia, esto permite corregir algunas alteraciones de la dentadura y de la mordida dependiendo de diferentes factores que ocasiono este problemas (Cunillera, 2009, págs. 17-24.) .

Tres partes importantes la constituyen como el tercio superior, el tercio medio y el tercio inferior. La relación tridimensional de las mismas que determina el contorno facial de las personas y para que sea confiable este tipo de análisis es importante mantener la posición natural de la cabeza. Con este análisis se constata que a lo largo del crecimiento facial se dirige el maxilar inferior suele proyectarse hacia delante en relación al maxilar inferior.

El plano estético de Ricketts es importante en este análisis en el cual se traza una línea que pase por la punta del mentón y la nariz. Después se toma la distancia entre el plano estético y el labio inferior la que debe ser menor a 2mm (Cunillera, 2009, págs. 17-24.). (Sundareswaran & Ramakrishnan, 2016, págs. 17-24.)

También se debe observar la morfología y proporciones del perfil en sentido: Vertical proporciona a la cara en tres tercios iguales: superior que va de trinchion-gabela; Gabela-subnasal y subnasal-mentoniano.

**2.11.1 Sagital:** este nos indica el retroceso o avance de las diferentes partes o estructuras como la gabela y dorso de la nariz, punta de la nariz, ángulo nasolabial y los labios superior e inferior.

**2.11.2 Perfil facial recto:** se figura entre la barbilla y los maxilares una línea se casi recta se establece que se han posicionado y han crecido los maxilares en forma adecuada. En las personas que entran en este tipo de perfil y con las características adecuadas no es necesaria la intervención quirúrgica ni ortodoncica a menos que el origen sea etiológico o presente otros factores que ameriten un tratamiento de ortodoncia (Cunillera, 2009, págs. 17-24.).

**2.11.3 Perfil facial cóncavo:** desde la punta de la nariz con el maxilar superior y el maxilar con la barbilla las líneas se unen formando la punta de ángulo abierto estamos frente a un perfil cóncavo. Esto indica que el maxilar superior se encuentra en retrusión con respecto a la mandíbula, los individuos que presentan estas características han tenido un crecimiento del maxilar superior inferior con respecto a un hipercrecimiento de la mandíbula (**Cunillera, 2009, págs. 17-24.**).

**2.11.4 Perfil facial convexo:** esto nos indica que el maxilar superior se orienta muy por delante respectivamente a la mandíbula y forma un ángulo convexo de esta manera con la punta de la nariz. Esto indica que la mandíbula ha crecido de manera desproporcionada no ha desarrollado correctamente mientras que el maxilar superior ha crecido de forma exagerada (**Cunillera, 2009, págs. 17-24.**).

El Ortodoncista tiene una ardua tarea en llegar o tratar de llegar a tener una simetría que caracteriza a la persona que determina un tratamiento de ortodoncia, desde este punto en el momento en que realiza el examen clínico ya va considerando donde está la afección como las proporciones áureas que están desproporcionadas a nivel facial. Desde este punto ya es de considerar las características más importantes como es el factor importante la funcionalidad, la estética, como en algunos casos se podría devolver cierta apariencia juvenil y cuando los pómulos de

la cara son muy marcados (Companiononi , E, Torralbas Velázquez, & Sánchez Mesa, 2010, págs. 50-61).

En el perfil varios autores se enfocaron en evaluar tanto la armonía como la desarmonía del perfil que es un aspecto fundamental en la estética de los pacientes para considerar como es atractivo y llegaron a concluir que los perfiles de clase I son considerados como más atractivos (Rodríguez, Vargas, & Cambrón, 2014, págs. 9-17).

## **2.12 EN EL ÁMBITO PSICOLÓGICO:**

Los tratamientos en los pacientes reflejan mucho su autoestima. Hoy en día con la ayuda de los medios sociales como el internet medios de comunicación o al estar visitando un centro comercial se ve que se entrega ayuda de cualquier publicidad como cabe destacar la de ofrecer tratamientos de ortodoncia de diferentes maneras que nos hace pensar de diferentes formas la necesidad de adquirir y poder darnos esta nueva visión de la perspectiva de las personas, creando un prejuicio social basado en el aspecto físico y que nos hace creer que tenemos que ser o tener el cuerpo, la cara, hasta la ropa de los famosos o modelos (Gazit-Rappaport, 2010, págs. 197-200).

Con forme pasan los años todos estamos en un entorno de crecimiento ya sea desde la niñez hasta la adolescencia o edad adulta y comenzamos a interactuar con muchos avances que cada día se van desarrollándose de esta forma pueda que afecten a unos como les beneficie a otros, pero si se ve que algunos cambian su estatus de manera muy baja y de tener ideas propias para conllevar su vida diaria propia de nosotros como seres pensantes.

Desafortunadamente en las escuelas secundarias y primarias tiene lugar el conocido bullying; el cual es un acoso u hostigamiento físico o psicológico que afecta gravemente a las victimas ya que son maltratadas física y psicológicamente y, como se sabe “El éxito o fracaso en diversos ámbitos, la reacción de los otros a

sus esfuerzos, las reacciones y evaluaciones a sus compañeros determinarán el lugar social del adolescente”.

Muchas veces por el simple hecho de tener los dientes mal alineados o chuecos el joven está predispuesto a sufrir todo tipo de burlas que lo hacen sentir rechazado, inseguro, tímido; quienes lo padecen tienden a esconderse con tal de evitar tal situación. También se menciona, en un análisis, el motivo por el cual iniciaban el tratamiento los pacientes: 91% por motivos estéticos.

La solución para una mala alineación dental se da a través de un tratamiento ortodóntico el cual ayudara a resolver los problemas dentales, faciales y hasta los psicológicos. Es muy común encontrar personas que estén bajo tratamiento ortodóntico, la mayoría con el fin de mejorar su aspecto estético para encajar en el medio social en el que se desenvuelven. Un alto número de tratamientos de este tipo se realiza en pacientes infantiles y adolescentes, los que están más frecuentemente expuestos al rechazo o burla (Gazit-Rappaport, 2010, págs. 197-200).

Diversos estudios demuestran que la identificación de la propia belleza facial que le complementa con los pensamientos y sentimientos eficaces relacionados a nivel de la zona facial y dental y de tener una mejor sonrisa es de mucho interés para ciertas personas claro que hay excepciones, pero está incluido la unión de las maloclusiones con el ámbito de tener una mejor estética y de tener su autoestima muy alto. Esto quiere decir que nos preocupamos gravemente por el aspecto físico o el qué dirán que por la salud o la función adecuada. Efectos en el tratamiento ortodóntico los niños o jóvenes que presentan maloclusiones dentales y que tienden a recurrir a un tratamiento ortodóntico por lo general muestran un cambio positivo en el aspecto psicológico, físico y social como: (Quiroz O, 2003, págs. 10-14)

Motivación de los padres: la característica de personalidad de ser adulto se relaciona para usar aparatos y por lo tanto el éxito definitivo de la terapia correctiva,

los padres influyen mucho dando interés por el tratamiento y procurar una mejor salud en sus progenitores.

Aceptación social: en la mayoría de la población independiente de la edad es posiblemente la motivación dominante (Gazit-Rappaport, 2010, págs. 197-200).

Satisfacción de la apariencia: es como una mejor sonrisa y el verse bien e incluso en pacientes con problemas muy severos de maloclusión, para solicitar un tratamiento de ortodoncia.

Aprobación de compañeros: de mucha importancia para la búsqueda de la ayuda ortodóncica, claro que la aceptación grupal es fundamental en el desenvolvimiento social del individuo.

La salud y el beneficio: presenta un número alto de pacientes que necesitan un aparato de ortodóntico únicamente para equilibrar sus condiciones de salud.

Deseo de aventura: el tratamiento en una experiencia fascinante suele convertir, en algunos pacientes existe como un deseo de aventurarse en el mundo de los mayores o compañeros de clase (Quiroz O, 2003, págs. 10-14).

El papel del especialista en ortodoncia, así como es importante el conocimiento científico para ejercer la odontología adecuadamente, es necesaria la incorporación de otras disciplinas y ciencias para practicar óptimamente la profesión, porque en el aspecto clínico debe estar preparado para motivar al paciente a la hora de realizarle el tratamiento ortodóntico (Gazit-Rappaport, 2010, págs. 197-200).

Ciertos investigadores como es Sundareswaran & Ramakrishnan en 2016 instaura el IOTN como un índice fácil de utilizar, para ser aplicado sin requerir ninguna experiencia y de esta manera el paciente no se afecta psicológicamente ya que es utilizado y muy reconocido este índice a nivel de muchos países (Sundareswaran & Ramakrishnan, 2016, págs. 57-63).

### 3 CAPITULO III

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los principales motivos que llevan hacia la colocación de aparatología ortodóntica en pacientes de 20-35 años de edad que acuden al Centro de Atención Odontológica de la Clínica de la Universidad de las Américas Periodo septiembre 2017 a octubre 2017.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

\*Identificar el motivo más común para colocar una aparatología de ortodoncia en pacientes adultos 20 a 35 años de edad que acuden a la clínica de la Udla.

\*Evaluar la repercusión psicosocial de las alteraciones estéticas dentales.

\*Determinar el diagnostico dado por los estudiantes de posgrado la incidencia de las clasificaciones de maloclusión de Angle en los pacientes atendidos.

#### Hipótesis:

No aplica porque es un estudio observacional descriptivo.

### 4 CAPITULO IV

#### 4.1 MATERIALES Y MÉTODO:

- ❖ Uniforme clínico de la Udla.
- ❖ Gorros desechables
- ❖ Encuesta del anexo (3-4)
- ❖ Lápiz, borrador y esferográfico
- ❖ Formulario de diagnóstico
- ❖ Cámara del celular
- ❖ Aspectos bioéticos

#### **4.2 MODELO DE ESTUDIO:**

La actual investigación es de un modelo descriptivo de corte transversal. El cual modelo de estudio descriptivo porque estudiamos la frecuencia con que ocurre este motivo más común y transversal porque aprenderá las variables importantes y conjuntamente en un momento determinado haciendo un corte en el tiempo.

#### **4.3 RECURSOS TÉCNICOS:**

Computador, Internet, Programas de software: Word, Excel, IMB SPSS

#### **4.4 UNIVERSO DE LA MUESTRA**

El universo estará constituido por todos los adultos no mayores ni menores de 20 – 35 años de edad que acuden a la clínica de atención Odontológica de la UDLA.

Muestra será seleccionada a los adultos de 20 -35 años que acuden a la clínica de la UDLA por requerir una aparatología de ortodoncia, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión con los cuales se logró obtener este número de individuos.

Serán escogidos 60 personas según los principios de incorporación y eliminación.

#### **4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes de 20-35 años de edad.
- Pacientes que vayan a usar o que estén usando un aparato de ortodoncia por primera vez.
- Consentimiento informado a las personas sobre lo que van a realizar y sobre su participación en el estudio.

#### 4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no desean participar en dicho estudio.
- Pacientes que sean menores 20 años de edad.
- Pacientes que sean mayores a 36 años de edad.

#### 4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Tabla 1. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ANÁLISIS
Malos Hábitos Orales	Hábitos nocivos para su progreso facial realizados a los pacientes.	Incidencia común de los malos hábitos	Encuesta entregada a los participantes.	Onicofagia Succión labial Succión digital Morder Objetos
Edad	Es el periodo que ha ocurrido en una persona o animal u objeto desde su origen o nacimiento	Pacientes englobados entre las siguientes edades: 20 y 35 años	Los pacientes estañen un porcentaje entre un rango de edad de 20 a 35 años	Es una variable cualitativa continua.
Genero	Requisito que esta estimulado por una serie de particularidades especificas, que le diferencian uno del otro entre masculino y femenino.	Pacientes que están divididos en masculinos y femeninos	Porcentaje de los pacientes Masculino y Femenino.	El género es una variable cualitativa <b>1.-Masculino</b> <b>2.-Femenino</b>
Maloclusión	Observación clínica y física, en donde se examinara la clasificación de Angle que corresponden.	Clase molar de Angle	Relación Molar de primeros molares superiores e inferiores, perfil facial.	1.-Clase I maloclusión 2.-Clase II maloclusión 2.1 División 1 clase II 2.2 División 2 clase II 3.-Clase III

#### 4.8 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO:

Para empezar con la recolección de datos se solicita permiso de la directora de clínicas de la Facultad de Odontología de la UDLA.

Indicación del consentimiento informado para que los pacientes me den su autorización de la participación de dicha encuesta.

Colaboración del doctor encargado del paciente para realizar el tratamiento de ortodoncia.

La encuesta se compone de 10 preguntas, y marque con un “O” círculo una de las alternativas según crea conveniente escoja una sola respuesta por pregunta. Para esto con toda sinceridad deben ser respondidas ya que se utilizarán para la realización del presente estudio. También se realizará una pregunta incluida en la encuesta a cada doctor de posgrado para identificar el diagnóstico de maloclusión según la clasificación de Angle, como fichas para recolectar información:

#### 4.9 TÉCNICAS, ESTANDARIZACIÓN E INSTRUMENTOS:

Se efectuó una prueba piloto en 6 pacientes de posgrado de la Universidad de las Américas con el propósito de identificar, certificar asignar cual es el motivo más importante en esta investigación para ser aplicada.

Instrumentos que se utilizaron en esta investigación:

Encuestas para identificar el motivo más común y sobresaliente para usar este tipo de tratamiento ortodóncico dependiendo de la edad de los pacientes e indicando los diferentes tipos de orígenes y otros factores incluidos en este análisis.

Un cuestionario a los doctores y doctoras para identificar el tipo de Angle que los pacientes se presentan y hasta donde pueden llegar con este tipo de tratamiento considerando el origen de la maloclusión y otros aspectos para estos diferentes Factores con que el Paciente se presenta en la consulta odontológica.

Tabla2. Diagnóstico de maloclusión de Angle pacientes.

N°	Nombres	Edad	Sexo	Diagnóstico de maloclusión de Angle
1	Verónica Yanchapaxi	20	F	Clase II
2	Paola Correa	21	F	Clase II
3	María Rojas	20	F	Clase II
4	Kristel Pacheco	32	F	Clase I
5	Xavier Peña	27	M	Clase III
6	Elian Quiroga	20	M	Clase I

7	Nieves Donoso	32	F	Clase II
8	Ricardo Carrera	25	M	Clase II
9	Marcelo Tobar	20	M	Clase I
10	María Garcés	22	F	Clase II
11	Alva Jiménez	34	F	Clase I
12	Lorena Chávez	33	F	Clase II
13	Juan Barrera	21	M	Clase II
14	Katherine Urquizo	20	F	Clase I
15	Elizabeth Álvarez	30	F	Clase II
16	Marcelo Tobar	32	M	Clase II
17	Fernanda Aynca	34	F	Clase I
18	Gina Castro	34	F	Clase II
19	Alejandra Sampedro	20	F	Clase II
20	Brionna Pinargote	28	F	Clase II
21	Karolayn Montalvo	26	F	Clase I
22	Liliana Haro	22	F	Clase II
23	Martin Túquerrez	32	M	Clase II
24	Jean Carlos Almeida	29	M	Clase II
25	Jennifer Andrade	25	F	Clase I
26	Jonathan Villalba	29	M	Clase I
27	Wendy Arguello	21	F	Clase I
28	Camilo Pavón	24	M	Clase II
29	Javier Quintanilla	20	M	Clase I
30	Laura Flores	20	F	Clase I
31	Carla Paredes	28	F	Clase II
32	José Naula	27	M	Clase I
33	Vanessa Jami	22	F	Clase II
34	Ricardo Robayo	32	M	Clase II
35	Alejandra Estrella	32	F	Clase I
36	Gionina Verdesoto	21	F	Clase I
37	Pablo Sánchez	20	M	Clase I
38	Andrea Jiménez	27	F	Clase III
39	Carlos Cajamarca	26	M	Clase I
40	Alexander Dávila	33	M	Clase I
41	Jhosiné Sánchez	29	F	Clase II
42	Jesy Amores	20	F	Clase I
43	Jefferson Naula	21	M	Clase II
44	Stalin Correa	20	M	Clase II
45	Víctor Betán	22	M	Clase III
46	Damián Pazmiño	25	M	Clase I
47	Fernando Vera	20	M	Clase II
48	Ximena Estrada	29	F	Clase III
49	Rosa Escobar	33	F	Clase I
50	Karen Gómez	25	F	Clase II

51	Cristian Llano	29	M	Clase I
52	Lourdes Mejía	24	F	Clase II
53	Paola Ontaneda	23	F	Clase I
54	Diego Ordóñez	20	M	Clase I
55	Jhon Gómez	20	M	Clase I
56	Jessica Ontaneda	26	F	Clase II
57	Rosa Estrada	29	F	Clase I
58	Antonio Cárdenas	30	M	Clase II
59	Luis Cortez	29	M	Clase II
60	Stalin Cevallos	27	M	Clase I

## 5 CAPITULO V- ANALISIS DE RESULTADOS

En la siguiente investigación se quiere determinar los principales motivos que llevan hacia la colocación de aparatología ortodóntica en pacientes de 20 a 35 años de edad que acuden al Centro de Atención Odontológica de la Clínica de la Universidad de las Américas Periodo septiembre 2017 a octubre 2017. Para lo mismo, se ha aplicado una encuesta a un total de 60 pacientes la cual consta de 10 preguntas las cuales abarcan todas las posibles causas que motivan a los pacientes a someterse a un tratamiento de ortodoncia.

En la siguiente tabla se puede observar los datos generales del grupo encuestado:

Tabla 3. Datos generales del grupo encuestado.

Datos generales del grupo encuestado					
Nombre	Edad			Sexo	
	20-25	26-30	31-35	M	F
Alejandra Estrella			32		F
Alejandra Sampedro	20				F
Alexander Dávila			33	M	
Alva Jiménez			34		F
Andrea Jiménez		27			F
Antonio Cárdenas			30	M	
Brionna Pinargote		28			F

Camilo Pavón		24		M	
Carla Paredes		28			F
Carlos Cajamarca		26		M	
Cristian Llano		29		M	
Damián Pazmiño	25			M	
Diego Ordóñez	20			M	
Elian Quiroga	20			M	
Elizabeth Álvarez		30			F
Fernanda Aynca			34		F
Fernando Vera	20			M	
Gina Castro			34		F
Gionina Verdesoto	21				F
Javier Quintanilla	20			M	
Jean Carlos Almeida		29		M	
Jeferson Naula	21			M	
Jennifer Andrade	25				F
Jessica Ontaneda		26			F
Jesy Amores	20				F
Jhon Gómez	20			M	
Jhosiné Sánchez		29			F
Jonathan Villalba		29		M	
Jose Naula		27		M	
Juan Barrera	21			M	
Karen Gómez	25				F
Karolayn Montalvo		26			F
Katherine Urquizo	20				F
Kristel Pacheco			32		F
Laura Flores	20				F
Liliana Haro	22				F
Lorena Chávez			33		F
Lourdes Mejía	24				F
Luis Córtez			29	M	
Marcelo Tobar	20			M	
Marcelo Tobar			32	M	
María Garcés	22				F
María Rojas	20				F
Martin Túquerrez			32	M	
Nieves Donoso			32		F
Pablo Sánchez	20			M	

Paola Correa	21				F
Paola Ontaneda	23				F
Ricardo Carrera	25			M	
Ricardo Robayo			32	M	
Rosa Escobar			33		F
Rosa Estrada		29			F
Stalin Cevallos		27		M	
Stalin Correa	20			M	
Vanessa Jami	22				F
Verónica Yanchapaxi	20				F
Víctor Betán	22			M	
Wendy Arguello	21				F
Xavier Peña		27		M	
Ximena Estrada		29			F

Antes de empezar con el análisis de la información, se realiza una prueba de distribución normal, es decir, se comprueba que los datos sean confiables para una investigación, para lo mismo se hace la prueba Kolmogorov – Smirnov a las edades de las personas con las que se está trabajando, teniendo los siguientes resultados:

Tabla 4. Prueba Kolmogorov - Smirnov

Prueba Kolmogorov - Smirnov			
Grados de Libertad	Significancia (0,05)	Estimador	Estimador < Significancia
60	0,176	0,107	Distribución Normal

Tabla N° 4 Prueba Kolmogorov – Smirnov.

Se puede notar como el valor estimador es menor que el valor de significación, por lo que se concluye que los datos siguen una distribución normal con un 95% de confiabilidad.

Una vez demostrada la confiabilidad de la información, se puede extraer de esta tabla sobre el rango de edad de los pacientes, se puede notar lo siguiente:

Tabla 5. Rango de edad en los pacientes.

Rango	Cantidad
20-25	29
26-30	17
31-35	14
TOTAL	60

La mayoría de los pacientes que acuden por un tratamiento odontológico están en el rango de edad de 20 a 25 años, llegando casi a ser el 50% de las personas tratadas.

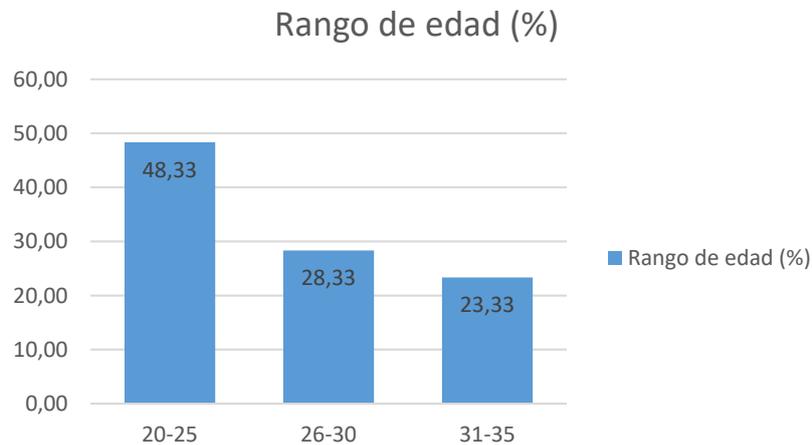


Figura 1. Rango de edad en los pacientes

Con respecto al sexo de los pacientes, no se puede notar una marcada diferencia ya que de las 60 personas tratadas 27 son de género masculino y 33 son de género femenino. Por lo cual, se puede concluir que el sexo del paciente es indiferente al momento de optar por un tratamiento:

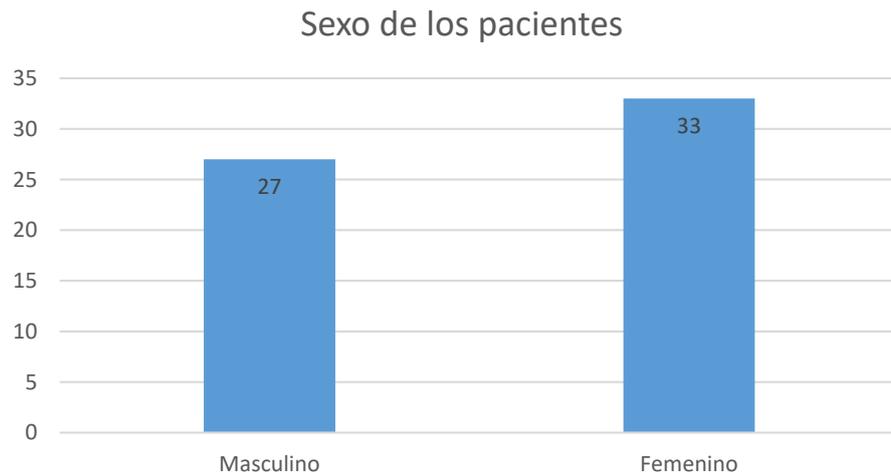


Figura 2. Diferenciación por Género

La encuesta aplicada al grupo de estudio consta de 10 preguntas de opción múltiple, de las cuales se obtuvo los siguientes resultados:

#### Pregunta 1

Tabla 6. Hábitos de los pacientes.

De los siguientes hábitos en cual usted cree que esta identificado:			
a	Comerse las uñas	17	28,33%
b	Chuparse los dedos	0	0,00%
c	Chuparse los labios	27	45,00%
d	Morder objetos	16	26,67%
e	Otros (mencione)	0	0,00%
	TOTAL	60	100,00%

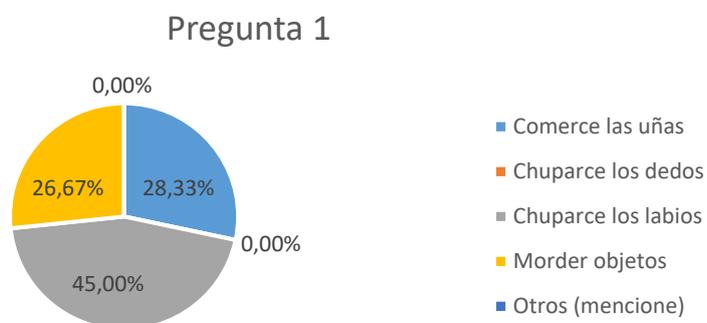


Figura 3. Hábitos de los pacientes.

## Pregunta 2

Tabla 7. Porque motivo va usar ortodoncia.

¿Por qué motivo va usar o está usando el tratamiento de ortodoncia?			
a	Dientes chuecos	46	77%
b	Fea sonrisa	2	3%
c	Estética	10	17%
d	Motivos laborales	2	3%
	TOTAL	60	100,00%

## Pregunta 2

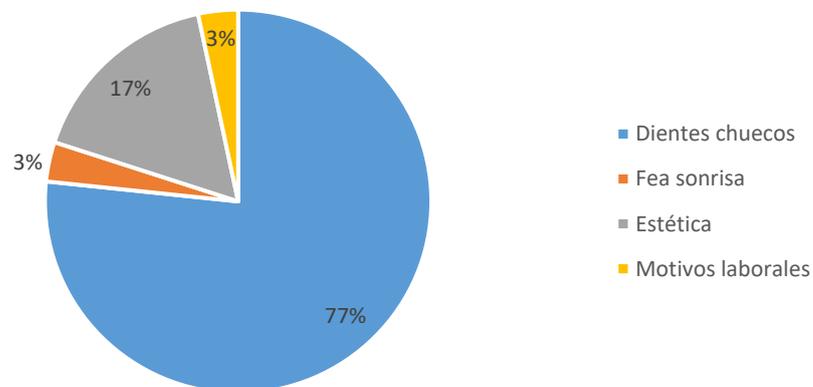


Figura 4. Los pacientes van usar ortodoncia por estos motivos.

## Pregunta 3

Tabla 8. Porqué causa acudió al Ortodoncista.

¿Cuál es la causa por la que acudiste al Ortodoncista?			
a	Porque tenías una mala pronunciación al hablar	3	5%
b	Para mejorar el aspecto facial	12	20%
c	Por mejorar la función masticatoria	16	27%
d	Para tener una mejor sonrisa	29	48%
	TOTAL	60	100%

## Pregunta 3

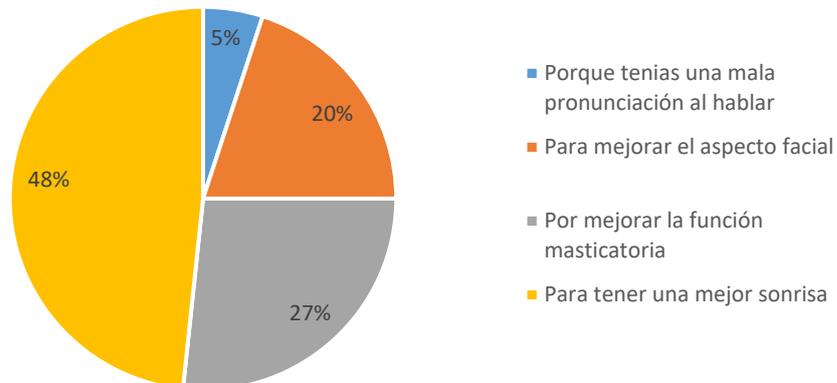


Figura 5. Acudió al Ortodoncista

## Pregunta 4

Tabla 9 Quién te sugirió usar ortodoncia.

¿Quién te indico que debes usar un tratamiento de ortodoncia?			
a	Amigos	9	15%
b	Internet	2	3%
c	Odontólogo	33	55%
d	Especialista	2	3%
e	Parientes	14	23%
	TOTAL	60	100%

## Pregunta 4

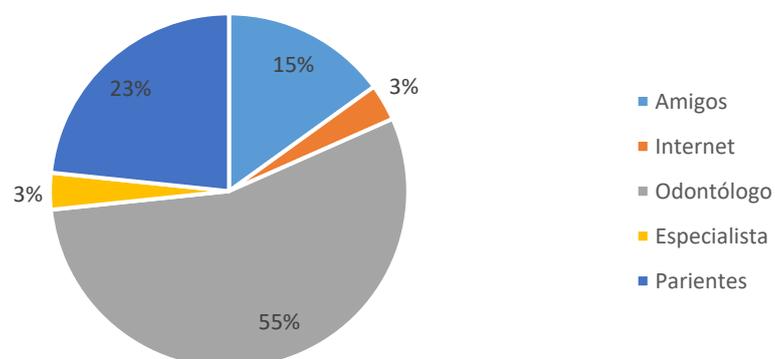


Figura 6. En mayor porcentaje te indico usar ortodoncia el odontólogo general.

## Pregunta 5

Tabla 10. Sufriste de burlas al momento de sonreír

¿Sufriste de burlas u ofensas en tu vida cotidiana al momento de sonreír?			
a	Si	4	7%
b	Raras veces	10	17%
c	Nunca	46	77%
	TOTAL	60	100%

Pregunta 5

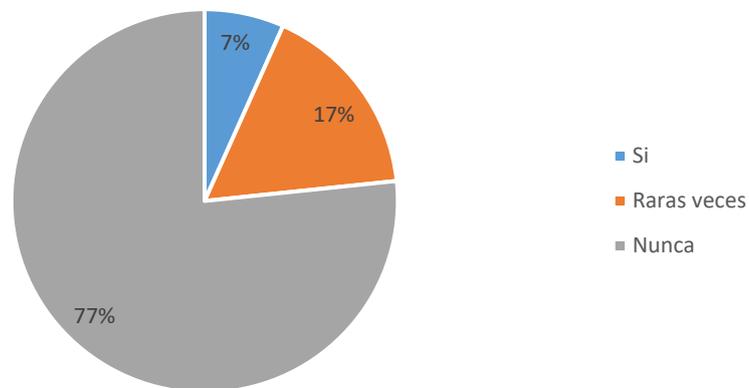


Figura 7. Nunca presentaban ofensas al sonreír.

## Pregunta 6

Tabla 11. Perfil de los pacientes.

¿Se ha dado cuenta como es su perfil?			
a	Recto	32	53%
b	Convexo	27	45%
c	Cóncavo	1	2%
	TOTAL	60	100%

Pregunta 6

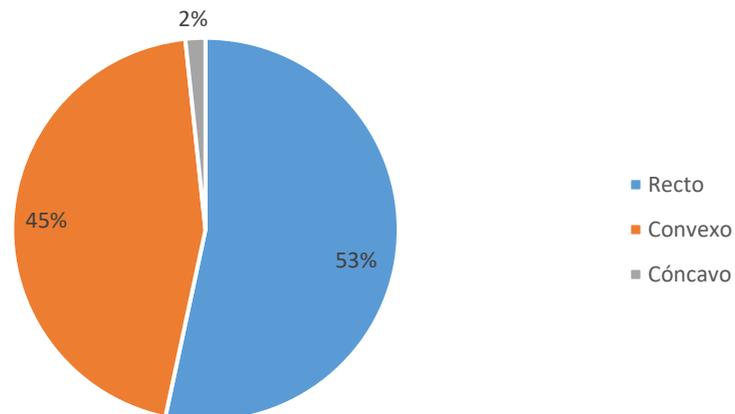


Figura 8. Los distintos perfiles faciales de los pacientes.

Pregunta 7

Tabla 12. Satisfacción con su perfil facial.

¿Qué tan satisfecho esta con su perfil?			
a	Muy satisfecho	13	22%
b	Satisfecho	37	62%
c	Poco satisfecho	10	17%
d	Insatisfecho	0	0%
TOTAL		60	100%

Pregunta 7

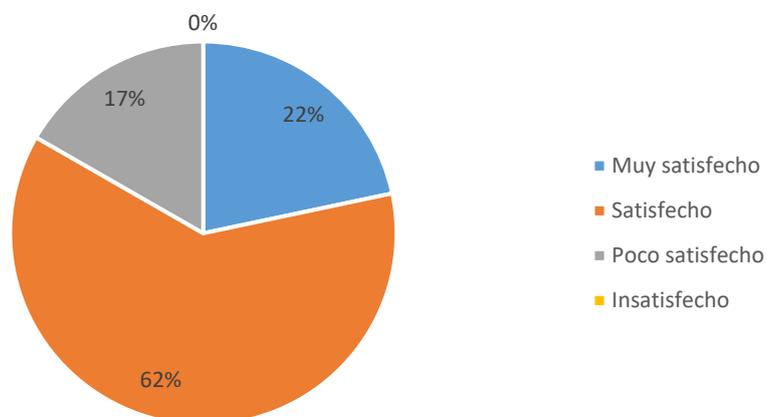


Figura 9. Satisfacción con su perfil facial de los pacientes.

## Pregunta 8

Tabla 13. Tratamiento a realizarse tiene influencia frente a las demás personas.

¿Cree que con el tratamiento de ortodoncia usted va a tener una influencia positiva en su autoestima frente a las demás personas?			
a	Si absolutamente	32	53%
b	Sí, eso creo	22	37%
c	No lo haría	6	10%
	TOTAL	60	100%

## Pregunta 8

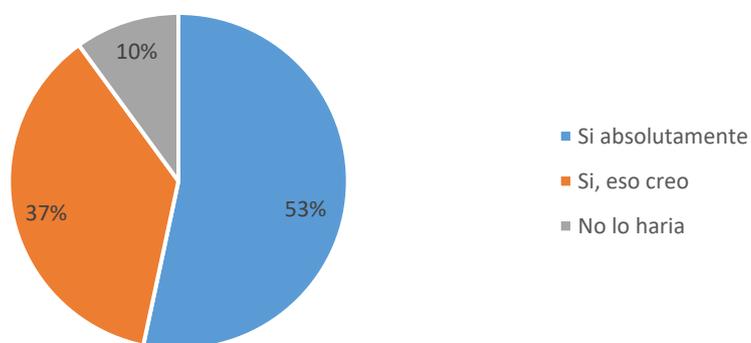


Figura 10. El tratamiento cree que va a tener influencia frente a las demás personas.

## Pregunta 9

Tabla 14. El tratamiento va a tener mejoramiento al comunicarse con otras personas.

¿Usted piensa que el resultado de su tratamiento de ortodoncia va a tener un mejoramiento positivo al comunicarse con otras personas?			
a	Si absolutamente	31	52%
b	Sí, eso creo	18	30%
c	No lo haría	11	18%
	TOTAL	60	100%

## Pregunta 9

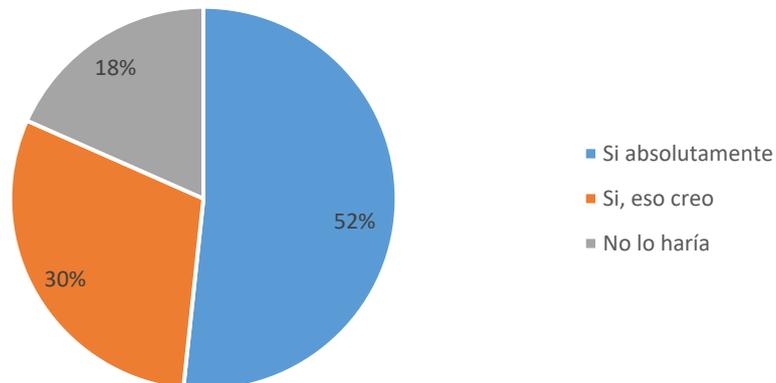


Figura 11. La mayoría de los pacientes tienen mejoramiento positivo.

## Pregunta 10

Tabla 15. Importancia de usar tratamiento de ortodoncia.

¿Cuán importante consideras que es tu problema para usar el tratamiento de Ortodoncia?			
a	Muy importante	47	78%
b	Poco Importante	13	22%
c	Nada importante	0	0%
	TOTAL	60	100%

## Pregunta 10

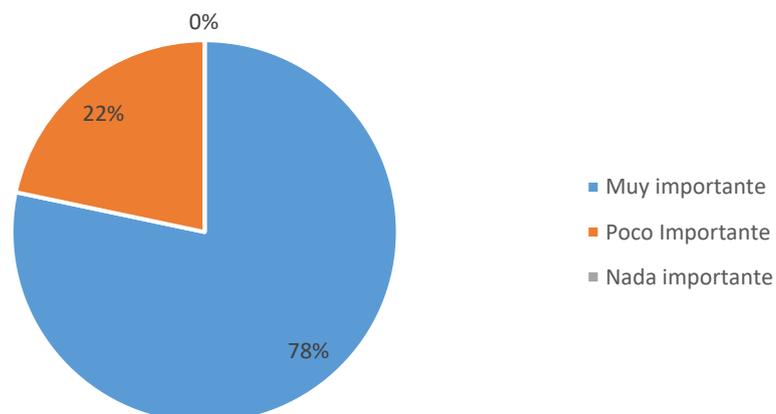


Figura 12. Mayor importancia usar tratamiento de ortodoncia.

Estas preguntas abarcan causas físicas y emocionales que provocan que los pacientes opten por un tratamiento de ortodoncia, de estas 10 preguntas se puede concluir los siguientes puntos:

- El 45% de las personas tienen el hábito de chuparse los labios.
- El 77% de las personas fueron motivadas a optar por el tratamiento por tener sus dientes chuecos.
- El 48% de las personas desea mejorar su sonrisa.
- El 55% de las personas siguieron la indicación de su odontólogo de seguir un tratamiento de ortodoncia.
- El 77% de los pacientes nunca sufrieron burlas por su apariencia física.
- El 62% de los pacientes está satisfecho con su perfil.
- De las personas encuestadas, el 53% está absolutamente seguro que el tratamiento de ortodoncia va a mejorar su autoestima, y por otro lado el 52% piensa que mejora su comunicación con las personas de su entorno.
- El 78% de las personas considera que es muy importante su problema para usar el tratamiento de ortodoncia.

De lo antes expuesto, se ve una clara tendencia de que las personas optaron por realizarse un tratamiento de ortodoncia para mejorar su apariencia física, es decir, las causas son meramente estéticas, por sobre el hecho emocional o psicológico, ya que no han sido víctimas de burlas ni ofensas por su apariencia física.

Tabla 16. Diagnostico según la clasificación de Angle dado por los doctores que estudian ortodoncia

Sexo/ Clase	Pacientes
Masculino Clase I	13
Femenino Clase I	14
Masculino Clase II	12
Femenino Clase II	17
Masculino Clase III	2
Femenino Clase III	2
<b>Total</b>	<b>60</b>

Según el diagnóstico de Angle, la mal oclusión se puede clasificar como clase I, clase II y clase III. Partiendo de esto, se ha clasificado a los 60 pacientes que fueron

parte de este estudio según su mal oclusión y su género, llegando a los siguientes valores:

Por lo tanto, se puede notar que en el género masculino la clase I es la que se puede encontrar en mayor cantidad, mientras que en el género femenino la clase II es la predominante, a nivel general este último grupo es el que se impone en la totalidad de los pacientes independientemente de su género. Porcentualmente se puede graficar de la siguiente forma:

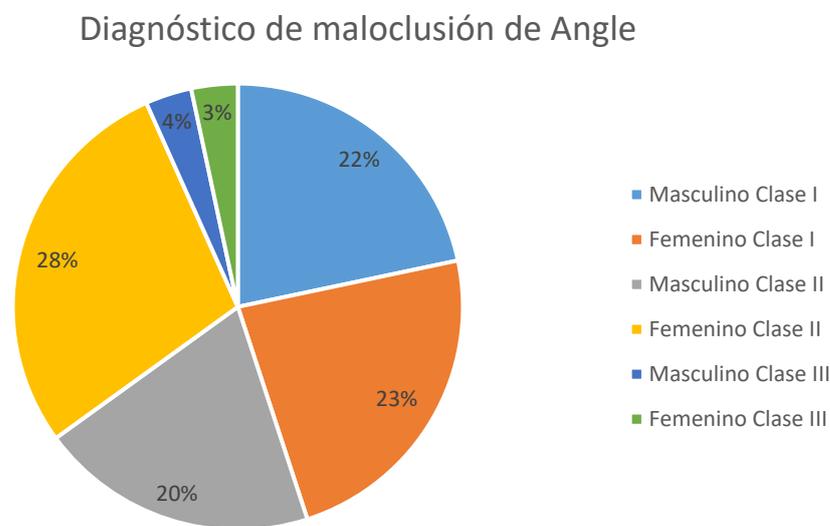


Figura 13. Diagnóstico de maloclusión de Angle en los pacientes.

En la figura anterior se puede corroborar que la mayor parte de los pacientes, con el 28%, son de género femenino las mismas que están en clase II según el diagnóstico de mal oclusión de Angle.

Se realizó un análisis a los doctores de posgrado sobre el tipo de maloclusiones de los pacientes y se observa que 45 % de los pacientes tanto en el sexo masculino como femenino representan este porcentaje respecto al segunda categoría de este análisis de investigación; con un segundo porcentaje que abarca el 48 % de los pacientes tanto en sexo femenino como masculino en una maloclusión clase II de Angle, y con un mínimo porcentaje de la muestra tanto en sexo masculino como en femenino con un porcentaje de 7 % con maloclusión clase III de Angle.

## 6 DISCUSIÓN:

En investigaciones realizadas podemos observar que el grupo más numeroso de la muestra es de 22 a 25 años, mientras que el menos numeroso fue el de 30 a 35 años de edad para realizarse un tratamiento de aparatología de ortodoncia en pacientes adultos de ambos sexos (Guillen, 2010, págs. 577-579). En mi estudio se obtuvo resultados similares, puesto que se encontró que el grupo de mayor demanda fue el de los 22 años de edad mientras que el de menor demanda fue el de los 35 años en los pacientes encuestados a realizarse un tratamiento de ortodoncia de acuerdo a la edad en pacientes adultos en ambos sexos.

El estudio de (Mendoza L, 2014, págs. 220-227) lo distribuye a los hábitos y el de mayor realce y prevalencia es el de interposición lingual 66.2%, en segundo lugar succión labial 49.3%, en tercer lugar, onicofagia 41.9%. los resultados de este estudio indican un porcentaje de 45% tienen el hábito de chuparse los labios (succión labial) en los pacientes adultos encuestados lo que indica que es un motivo de mayor importancia que tenemos que tener presente e indicar sus perjuicios que este ocasiona.

Se cercioró en este análisis (Solís B; Catril R; Parra F; Quemener J. 2014) a estudiantes de Liceo Naval, en relación a un cuestionario el 81% tiene un tipo de maloclusión (diente chueco) para realizarse un tratamiento de ortodoncia. En mi búsqueda mediante encuestas obtuvimos que el 77% dientes chuecos se realizaban un tratamiento de ortodoncia mientras que con un 17% factor estético y con un mismo resultado fea sonrisa y motivos laborales de 3% aunque hay cierta controversia con los demás resultados en ciertas preguntas las personas tergiversan las opciones al contestar.

La comprobación de (Pithon M, 2014, págs. 423-429) que el 53 % contesto que desea mejorar su sonrisa por lo que acudió al Ortodoncista con el tratamiento se desea encontraron que las personas con sonrisas ideales son consideradas más sobresalientes y mejores en conseguir trabajo y al igual en sus estudios. (Zhou Y, 2001, págs. 99-107) Implicaron sus pacientes que después del tratamiento de ortodoncia el 71 % mejoraría en la capacidad al masticar, mientras que (Pahkala R,

2007, págs. 158-164) en sus resultados sus pacientes acudían en un 58.5% para mejorar su masticación. Mientras en mi observación realizada mediante encuestas a los pacientes que se realizaban la colocación de aparatología de ortodoncia en la clínica de la Udla la causa por la que acudieron al Ortodoncista en un 48% por mejorar su sonrisa, mientras que en un 27% por mejorar su función masticatoria y 27% su aspecto facial.

En la verificación que realizó (Cossio-Escobar, 2014, págs. 91-103) respecto a la interrogante de quien le sugirió o recomendó este tipo de tratamiento de ortodoncia con un total 88.5% de los pacientes contestó que el Odontólogo y especialista en ortodoncia y/o parientes, con el 2% contestó televisión e internet y el 9.5 % contestó que los amigos. Se demostró al realizar un control de las encuestas a los pacientes con un 55% indicado por el Odontólogo sugiere a la mayoría de los pacientes a realizarse un tratamiento de ortodoncia, siguiéndole con un 23% por los parientes indicándole al paciente a realizarse un tratamiento de ortodoncia, con un 15% amigos y una mínima diferencia 6% indica que a través de la televisión e internet.

En la revisión del análisis (Cossio-Escobar, 2014, págs. 91-103) quien indica que cerca del 70% nunca ha sufrido de burlas u ofensas en su vida cotidiana antes de realizarse el tratamiento de ortodoncia, en el cual hay un aproximado con nuestra investigación realizada a los pacientes encuestados que acuden a la clínica de la Udla con un porcentaje de un 77% de no tener ofensas por parte de las personas ni se han dado cuenta de esto con un 17% mientras que un 7% si han sido sufrido cierto porcentaje de burlas en su vida cotidiana con respecto a este tipo de pregunta realizada en dichos pacientes que se están realizando este tipo de tratamiento de ortodoncia.

Ejecutado por (Cunillera, 2009, págs. 17-24) el biotipo de perfil en estos pacientes se observó que el perfil facial que sobresale fue el convexo en un 63.3% después el perfil facial recto con un 30.0% y en un menor porcentaje el perfil facial cóncavo en un 6.7%. En mi investigación observa que en los pacientes encuestados difiere al estudio ya que ellos reconocen su perfil en un porcentaje de 53% perfil facial recto,

seguido de un perfil facial convexo en un 45% y solo en un porcentaje de 2% cóncavo elegido por un gráfico presentado en la encuesta a cada paciente.

Respecto al perfil facial la satisfacción con los resultados obtenidos reportaron que el 95% de la población está muy satisfecha, entretanto que (Zhou Y, 2001, págs. 99-107) con el 91% satisfecha y (Pahkala R, 2007, págs. 158-164) con 73% estuvieron satisfechos con su perfil facial (Cossio-Escobar, 2014, págs. 91-103.) Mientras que indicaron en gran diferencia a estos estudios realizados con respecto a mi estudio los pacientes estar satisfechos con su perfil facial 62%, en un menor porcentaje de 17% y poco satisfechos en un 22%, los pacientes están muy satisfechos.

Los resultados encontrados por (Uslu & Akcam, 2007, págs. 31-39) los beneficios psicosociales encaminados efectivamente positivo, por su parte (Zhou Y, 2001, págs. 99-107) al mostraron que en el 50% de los pacientes la personalidad y autoestima en un 65%, mejoraría su comunicación social, la percepción difiere con un menor porcentaje lo que conllevaría a una similitud con los resultados obtenidos en estos estudios realizados con respecto a mi estudio de un 53% de las personas encuestadas, está absolutamente seguro que el tratamiento de ortodoncia va a mejorar su autoestima, y por otro lado el 52% piensa que mejora su comunicación con las personas de su entorno.

Se establece en la siguiente opinión en la que se obtuvieron 55 individuos con maloclusión clase I (73.6%), clase II (12,5%) y clase III (13,9%) (Palacios, 2013, págs. 46-47), (García et al, 2013). Se indica una preponderancia de la clase I entre las otras dos maloclusiones, en estos dos se analiza similitud en esta anormalidad a pesar de que difiere las muestras en ambos estudios. A demás se puede indicar que la clase III es segunda en incidencia en el segundo estudio. Con mi corroboración en mi estudio ayudado de los doctores de posgrado, en el diagnóstico de maloclusiones de Angle, se observa que 45 % de los pacientes con clase I de maloclusión, respecto al segunda categoría de este análisis de investigación, con un

segundo porcentaje que abarca el 48 % de los pacientes con una maloclusión clasificación II de Angle, y en un mínimo total de la muestra obtenida con un porcentaje de 7 % con maloclusión clase III de Angle.

## **7 CONCLUSIONES:**

- Una vez determinados los motivos se busca seguir implementando una línea de investigación indicada a controlar datos sobre los factores que indican la colocación de aparatología de ortodoncia, como la estética dental se tendrá que examinar exhaustivamente en nuestra población para poder prevenir estos tipos de maloclusiones asociadas algún tipo de hábito y a todas las causas que se puedan encontrar, implicando mucha colaboración de las personas.
- A nivel psicológico los pacientes que van a ser tratados no influyen en que su autoestima o afección psicológica que les afecte de una manera muy gradual ya que ellos no tienen complicaciones en manejar su vida social frente a los demás.
- El hábito más común indicado por los pacientes en esta investigación, nos indica que todo profesional en esta área como odontólogos generales, ortodoncistas u odontopediatras proponga nuevas alternativas para guiar a ese paciente que llega a las consultas indicándole a cada niño, representante o adolescente el interés de arremeter a tiempo dichos hábitos.
- A nivel psicológico los pacientes que van a ser tratados no influyen en que su autoestima o afección psicológica que les afecte de una manera muy gradual ya que ellos no tienen complicaciones en manejar su vida social frente a los demás.

## 8 RECOMENDACIONES:

- Sobre la evaluación de la estética de la sonrisa es importante destacar que el estudio de la misma debe realizarse como procedimiento de rutina en la práctica ortodóntica, ya que cubre una alta demanda por parte de los pacientes que acuden a la consulta. Evaluando los diferentes aspectos estéticos relacionados con ortodoncia como especialidad entre los cuales encontramos la posición de los dientes, curvatura de la sonrisa, exposición de los incisivos, forma y tamaño de los dientes entre otras.
- Este estudio de investigación puede ser utilizado para brindar información para mejorar proyectos preventivos implantados en la actualidad que tanto en los pacientes, como en los estudiantes de pregrado indiquen lo que es imprescindible no reflejar la estética como punto principal, porque ya sea en el entorno social y personal se desea mejorar cada día a través de una mejor atención en la persona.
- La necesidad terapia psicológica ya que hubiera sido más sencillo que los pacientes mostraran mejor actitud desde el principio y abandonara más rápidamente el hábito, de los datos obtenidos se hace un análisis en conjunto, se considera en nuestra población que las afecciones estéticas dentales influyen de mucha importancia en el ámbito psicosocial; porque los dientes son considerados como la parte más sobresaliente en nuestra cara al igual con otras estructuras que tienen mucha importancia en ciertas personas y que se presentan con afecciones o alteraciones en los mismos y de esta manera evitar estos tipos de hábitos fisiológicos o no fisiológicos y si son genéticos aplicar un tipo de tratamiento correctivo de forma inmediata.
- En el país las instituciones carecen de la necesidad económica para solucionar las necesidades de atención a nivel odontológico de la población.

Cabe recalcar la importancia de indicar que la mayoría de las enfermedades orales como son las maloclusiones dentales pueden ser controladas de forma preventiva y diagnóstico temprano para reducir las consecuencias como se puede demostrar con estos resultados encontrados.

- Se recomendaría un estudio para conocer el tiempo en que el paciente determina su cambio de su clasificación de maloclusión dental ya que puede corroborar que la mayor parte de los pacientes, con el 28%, son de género femenino las mismas que están en clase II según el diagnóstico de maloclusión de Angle. Con este estudio podemos llegar a concluir que el tratamiento del especialista en ortodoncia tendrá una enorme satisfacción de haber ayudado al paciente y mejorar su oclusión dental y facial, así como su habilidad competente mejorará la sonrisa y estética del paciente.

## Referencias:

- Abuaffan, A. H. (2016). Oral Habits and Occlusal characteristic in Preschool Children in Khartoum State.analysis. *The European Journal of Orthodontics*,, 1(1), 7-10.
- Agarwal, L. T. (2016). Adenoid Facies and its Management: An Orthodontic Perspective. *Indian Journal of Orthodontics and Dentofacial Research*,, 2(2), 50-55.
- Balraj, S. M. (2016). Comprehensive knowledge regarding oral habits amongst general and specialist dental practitioners. *International Journal of Pedodontic Rehabilitation*, 1(1), 3-6.
- Companiononi , B., E. A., Torralbas Velázquez, A., & Sánchez Mesa, C. (2010). Relación entre la proporción áurea y el índice facial en estudiantes de Estomatología de La Habana. *Revista Cubana de Estomatología*, 50-61.
- Cossio-Escobar, M. &.-Á. (2014). Como pide nuestro cuerpo la ortodoncia. *CES Odontología*, 27(1), 91-103.
- Cunillera, E. R. (2009). Parámetros para la determinación del perfil facial en pacientes con dentición temporal. *Revista Dental de Chile*, 100(1), 17-24.
- Daokar, S. &. (2016). Deep Bite Its Etiology, Diagnosis and Management: A Review. *Journal of Orthodontics & Endodontics*,, 2(4), 12.
- Gazit-Rappaport, T. M.-S. (2010). Psicología y ortodoncia. *Revista Española Ortodoncia*, 40(1), 197-200.
- Gil, F. S. (2006). Prevalencia de hábitos parafuncionales en una población de adultos jóvenes estudiantes universitarios. *Revista Internacional de Prótesis Estomatológica*,, 8(3), 275-279.
- Gómez, E. J.-B. (2016). Perfil epidemiológico de la oclusión estática y hábitos orales en un grupo de escolares de la ciudad de Medellín. *Revista Nacional de Odontología*,, 12(22), 72-75.
- Guedes-Pinto, A. C. (2011). *Fundamentos de odontologia*. (Segunda ed., Vol. II). San Pablo, Brazil: Santos Editores.
- Guillen, P. G. (2010). Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. *Revista Oral [serial on the Internet]*, 11(33), 577-579.
- Jaime, M. E. (2004). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 61(6), 209-214.

- Jiménez, J. J. (2017). Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. *Odontología Sanmarquina*, 19(2), 41-44.
- Krishnappa, S. R. (2016). New electronic habit reminder for the management of thumb-sucking habit. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 34(3), 294-297.
- Martín, D. L. (2016). Martín, D. L., González, R. C., Guerra, Y. E., Guerra, Y. Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal. *MediCiego*, 23(1), 49-55.
- Mendoza L, M. A. (2014). Prevalencia de maloclusiones asociadas con hábitos bucales nocivos en una muestra de Mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2(14), 220-227.
- Morán, V. &. (2013). Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la EBN Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos. *Revista Latinoamer*, 1(3), 12-16.
- Pahkala R, K. J. (2007). Surgical-orthodontic treatment and patients functional and psychosocial well-being. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*, 132(2), 158-164.
- Pithon M, C. C. (2014). Do dental esthetics have any influence on finding a job?. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*, 144, 423-9.
- Quiroz O. (2003). Ortodoncia Nueva Generación. *C.A. Venezuela*, 1(4), 10-14.
- Ramakrishnan, S. S. (2016). The Facial Aesthetic index: An additional tool for assessing treatment need. *Journal of Orthodontic Science*, 5(2), 57-63.
- Rodríguez, E., & White, L. (2007). Ortodoncia Contemporanea Diagnóstico y tratamiento. Amolca.
- Rodríguez, L., Vargas, M., & Cambrón, H. (2014). Relationship between facial golden ratio and malocclusion in Mexican patients who attended the Orthodontics Clinic at Facultad de Odontología de la Universidad Tecnológica de México during 2009 with facial aesthetics criteria evaluated with Marquardt mask. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2(1), 9-17.
- Rojas, M. C., & Garcia, L. A. (2017). Tratamiento ortopédico de expansión y tracción maxilar temprano en Clase III esquelética: Reporte de caso clínico. *Revista Mexicana de Estomatología*, 4(1), 73-74.
- Salamanca t, &. M.-P. (2016). Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un Jardín de niños del Estado de México. *Frecuencia de alterRevista Científica Odontológica*, 11(2), 8-13.

- Sepúlveda, E. A. (2016). Prevalencia de Maloclusiones en Escolares de 6 y 12 Años de Choshuenco–Neltume, Chile. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 3(2), 829-837.
- Smithpeter, J., & Covell, D. (2010). Relapse of anterior open bites treated with orthodontic appliances with and without orofacial myofunctional therapy. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 5(137), 605-614.
- Sundareswaran, S., & Ramakrishnan, R. (2016). The Facial Aesthetic index: An additional tool for assessing treatment need. *Journal of Orthodontic Science*, 5(2), 17-24.
- Talley M, K. M. (2007). Casuística de maloclusiones clase I, clase II y clase III según Angle en el departamento de ortodoncia de la UNAM. *Revista Odontológica Mexicana*, 11(4), 175-180.
- Tausche E. Luck O. and Harzer W. (2004). Prevalence of malocclusions in the early mixed dentition and orthodontic treatment need. *Tausche E. Luck O. and Harzer W. ( 2004 ) Prevalence of malocclusions in the early mixed dentition and orthodontic treatment need . European Journal of Orthodontics , 26 , 237 – 244, 1(5), 20-25.*
- Toledo, S. M., Roberto, R. D., & Uribe-Querol, E. (2015). Tratamiento ortodóncico compensatorio para un paciente autista clase II con mordida abierta anterior: Caso clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(1), 47-55.
- Uslu, O., & Akcam, O. (2007). Evaluation of long-term satisfaction with orthodontic treatment for skeletal class III individuals. *Journal of Oral Science.*, 49(1), 31-39.
- Van der, G., Oosterveld, P., Van Heck, G., & Kuijpers-Jagtman, A. M. (2007). Smile attractiveness: self-perception and influence on personality. *The Angle Orthodontist*, 77(5), 759-765.
- Virginia M, V. M. (2012). ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR VS APARATOLOGIA CONVENCIONAL EN LA CORRECCIÓN DE HABITOS DE SUCCIÓN DIGITAL Y DEGLUSIÓN ATÍPICA. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 3, 179-188.
- Zamora Estrada, S. (2017). Comparacion de la posicion del incisivo superior en radiografias de sujetos de 10 a 35 años de edad con diferentes clases esqueléticas y biotipo facial. 1(1), 15-35.
- Zhou Y, H. U. (2001). Patient satisfaction following orthognathic surgical correction of skeletal class III malocclusion. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.*, 16(2), 99-107.

## **ANEXOS**

Quito 08 de septiembre del 2017

Dra. Pilar Gabela

Coordinadora de la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas

PRESENTE. -

Yo Stalin Oswaldo Eras Merecí con C.I. 1104421829 y número de matrícula 706279 solicito muy comedidamente se autorice el ingreso a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas, ya que necesito realizar un estudio observacional en los pacientes adultos 20-35 años de edad que acudan a la clínica de posgrado en el área de Ortodoncia en el mes de Noviembre a Diciembre del año vigente con el tema "Motivo más común para la colocación de aparatología de ortodoncia en pacientes de 20-35 años de edad que acuden al Centro de Atención Odontológica en la clínica de la Universidad de las Américas periodo Septiembre 2017 a Noviembre 2017".

Por la atención que le brinde a la presente le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente

Stalin Oswaldo Eras Merecí

C.I: 1104421829

---

Doctora. Pilar Gabela

Sexo:

Edad:

Lea detenidamente y marque con un "O" círculo una de las alternativas según crea conveniente escoja una sola respuesta por pregunta. Deben ser respondidas con toda sinceridad ya que servirán para la realización del presente estudio. De antemano le agradezco su colaboración.

**1) De los siguientes hábitos en cual usted cree que está identificado:**

- a. Comerse las uñas
- b. Chuparse los dedos
- c. Chuparse los labios
- d. Morder objetos
- e. Otros (Por favor mencione: .....)

**2) ¿Porque motivo va usar o está usando el tratamiento de ortodoncia?**

- a. Dientes chuecos
- b. Fea sonrisa
- c. Estética
- d. Motivos laborales

**3) ¿Cuál es la causa por la que acudiste al Ortodoncista?**

- a. Porque tenías una mala pronunciación al hablar
- b. Por mejorar el aspecto facial
- c. Por mejorar la función masticatoria
- d. Para tener una mejor sonrisa

**4) ¿Quién te indico que debes usar un tratamiento de ortodoncia?**

- a. Amigos
- b. Televisión, internet
- c. Odontólogo
- d. Especialista
- e. Parientes

**5) ¿Sufriste de burlas u ofensas en tu vida cotidiana al momento de sonreír?**

- a. Si
- b. Rara veces
- c. Nunca

**6) ¿Se ha dado cuenta de cómo es su perfil?**



a. Recto



b. Convexo



c. Cóncavo

**7) ¿Qué tan satisfecho está con su perfil?**

- a. Muy satisfecho
- b. Satisfecho
- c. Poco satisfecho
- d. Insatisfecho

**8) ¿Cree que con el tratamiento de ortodoncia usted va a tener una influencia positiva en su autoestima frente a las demás personas?**

- a. Si absolutamente
- b. Sí, eso creo
- c. No lo haría
- d. Absolutamente no

**9) ¿Usted piensa que el resultado de su tratamiento de ortodoncia va a tener un mejoramiento positivo al comunicarse con otras personas?**

- a. Si absolutamente
- b. Sí, eso creo
- c. No lo haría
- d. Absolutamente no

**10) ¿Cuál importante consideras que es tu problema para usar ortodoncia?**

- a. Muy importante
- b. Poco importante
- c. Nada importante

### Anexo 3

Estimado doctor(a) estoy realizando mi estudio de titulación para que me ayude con su diagnóstico como criterio de inclusión con mi tema: "Motivo más común para la colocación de aparatología de ortodoncia en pacientes de 20-35 años de edad que acuden al Centro de Atención Odontológica en la clínica de la Universidad de las Américas"

Marque con una "X" al grafico que corresponda:

Según la clasificación maloclusión de Angle en cual la identifica a su paciente para realizarse el tratamiento de ortodoncia:



Clase I

...  Clase II

Clase III

Anexo4

Consentimiento informado:

Yo: \_\_\_\_\_ Paciente estoy de acuerdo en participar de esta encuesta, en la investigación titulada "Motivo más común para la colocación de aparatología de ortodoncia en pacientes de 20-35 años de edad que acuden al Centro de Atención Odontológica en la clínica de la Universidad de las Américas".

Por lo cual se me ha explicado, cuáles son fines de esta investigación y mi participación es voluntaria y para que así conste firmo este consentimiento informado junto al estudiante que me brindo la información.

Fecha: \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Firma del paciente.

## Anexo de la recolección de la muestra



