



**Casa abierta al tiempo**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD**

**LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA**

**“PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA  
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE NEZAHUALCÓYOTL DURANTE EL  
TRIMESTRE 24-P AL 24-O”**

**INFORME DE SERVICIO SOCIAL**

**LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN**

**NEZAHUALCÓYOTL**

**BENITO MIGUEL ROBLEDO ÁLVAREZ**

**MATRÍCULA: 2173067306**

**FEBRERO 2024 - ABRIL 2025**

**ASESORA INTERNA: MTRA. TERESA VILLANUEVA GUTIÉRREZ**

**JUNIO 2025**

 TERESA VILLANUEVA G. N°E-35961

**MTRA. TERESA VILLANUEVA GUTIÉRREZ**  
**TÉCNICO ACADÉMICO TITULAR**  
**LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN NEZAHUALCÓYOTL**  
**ASESORA DEL SERVICIO SOCIAL**



13486

**COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA**

## RESUMEN

Se realizó el presente informe de servicio social, para describir y dar a conocer las actividades realizadas durante el servicio llevado a cabo en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (L.D.C) Nezahualcóyotl, de la Licenciatura en Estomatología. Este L.D.C es uno de los cuatro laboratorios que conforman las Clínicas de atención Estomatológica que pertenecen a la Universidad Autónoma Metropolitana de la unidad Xochimilco (UAM-X) donde tuve la oportunidad de desarrollar y aplicar mis habilidades clínicas durante el periodo comprendido entre el mes de febrero del 2024 a enero del 2025.

Durante el año de servicio social realicé actividades que fortalecieron mis habilidades y conocimientos en el ámbito profesional, tuve la oportunidad de contribuir en actividades administrativas, donde aprendí con más detalle, la importancia de una buena organización y administración en una clínica estomatológica, también realicé actividades de promoción a la salud, prevención, diagnóstico y planificación de tratamientos restaurativos, protésicos, pulpares y quirúrgicos.

Además, lleve a cabo una investigación centrada en la prevalencia de maloclusiones de Angle, el estudio de este tema, me pareció importante, porque los estudios de prevalencia nos permiten conocer la frecuencia con la que aparece una enfermedad, con esto podemos tener una visión clara y actualizada del estado de salud de la población en estudio, y también nos permite priorizar recursos, para planificar y diseñar programas que alerten a la población sobre los riesgos de padecer algún tipo de maloclusión, así como la necesidad de llevar algún tratamiento correctivo.

**Palabras clave:** Maloclusiones de Angle, hábitos de presión anormal, estudio de prevalencia, ortodoncia preventiva, ortodoncia correctiva

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL</b> .....	5
<b>CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN</b> .....	6
<b>II.I INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>II.II MARCO TEÓRICO</b> .....	7
<i>II.II.I OCLUSIÓN</i> .....	7
<i>II.II.II MALOCLUSIÓN</i> .....	7
<i>II.II.III CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES</i> .....	7
<i>II.II.IV EVOLUCIÓN DE LOS PLANOS TERMINALES</i> .....	9
<i>II.II.V CLASIFICACIÓN DE ANGLE</i> .....	10
<i>II.II.VI PREVALENCIA</i> .....	11
<i>II.II.VII ETIOLOGÍA</i> .....	12
<i>II.II.VIII HÁBITOS DE PRESIÓN ANORMAL</i> .....	14
<i>II.II.IX DIAGNÓSTICO</i> .....	18
<i>II.II.X TRATAMIENTO</i> .....	18
<i>II.II.XI MANEJO PREVENTIVO</i> .....	18
<i>II.II.XII MANEJO INTERCEPTIVO</i> .....	19
<i>II.II.XIII MANEJO CORRECTIVO</i> .....	20
<b>II.III JUSTIFICACIÓN</b> .....	21
<b>II.IV OBJETIVOS</b> .....	21
<i>II.IV.I GENERAL</i> .....	21
<i>II.IV.II ESPECÍFICOS</i> .....	21
<b>II.V METODOLOGÍA</b> .....	22
II.VI.II MATERIAL Y MÉTODOS .....	23
<b>II.VI RESULTADOS</b> .....	24
<b>II.VII DISCUSIÓN</b> .....	30
<b>II.VIII CONCLUSIONES</b> .....	32
<b>II.X BIBLIOGRAFÍA</b> .....	33
<b>CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA</b> .....	37
<b>III.I ZONA DE INFLUENCIA</b> .....	37
<b>III.II UBICACIÓN</b> .....	37
<b>III.III ASPECTOS DEMOGRÁFICOS</b> .....	38
<b>III.IV SERVICIOS</b> .....	38

<b>III.V VIVIENDA.....</b>	<b>38</b>
<b>III.VI SERVICIOS EDUCATIVOS .....</b>	<b>39</b>
<b>III.VII SERVICIOS DE SALUD .....</b>	<b>39</b>
<b>III.VIII MORBILIDAD Y MORTALIDAD .....</b>	<b>39</b>
<b>III.IX ORGANIZACIÓN Y RECURSOS.....</b>	<b>40</b>
<b>III.X INFRAESTRUCTURA.....</b>	<b>40</b>
<b>III.XII OBJETIVOS DEL PROYECTO DEL L.D.C .....</b>	<b>41</b>
<b>III.XIII OBJETIVO GENERAL DEL L.D.C.....</b>	<b>41</b>
<b>III.XIV OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL L.D.C. <sup>2</sup> .....</b>	<b>41</b>
<b>III.XV RESPONSABLES DEL PROYECTO .....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO .....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>57</b>
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>CAPITULO VII: FOTOGRAFÍAS.....</b>	<b>59</b>

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL**

Este informe detalla las actividades realizadas durante el servicio social en el L.D.C. Nezahualcóyotl, en el marco de la Licenciatura en Estomatología. Dicho servicio social se llevó a cabo en el periodo comprendido entre febrero del 2024 y enero del 2025.

El informe se realizó siguiendo los lineamientos que marca la guía para la elaboración del informe del 2024 de la UAM-X, su estructura consta de siete capítulos, de los cuales, los primeros dos hablan sobre la investigación realizado con el tema “Prevalencia de maloclusiones en los pacientes que acuden al L.D.C. de Nezahualcóyotl durante el trimestre 24-P AL 24-O”

Es importante analizar la prevalencia de una enfermedad para identificar y conocer la frecuencia con la que esta se presenta, con la finalidad de obtener una visión actualizada del estado de salud en el que se encuentra la población de mi estudio.

Esta visión, permite a los profesionales de la salud bucodental, planificar y diseñar programas que puedan prevenir el desarrollo de maloclusiones en la población y desarrollar tratamientos preventivos, interceptivos y correctivos. Del mismo modo, los datos obtenidos en esta investigación pueden servir para futuras investigaciones.

En los siguientes capítulos se describen los aspectos sociales y demográficos de la plaza donde se realizó el servicio social, y finalmente se describen las actividades realizadas durante un año de servicio social, como actividades preventivas, tratamientos restaurativos, pulpares y quirúrgicos, en pacientes que acudieron al L.D.C Nezahualcóyotl.

## **CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN**

### **II.I INTRODUCCIÓN**

Entre las principales patologías que afectan la cavidad bucal se encuentran las maloclusiones, que son consideradas un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, ocupando el tercer lugar a nivel mundial. Estas alteraciones impactan significativamente la calidad de vida tanto de los individuos como de la sociedad en general. La maloclusión se define como una alteración en la posición de los dientes dentro de las arcadas dentarias, causada por factores locales o sistémicos, lo que compromete tanto la estética como la funcionalidad oral.<sup>1,2,3</sup>

En pacientes pediátricos con maloclusión, es fundamental implementar tratamientos interceptivos, aprovechando el periodo de crecimiento activo de los huesos y tejidos blandos. Estos tratamientos buscan eliminar hábitos perjudiciales y guiar adecuadamente el desarrollo dentomaxilar mediante el uso de aparatos de ortopedia funcional. Existe una amplia gama de dispositivos interceptivos que se seleccionan según el tipo de maloclusión diagnosticada, con el objetivo de corregirla de manera temprana.<sup>4</sup>

En los pacientes que han alcanzado la maduración ósea y cuya curva de crecimiento está en fase de declive, se recurre a tratamientos correctivos. Estos incluyen el uso de ortodoncia correctiva, a través de aditamentos como brackets o combinaciones con dispositivos adicionales para realinear y corregir la posición dental dentro de los maxilares.<sup>4</sup> Dichos tratamientos son diseñados y supervisados por un especialista en ortodoncia, quien adapta el plan de tratamiento de acuerdo con la clasificación de la maloclusión presente. En casos de maloclusión de origen esquelético, es posible que el tratamiento requiera la intervención de un cirujano maxilofacial para realizar procedimientos quirúrgicos correctivos.<sup>5</sup>

## **II.II MARCO TEÓRICO**

### ***II.II.I OCLUSIÓN***

En odontología, el término *oclusión* hace referencia a la relación funcional entre los dientes superiores e inferiores cuando entran en contacto. Desde el enfoque propuesto por Edward Angle, se entiende como la disposición estructural que adoptan las superficies dentales al cerrar la boca en condiciones normales. Sin embargo, esta relación no solo implica la alineación de los dientes, sino también la interacción con las estructuras óseas, el ligamento periodontal y los tejidos blandos circundantes, los cuales influyen en la estabilidad y el desarrollo armónico de los maxilares.<sup>6</sup>

La forma, tamaño y posición de los dientes, junto con el patrón de crecimiento craneofacial, determinan la oclusión de cada individuo. También intervienen factores como la secuencia de erupción y el tamaño de las arcadas dentarias.<sup>7</sup>

### ***II.II.II MALOCLUSIÓN***

La maloclusión puede describirse como una alteración en la posición de los dientes o en la relación entre los maxilares, que puede afectar la estética, la función masticatoria, la fonación y, en ocasiones, la respiración. Estas alteraciones pueden originarse por factores genéticos, ambientales o por hábitos adquiridos durante el desarrollo.<sup>8</sup>

En términos más específicos, se considera maloclusión a cualquier desviación de la oclusión considerada ideal, que genere interferencias funcionales o desequilibrios estéticos. Edward H. Angle propuso una clasificación que permitió identificar distintos tipos de maloclusiones y plantear tratamientos acordes al tipo de desviación. Para Angle, la maloclusión no era simplemente una anomalía dental, sino la manifestación de un proceso patológico que debía abordarse desde una perspectiva integral..<sup>9</sup>

### ***II.II.III CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES***

La dentición humana se caracteriza por ser heterodonta, ya que presenta dientes con distintas formas y funciones, y bifodonta, debido a la presencia de dos generaciones dentales: una temporal y otra permanente. La primera está conformada por 20 piezas que, con el tiempo, son reemplazadas por 32 dientes permanentes.<sup>10</sup>

El desarrollo dentario atraviesa cuatro etapas fundamentales: pre-eruptiva, dentición temporal, mixta y permanente. La fase de dentición temporal inicia con la erupción de los dientes primarios y concluye antes de la aparición del primer molar permanente, alrededor de los seis años. Durante esta etapa, se establecen patrones oclusales iniciales que influyen en el desarrollo posterior.<sup>11</sup>

En la dentición temporal se observan diversos tipos de espacios que facilitan la correcta alineación de los dientes permanentes.<sup>11</sup> Entre ellos se encuentran:

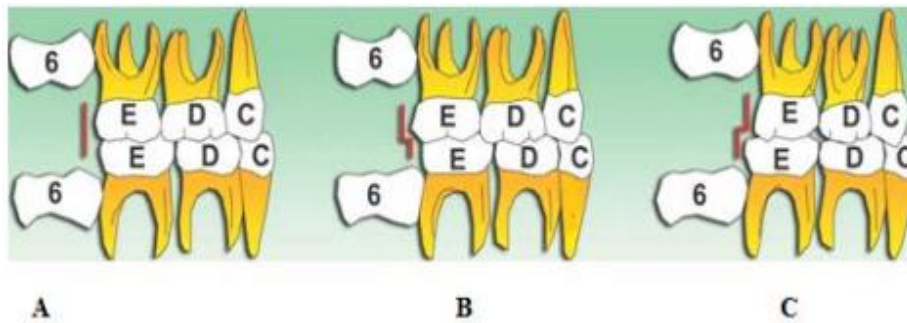
- **Espacios interdentarios o de Baume:** pueden clasificarse en arco tipo I (con espacios) y arco tipo II (sin espacios).
- **Espacios primates:** localizados entre el canino y el incisivo lateral superior, y entre el canino y el primer molar inferior.
- **Espacio libre o de Nance:** surge durante el reemplazo de los molares y caninos temporales por sus equivalentes permanentes.

La ausencia o deficiencia de estos espacios puede predisponer al desarrollo de maloclusiones en la dentición definitiva.

Durante esta etapa también se establece la relación anteroposterior entre los segundos molares temporales. Existen tres tipos de planos terminales:

- **Plano recto:** las superficies distales de los molares están alineadas.
- **Escalón mesial:** la superficie distal del molar inferior se sitúa por delante del superior.
- **Escalón distal:** el molar inferior se encuentra detrás del superior.

Estas relaciones tienen un papel importante en la transición hacia la dentición permanente, ya que influyen en la forma en que erupcionan los primeros molares permanentes y en el desarrollo de la oclusión definitiva.<sup>11</sup> (Ilustración 1)



*Ilustración 1. Planos terminales. <sup>11</sup>*

*A) Recto, cuando ambos planos están en un mismo nivel formando una línea recta. B) Escalón Mesial, cuando el plano del molar inferior está por delante del superior formando un escalón hacia mesial. C) Escalón distal, cuando el plano inferior está por detrás del superior formando un escalón distal.<sup>11</sup>*

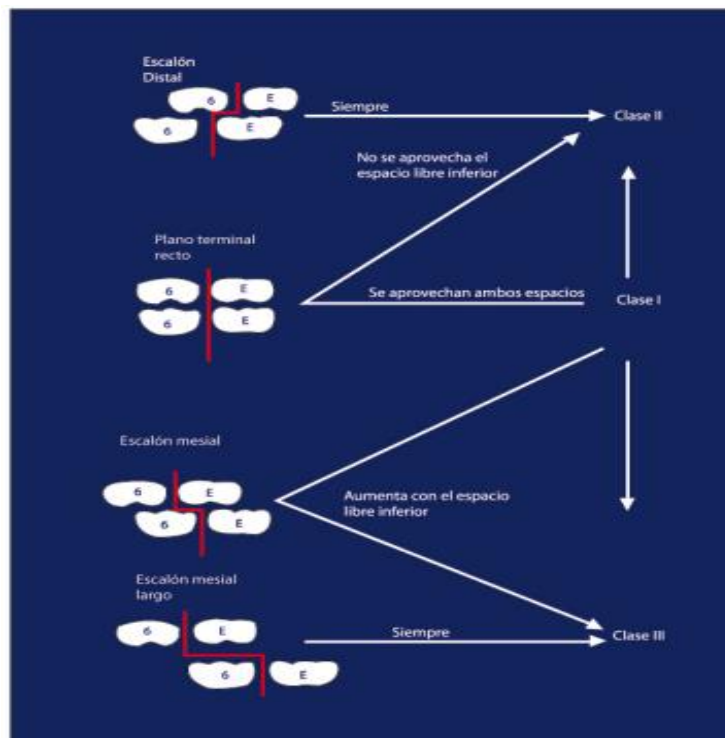
#### II.II.IV EVOLUCIÓN DE LOS PLANOS TERMINALES

La dentición permanente se inicia tras la exfoliación de los dientes temporales, con la erupción de los dientes definitivos, excluyendo a los terceros molares. Durante la etapa de dentición mixta temprana (entre los 5 y 8 años), es común que los primeros molares permanentes emerjan distalmente a los segundos molares temporales.<sup>12</sup>

El tipo de plano terminal que presenten estos molares temporales influye directamente en la relación molar permanente que se desarrollará:

- Un **plano terminal distal** suele evolucionar hacia una **Clase II**.
- Un **escalón mesial corto** puede derivar en una **Clase I** o, en ciertos casos, en una **Clase III**.
- Un **escalón mesial largo** se asocia comúnmente con la **Clase III**.

Este proceso demuestra cómo las relaciones iniciales entre dientes temporales condicionan las características oclusales permanentes.<sup>13</sup> (Ilustración 2)



*Ilustración 2. Vías para establecer las posibles relaciones del primer molar permanente según el plano terminal de los molares primarios.<sup>13</sup>*

## II.II.V CLASIFICACIÓN DE ANGLE

### Clasificación de Oclusión Clase I: "Neurooclusión"

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior encaja en el surco vestibular del primer molar inferior. Aunque la relación molar es adecuada, puede haber malposiciones dentales individuales.<sup>14</sup> (Ilustración 3)

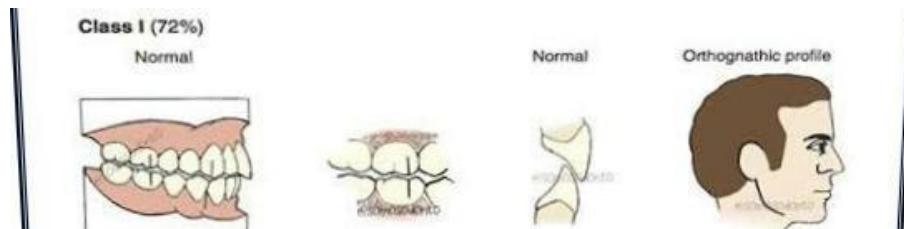


Ilustración 3. Clase I de Angle (Neurooclusión)<sup>14</sup>

Clase II (**Distooclusión**): el surco vestibular del molar inferior se encuentra por detrás de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Esta clase se subdivide en:

- **División 1:** incisivos superiores protruidos con aumento del resalte.
- **División 2:** incisivos centrales retroinclinados y laterales inclinados hacia vestibular, con incremento de la sobremordida.<sup>14</sup> (Ilustración 4)

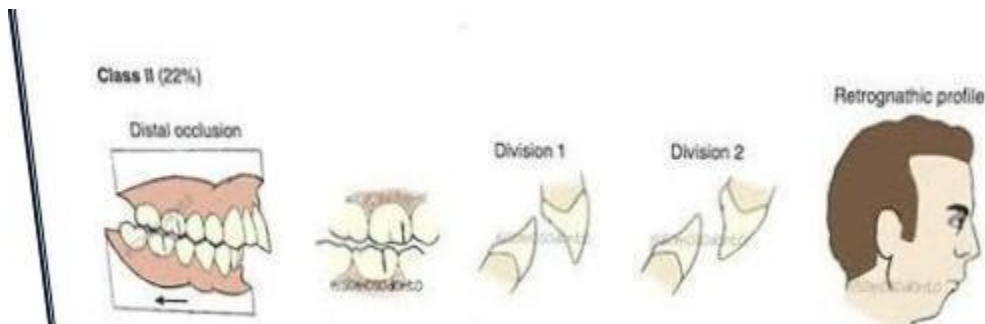


Ilustración 4. Clase II (Distooclusión), subdivisión I y II<sup>14</sup>

Clase III: el surco vestibular del molar inferior está por delante de la cúspide mesiovestibular del molar superior, indicando una relación mandibular adelantada.<sup>14</sup> (Ilustración 5)

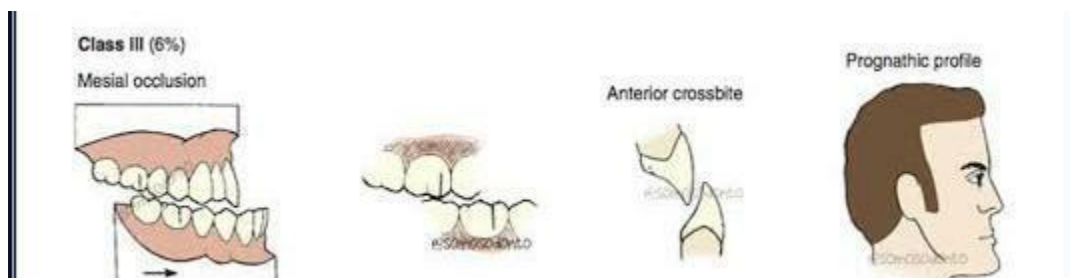


Ilustración 5. Clase III (Mesioclusión)<sup>14</sup>

El sistema de Angle tiene sus limitaciones, pero aun así constituye un enorme adelanto, debido a la facilidad de clasificar a las maloclusiones, es sencilla, rápida de aplicar y es la más utilizada en diferentes estudios epidemiológicos en diferentes países.<sup>14</sup> (Cuadro 1)

*Cuadro 1. Clasificación de Maloclusiones Sistema Angle<sup>11</sup>*

Clase I (Neutroclusión)	El reborde triangular de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior, articula en el surco bucal del primer molar permanente inferior
Clase II (Distoclusión)	El surco mesial del primer molar permanente inferior articula por detrás de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior
- División 1	Distoclusión en la que los incisivos superiores están típicamente en labioversión
- División 2	Distoclusión en la que los incisivos centrales superiores están en posición casi normal en sentido anteroposterior o ligeramente en linguoversión mientras que los incisivos laterales superiores están inclinados labial y mesialmente
Clase III (Mesioclusión)	El surco mesial del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior

#### **II.II.VI PREVALENCIA**

Las maloclusiones tienen una alta prevalencia a nivel global, con tasas que oscilan entre el 60% y el 90% según el grupo poblacional y los criterios diagnósticos utilizados. Esta tendencia ha aumentado con el tiempo, lo cual podría relacionarse con el cambio en los patrones dietéticos: el consumo de alimentos más blandos ha reducido la necesidad de estimulación funcional del aparato masticatorio.<sup>15</sup>

Estudios epidemiológicos reportan una amplia variabilidad en las cifras de prevalencia, debido a diferencias en edad, métodos de muestreo, criterios diagnósticos y experiencia de los examinadores. A pesar de estas diferencias, se reconoce que las maloclusiones representan uno de los problemas bucales más comunes, solo después de las caries y enfermedades periodontales, lo que las convierte en un desafío relevante para la salud pública.<sup>15</sup>

Se han realizado diversos estudios para obtener datos sobre la prevalencia de los tipos de maloclusiones. La mayoría de estos estudios difieren en sus criterios del examen, las técnicas de muestreo, edad, sexo, auxiliares de diagnóstico y discrepancia del examinador, que pone en dificultad la comparación directa entre estas investigaciones.<sup>1,15</sup>

### *II.II.VII CRECIMIENTO Y DESARROLLO*

El crecimiento y desarrollo craneofacial es un proceso dinámico que varía entre individuos. Algunos presentan un desarrollo rápido, mientras que otros siguen un ritmo promedio o tardío. Comprender estas variaciones es esencial para planificar tratamientos ortodóncicos apropiados según la etapa de maduración esquelética.<sup>11,16</sup>

El **crecimiento** implica el aumento en tamaño y masa corporal, asociado a la proliferación y expansión celular, medido generalmente en unidades de longitud o peso. El **desarrollo**, por otro lado, involucra cambios funcionales, morfológicos y de organización estructural en el organismo. La **maduración** se refiere a la culminación funcional de órganos y sistemas, e implica procesos como la osificación de estructuras cartilaginosas.<sup>16</sup>

Una de las teorías más aceptadas es la **teoría de la matriz funcional** de Melvin Moss, la cual plantea que el crecimiento de los huesos depende del crecimiento de los tejidos blandos asociados. Moss describió al cráneo como un conjunto de componentes funcionales, donde la matriz controla el remodelado y la forma ósea mediante estímulos funcionales.<sup>17</sup>

**Crecimiento del maxilar:** este hueso se desarrolla en distintas direcciones: caudal (proceso alveolar), dorsal (tuberosidad maxilar) y, en menor medida, craneal (suelo orbitario). El crecimiento en la región de la tuberosidad permite el espacio para la erupción de los molares. Además, la presión lingual contribuye al desarrollo de la bóveda palatina. Con la erupción de los dientes permanentes anteriores, el crecimiento alveolar se reduce progresivamente, y hacia los 17 años ocurre la osificación de las suturas palatinas.<sup>18</sup>

**Crecimiento mandibular:** en los primeros meses de vida, las placas óseas laterales se separan mediante crecimiento transversal, y después del sexto mes se produce la osificación de la sínfisis mandibular. El crecimiento se orienta hacia abajo y adelante, lo cual genera espacio para el desarrollo del maxilar superior y permite la colocación de las piezas posteriores. Este desplazamiento es esencial para lograr una oclusión adecuada.<sup>18</sup>

### *II.II.VII ETIOLOGÍA*

Las causas de las maloclusiones son multifactoriales e involucran tanto factores generales como locales. Comprender la etiología permite al profesional establecer diagnósticos adecuados y elegir tratamientos que prevengan la progresión de estas alteraciones.<sup>19</sup> (Cuadro 2)

Cuadro 2. Clasificación de Graber.<sup>19</sup>

<b>Factores Generales</b>	<b>Factores Locales</b>
Hereditarios	Anomalías de número
Congénitos	Anomalías de tamaño
Ambientales	Frenillo labial anormal
Predisposición climática y enfermedad metabólica	Pérdida prematura
Problemas dietéticos	Retención prolongada
Hábitos de presión anormal	Erupción tardía de los dientes permanentes
- Succión digital	Anquilosis
- Deglución con proyección lingual	Caries dental
- Morder labios y uñas	Restauraciones dentales defectuosas
- Hábito de deglución anormal	
- Respiración bucal	
- Bruxismo	
Postura	
Trauma y accidente	

### *II.II.VIII HÁBITOS DE PRESIÓN ANORMAL*

Un hábito se forma por la repetición constante de una acción hasta que se vuelve automática y muchas veces inconsciente. En odontología, los llamados *hábitos orales perniciosos* tienen una estrecha relación con el desarrollo de maloclusiones, ya que interfieren en el crecimiento y la alineación de los maxilares.<sup>20</sup>

Succión digital. frecuente en la infancia, suele desaparecer de forma espontánea entre los 3 y 4 años. Su persistencia puede provocar distocclusión, mordida abierta o cruzada, y un aumento del resalte incisal.<sup>21,22</sup> (Ilustración 6)



*Ilustración 6. Succión digital.<sup>33</sup>*



*Ilustración 7. Mordida abierta causada por succión digital.<sup>34</sup>*

**Empuje lingual:** se presenta durante la deglución y puede ser de dos tipos:

1. *Empuje simple:* asociado a mordida abierta anterior, incluso después de abandonar el hábito de succión.
2. *Empuje complejo:* relacionado con problemas respiratorios crónicos como rinitis, hipertrofia amigdalar o respiración bucal.<sup>21,22</sup> (Ilustración 8)



*Ilustración 8. Mordida abierta causada por interposición lingual.* <sup>35</sup>

Succión o mordedura del labio. afecta principalmente el labio inferior. Este hábito puede provocar vestibularización de los incisivos superiores, mordida abierta anterior y retroinclinación de los incisivos inferiores.<sup>21,22</sup> (Ilustración 9)



*Ilustración 9. Hábito de succión labial inferior.* <sup>36</sup>

Respiración bucal: altera la postura lingual y la función muscular perioral. Se asocia con paladares altos y estrechos, apiñamiento dental y crecimiento mandibular rotacional posterior.<sup>21,22</sup> (Ilustración 10 y 11)



*Ilustración 10. Paciente presenta hábito de respiración bucal. <sup>22</sup>*



*Ilustración 11. Mordida abierta provocada por el hábito de respiración bucal. <sup>22</sup>*

Deglución atípica. es la persistencia del patrón infantil de deglución, en el cual la lengua se interpone entre los dientes. Genera mordida abierta anterior y puede acompañarse de incompetencia labial y protrusión dental.<sup>22</sup>

Onicofagia. Se menciona frecuentemente como una causa de malposición dentaria. En niños nerviosos y/o tensos, con frecuencia presentan este hábito y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el mismo hábito. <sup>22</sup> (Ilustración 12 y 13)



*Ilustración 12. Onicofagia.<sup>22</sup>*



*Ilustración 13. Mordida cruzada provocada por hábito de morderse uñas.<sup>22</sup>*

Bruxismo: consiste en apretar o rechinar los dientes de forma inconsciente, especialmente durante el sueño. Está vinculado a alteraciones como sobremordida profunda, desgaste dental y, en algunos casos, fracturas coronarias.<sup>22</sup> (Ilustración 14)



*Ilustración 14. Bruxismo.<sup>37</sup>*

### II.II.IX DIAGNÓSTICO

Para poder determinar y diagnosticar el tipo de maloclusión que presenta un paciente se necesita recurrir a algún elemento de diagnóstico que nos pueda brindar datos más exactos.<sup>15</sup> (Cuadro 3)

Cuadro 3. Elementos de diagnóstico para maloclusiones.<sup>15</sup>

<b>Diagnóstico Diferencial</b>	<b>Diagnóstico de Modelos de Estudio</b>	<b>Diagnóstico Fotográfico</b>	<b>Diagnóstico Radiográfico</b>
Análisis de tejidos blandos	Análisis de Moyers	Examen extraoral frontal	Análisis de Down
Análisis de ATM	Análisis de Nance	Examen extraoral perfil	Análisis de Steiner
Análisis dentario	Análisis de Pont	Examen intraoral	Análisis de Rickets
	Análisis de Korkhaus		Análisis de Jarabak
			Análisis línea estética facial

### II.II.X TRATAMIENTO

El objetivo principal de la ortodoncia es mejorar o corregir la oclusión para obtener una buena función, estética y estabilidad dental. La ortodoncia se divide de acuerdo a la edad y estadio de maduración del paciente, así como el problema a tratar.<sup>15</sup>

No todas las maloclusiones son de tipo dentarias, en numerosas ocasiones pueden implicar la alteración de forma, tamaño y posición de los maxilares. Durante la fase de dentición temporal y dentición Mixta, se lleva a cabo el tratamiento preventivo, que dependerá de la clase de maloclusión que tenga el paciente; el tratamiento es a través del uso de aparatos de ortopedia, para dirigir el crecimiento de los maxilares.<sup>15</sup>

La importancia de conocer las maloclusiones, y de realizar un buen diagnóstico, donde pudiera tratarse de un problema esquelético o solamente dentario, es para planificar un buen tratamiento y aplicación de aparatología que modifiquen y dirijan de manera correcta el crecimiento.<sup>15</sup>

### II.II.XI MANEJO PREVENTIVO

La ortodoncia preventiva se aplica aun cuando la maloclusión no se encuentre presente. La prevención de las maloclusiones consiste en eliminar la causa. Los hábitos de presión anormal son la causa principal de las maloclusiones, es por eso que el profesional de odontología deberá enfocarse en aplicar aparatos de ortopedia que corrijan ese tipo de hábitos.<sup>15</sup>

Los hábitos de succión deberían erradicarse antes de los dos años para poder prevenir el problema de maloclusión que pudiera ser ocasionado por este, como mordida abierta anterior.<sup>15</sup>

En la primera infancia la actuación de logopeda puede ser necesaria para reeducar los hábitos oro-linguales, junto a la intervención del otorrinolaringólogo será necesaria en casos de hipertrofia adeno-amigdalor o rinitis alérgica.<sup>15</sup>

El odontopediatra u ortodoncista indicara si es necesario, la colocación de mantenedores de espacio en el caso de pérdida prematura de molares temporales, así como el seguimiento de traumatismos dentales.<sup>15</sup>

### II.II.XII MANEJO INTERCEPTIVO

La ortodoncia interceptiva, también conocida como ortopedia, se lleva a cabo para eliminar o reducir la severidad de una maloclusión ya diagnosticada y disminuye o incluso puede evitar la necesidad del tratamiento ortodóncico. La intervención temprana permite dirigir el desarrollo hacia la normalidad de la oclusión y eliminar los cambios y factores desfavorables. El 25% de las maloclusiones interceptadas a una edad temprana, han sido tratadas con éxito, corrigiendo y eliminando factores etiológicos de dichas maloclusiones.<sup>15</sup> (Cuadro 4)

Cuadro 4. Acciones en Ortodoncia Interceptiva

Extracción de dientes retenidos o supernumerarios
Eliminación de caries dental
Restauración adecuada del diente
Eliminación de hábitos de presión anormal
Colocación de mantenedores de espacio ante el compromiso del perímetro de la arcada dental
Tratamiento temprano de mordidas cruzadas
Detección y corrección de problemas respiratorios
Eliminación de frenillos con inserción patológica
Tratamiento de alteraciones de tamaño y forma de los dientes
Corrección de disfunciones musculares
Detección y tratamiento de enfermedades sistémicas
Detección de un funcionamiento anormal de las glándulas endocrinas y su remisión con el especialista

### *II.II.XIII MANEJO CORRECTIVO*

La ortodoncia correctiva es necesaria cuando el problema de maloclusión ya está presente y existe una alteración en el desarrollo normal de la cavidad bucal. Las deformaciones suelen afectar principalmente el paladar y los arcos dentarios, en este caso es necesario combinar aparatos de ortopedia fijos o removibles y los aditamentos conocidos como brackets, que se fijan a la cara vestibular o lingual de los dientes para corregir la maloclusión, a través de fuerzas de redirección, emitidas por de arcos de acero o níquel y módulos de goma.<sup>23</sup>

El tratamiento puede ser conservador (ortopédico y ortodóncico) o quirúrgico, en casos de maloclusiones esqueléticas. La edad ideal para realizar el tratamiento correctivo es de los 11 a los 13 años, ya que en esta edad se ha producido el recambio dentario y hay un pico de crecimiento ideal para el tratamiento.<sup>23</sup>

### **II.III JUSTIFICACIÓN**

Se define a una maloclusión como cualquier alteración, cambio de posición o movimiento no considerado dentro de los límites normales, provocando efectos nocivos en la cavidad bucal, por lo tanto, es considerado un problema de salud pública.<sup>24</sup>

Las maloclusiones dentales pueden afectar negativamente la salud oral, la apariencia y la calidad de vida de las personas.<sup>24</sup>

Salud oral: cuando la salud bucal se ve afectada, puede generar dificultades para masticar, mayor susceptibilidad a infecciones bucales como gingivitis y periodontitis, caries, problemas de pronunciación e incluso apnea del sueño.<sup>21</sup>

Estética: la maloclusión puede alterar la apariencia dental, lo que puede impactar la autoestima y la confianza personal.<sup>25</sup>

Calidad de vida: las implicaciones sociales también son comunes, como evitar sonreír para no mostrar los dientes o sentirse preocupado por la opinión de los demás.<sup>25</sup>

Conocer la prevalencia de las maloclusiones, así como las causas más frecuentes, son importantes para identificarlas y poder establecer las medidas de detección y prevención oportunas; para la integridad, función y correcta oclusión del paciente.<sup>24</sup>

En esta investigación se recolectaron datos de pacientes que acuden al LDC Nezahualcóyotl solicitando atención dental y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para este estudio, con la finalidad de identificar la prevalencia y los factores más frecuentes en esta población.

### **II.IV OBJETIVOS**

#### *II.IV.I GENERAL*

Identificar la prevalencia y factores asociados a las maloclusiones de Angle en pacientes que acuden a la clínica estomatológica de Nezahualcóyotl durante el trimestre 24-P al 24-O.

#### *II.IV.II ESPECÍFICOS*

1. Determinar la prevalencia de las maloclusiones de Angle, en pacientes que acuden a la clínica estomatológica de Nezahualcóyotl durante el trimestre 24-P al 24-O”.
2. Identificar los factores más frecuentes en las maloclusiones por sexo de los pacientes.
3. Identificar los factores más frecuentes por edad de los pacientes
4. Relacionar el tipo de perfil y forma del cráneo con la presencia de maloclusiones.

## **II.V METODOLOGÍA**

### **II.V.I DISEÑO**

#### Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio observacional y transversal, el cual se encuentra dividido en 3 fases principales:

Fase teórica, en una primera fase se realizó la búsqueda de información, en bases de datos y journals, como DOAJ, Cochrane Library, Scielo, Elsevier y PubMed, información en revistas electrónicas como Journal of Dental Research, International Journal of Oral Science, con la finalidad de obtener la información para conformar el marco teórico.

En la segunda fase de investigación, se recopilaron datos, de los expedientes del L.D.C Nezahualcoyotl, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y para el diagnóstico de maloclusiones, clase I, II y III se utilizó la clasificación de Angle.

En una tercera fase se realizó la captura de los datos en una base en Excel y un análisis estadístico en el programa estadístico SPSS v24 para la descripción de los datos utilizando gráficos y tablas descriptivas.

#### Criterios de inclusión:

1. Expedientes de pacientes que acudieron durante el periodo de los trimestres 24P y 24O al L.D.C Nezahualcáyotl solicitando atención dental
2. Expediente de paciente que cuenten con los cuatro molares permanentes totalmente erupcionados. (OD.16,26,36 y 46)
3. Expedientes de pacientes que estén dentro del rango de edad de 7 a los 60 años.

#### Criterios de exclusión:

1. Pacientes sin expediente clínico completo

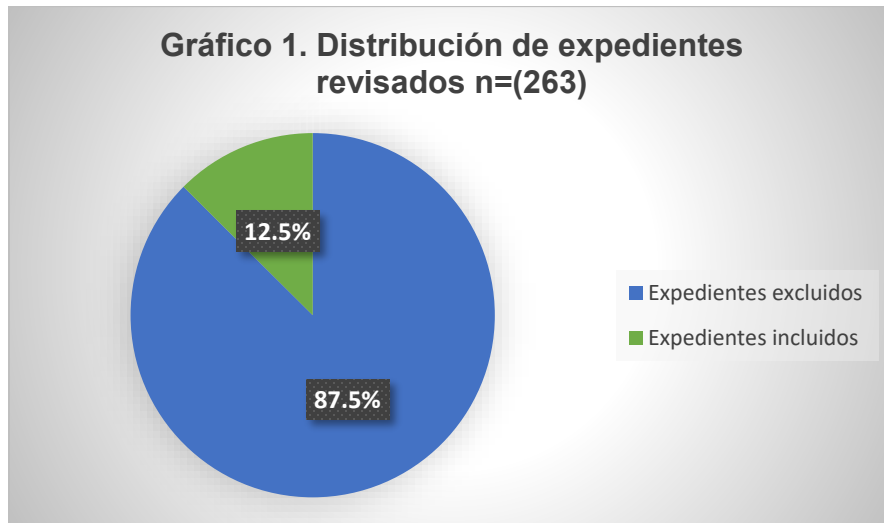
## II.VI.II MATERIAL Y MÉTODOS

Cuadro 5. Material utilizado para realizar esta investigación

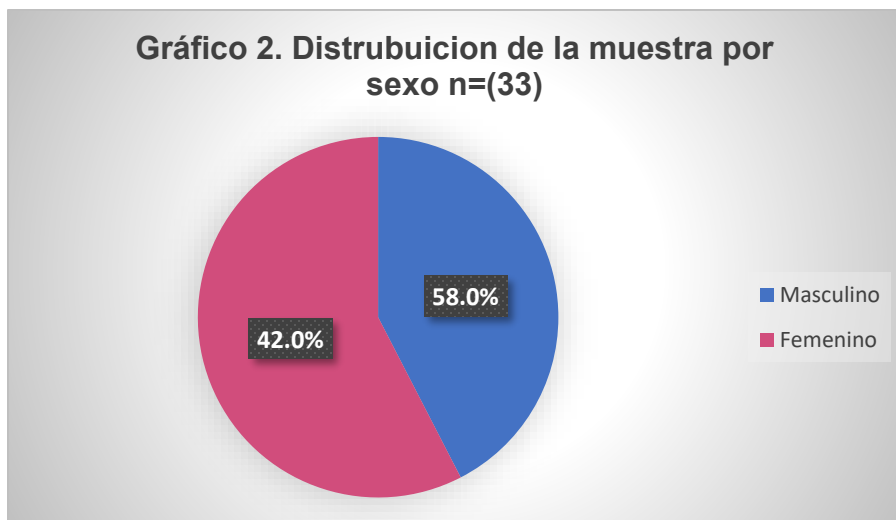
<b>Material bibliográfico</b>	<b>Detalles</b>
Periodo de revisión bibliográfica	2015 - 2025
Equipo utilizado	
- Computadora portátil	✓
- Software Microsoft Office Word 2010	✓
- Software Excel 2010	✓
- Software SPSS v21	✓
<b>Materiales de recolección de datos</b>	
- Formato de recolección de datos	✓
- Expedientes clínicos	✓

## II.VI RESULTADOS

### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA



El gráfico 1 muestra la distribución de los expedientes clínicos revisados durante el estudio. Del total de 263 expedientes, el 87.5% (230) fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión, mientras que el 12.5% (33) fueron incluidos para el análisis.



El gráfico 2 muestra la distribución por sexo de los pacientes incluidos en el estudio. Del total de 33 pacientes, el 58.0% (19) correspondió al sexo masculino y el 42.0% (14) al sexo femenino.

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE ANGLE (PERFIL DERECHO)						
Rango de edad	Clase I		Clase II		Clase III	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
8-12 años	(15.15)	5	(3.03)	1	(0.00)	0
13-20 años	(9.09)	3	(0.00)	0	(6.06)	2
21-30 años	(15.15)	5	(6.06)	2	(6.06)	2
31-40 años	(3.03)	1	(9.09)	3	(6.06)	2
41-50 años	(6.06)	2	(6.06)	2	(3.03)	1
51-60 años	(3.03)	1	(3.03)	1	(0.00)	0
<b>Total</b>	<b>(51.51)</b>	<b>17</b>	<b>(27.20)</b>	<b>9</b>	<b>(21.21)</b>	<b>7</b>

La tabla 1 muestra la distribución de la muestra respecto a la Clasificación de Angle en el perfil derecho en relación con el rango de edad; en la Clase I se observa mayor presencia en los rangos de edad de 8-12 años y de 21-30 años con un 15.5% en ambos rangos de edad, en la Clase II se observa una mayor presencia en el rango de edad de 31-40 años con un 9.09% y en la Clase III una frecuencia similar en los rangos de edad de 13-20 años, 21-30 años y 31-40 años con un 6.06% en los tres rangos.

TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE ANGLE (PERFIL IZQUIERDO)						
Rango de edad	Clase I		Clase II		Clase III	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
8-12 años	(18.18)	6	(0.00)	0	(0.00)	0
13-20 años	(6.06)	2	(0.00)	0	(9.09)	3
21-30 años	(15.15)	5	(6.06)	2	(6.06)	2
31-40 años	(3.03)	1	(9.09)	3	(6.06)	2
41-50 años	(9.09)	3	(3.03)	1	(3.03)	1
51-60 años	(3.03)	1	(3.03)	1	(0.00)	0
<b>Total</b>	<b>(54.54)</b>	<b>18</b>	<b>(21.21)</b>	<b>7</b>	<b>(24.24)</b>	<b>8</b>

La tabla 2 muestra la distribución de la Clase de Angle del lado izquierdo en relación con el rango de edad; en la clase I se observa mayor prevalencia en los rangos de edad de 8-12 años y de 21-30 años con un 18.18 % y 15.5% respectivamente, en la clase II se observa una mayor prevalencia en el rango de edad de 31-40 años con un 9.09% y en la clase 3 se observa una frecuencia similar en el rango de edad de 13-20 años con un 9.09%.

TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE ANGLE POR SEXO (PERFIL DERECHO)								
Sexo	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
Femenino	(68.42)	13	(21.05)	4	(10.53)	2	(100)	19
Masculino	(28.57)	4	(35.71)	5	(35.71)	5	(100)	14
<b>Total</b>	<b>(51.52)</b>	<b>17</b>	<b>(27.27)</b>	<b>9</b>	<b>(21.21)</b>	<b>7</b>	<b>(100)</b>	<b>33</b>

En la tabla 3 se muestra la distribución de la Clasificación de Angle del perfil derecho en relación con el sexo. Con respecto a la Clase I el sexo femenino la presento en un 76.47% (n=13) con respecto al masculino 23.53% (n=4). En Clase II hubo mayor presencia en el sexo masculino con 55.55% (n=5) en comparación con el femenino 44.45% (n=4) y en la Clase III también el sexo masculino fue el de mayor presencia 71.42% (n=5).

TABLA 4. CLASIFICACIÓN DE ANGLE (PERFIL IZQUIERDO)								
Sexo	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
Femenino	(68.42)	13	(15.79)	3	(15.79)	3	(100)	19
Masculino	(35.71)	5	(28.57)	4	(35.71)	5	(100)	14
<b>Total</b>	<b>(54.55)</b>	<b>18</b>	<b>(21.21)</b>	<b>7</b>	<b>(24.24)</b>	<b>8</b>	<b>(100)</b>	<b>33</b>

En la tabla 4 se muestra la distribución de la Clase de Angle del perfil izquierdo en relación con el sexo. En la Clase I, el sexo femenino presentó una mayor prevalencia con un 68.42% (n=13), seguido por la Clase II y Clase III, ambas con un 15.79% (n=3). En el sexo masculino, la Clase I y la Clase III mostraron la misma prevalencia con un 35.71% (n=5) cada una, mientras que la Clase II se presentó en un 28.57% (n=4).

TABLA 5. CLASIFICACIÓN DE ANGLE Y TIPO DE HÁBITO (PERFIL DERECHO)								
Tipo de hábito	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
No presenta	(52.94)	9	(35.29)	6	(11.76)	2	(100)	17
Bruxismo	(62.50)	5	(12.50)	1	(25.00)	2	(100)	8
Respiración bucal	(20.00)	1	(40.00)	2	(40.00)	2	(100)	5
Succión labial	(66.67)	2	(0.00)	0	(33.33)	1	(100)	3
<b>Total</b>	<b>(51.52)</b>	<b>17</b>	<b>(27.27)</b>	<b>9</b>	<b>(21.21)</b>	<b>7</b>	<b>(100)</b>	<b>33</b>

En la tabla 5 se muestra la distribución de la Clasificación de Angle del perfil derecho en relación con el tipo de hábito que presenta el paciente, del total de los pacientes incluidos en este estudio el 51.51% (n=17) no presenta ninguna, 24.24% (n=8) presenta bruxismo, 15.15% presenta respiración bucal y 9.09% succión labial. Con respecto al hábito de bruxismo, la distribución por Clase I, II y III se presenta en un 62.50% (n=5), 12.50% (n=1) y 25.0% (n=2) respectivamente. La respiración bucal se presenta en un 40.0% (n=2) en Clase II y III respectivamente y en un 20.0% (n=1) en Clase I. Y la succión labial se presentó en 66.67% (n=2) en Clase I y 33.33% (n=3) en Clase III.

TABLA 6. CLASIFICACIÓN DE ANGLE Y TIPO DE HÁBITO (PERFIL IZQUIERDO)								
Tipo de hábito	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
No presenta	10	(58.82)	5	(29.41)	2	(11.76)	17	(100)
Bruxismo	6	(75.00)	0	(0.00)	2	(25.00)	8	(100)
Respiración bucal	1	(20.00)	2	(40.00)	2	(40.00)	5	(100)
Succión labial	1	(33.33)	0	(0.00)	2	(66.67)	3	(100)
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>(54.55)</b>	<b>7</b>	<b>(21.21)</b>	<b>8</b>	<b>(24.24)</b>	<b>33</b>	<b>(100)</b>

En la tabla 6 se muestra la distribución de la Clasificación de Angle del perfil izquierdo en relación con el tipo de hábito que presenta el paciente. Del total de los pacientes incluidos en este estudio, el 51.51% (n=17) no presenta ningún hábito, el 24.24% (n=8) presenta bruxismo, el 15.15% (n=5) respiración bucal y el 9.09% (n=3) succión labial. Con respecto al hábito de bruxismo, la Clase I se presentó en un 75.0% (n=6), la Clase II en un 12.5% (n=1) y la Clase III en un 12.5% (n=1). En cuanto a la respiración bucal, se observó una mayor prevalencia en la Clase II y III, con un 40.0% (n=2) en cada una, y un 20.0% (n=1) en Clase I. La succión labial se presentó en un 66.67% (n=2) en Clase III y en un 33.33% (n=1) en Clase I.

TABLA 7. CLASE DE ANGLE (PERFIL DERECHO)								
Forma del cráneo	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
Mesocéfalo	(59.09)	13	(40.91)	9	(0.00)	0	(100)	22
Dolicocéfalo	(0.00)	0	(0.00)	0	(100.00)	3	(100)	3
Braquicéfalo	(50.00)	4	(0.00)	0	(50.00)	4	(100)	8
Total	(51.52)	17	(27.27)	9	(21.21)	7	(100)	33

En la tabla 7 se muestra la distribución de la Clasificación de Angle del perfil derecho en relación con la forma del cráneo. Del total de pacientes mesocéfalos, el 59.09% (n=13) presentó Clase I, el 40.91% (n=9) Clase II, y ningún caso se presentó en Clase III. En los pacientes dolicocéfalos, el 100.0% (n=3) se encontró en Clase III. En cuanto a los braquicéfalos, el 50.0% (n=4) se distribuyó en Clase I y el 50.0% (n=4) en Clase III, sin casos en Clase II.

TABLA 8. CLASE DE ANGLE (LADO IZQUIERDO)								
Forma del cráneo	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
Mesocéfalo	(63.64)	14	(31.82)	7	(4.55)	1	(100)	22
Dolicocéfalo	(0.00)	0	(0.00)	0	(100.00)	3	(100)	3
Braquicéfalo	(50.00)	4	(0.00)	0	(50.00)	4	(100)	8
Total	(54.55)	18	(21.21)	7	(24.24)	8	(100)	33

En la tabla 8 se muestra la distribución de la Clasificación de Angle del perfil izquierdo en relación con la forma del cráneo. De los pacientes mesocéfalos, el 63.64% (n=14) presentó Clase I, el 31.82% (n=7) Clase II, y el 4.55% (n=1) Clase III. En los dolicocéfalos, el 100.0% (n=3) se encontró en Clase III. En los braquicéfalos, el 50.0% (n=4) correspondió a Clase I y el otro 50.0% (n=4) a Clase III, sin casos en Clase II.

TABLA 9. CLASE DE ANGLE (LADO DERECHO)								
Tipo de perfil	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
<b>Recto</b>	(94.12)	16	(5.88)	1	(0.00)	0	(100)	17
Cóncavo	(0.00)	0	(0.00)	0	(100.00)	7	(100)	7
<b>Convexo</b>	(11.11)	1	(88.89)	8	(0.00)	0	(100)	9
<b>Total</b>	(51.52)	17	(27.27)	9	(21.21)	7	(100)	33

En la tabla 9 se muestra la distribución de la Clasificación de Angle del perfil derecho en relación con el tipo de perfil facial. En los pacientes con perfil recto, el 94.12% (n=16) se presentó en Clase I y el 5.88% (n=1) en Clase II, sin casos en Clase III. En los de perfil cóncavo, el 100.0% (n=7) se encontró en Clase III. En el perfil convexo, el 11.11% (n=1) se presentó en Clase I y el 88.89% (n=8) en Clase II, sin presencia en Clase III.

TABLA 10. CLASE DE ANGLE (LADO IZQUIERDO)								
Tipo de perfil	Clase I		CLASE II		Clase III		Total	
	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
<b>Recto</b>	(94.12)	16	(0.00)	0	(5.88)	1	(100)	17
Cóncavo	(0.00)	0	(0.00)	0	(100.00)	7	(100)	7
<b>Convexo</b>	(22.22)	2	(77.78)	7	(0.00)	0	(100)	9
<b>Total</b>	(54.55)	18	(21.21)	7	(24.24)	8	(100)	33

En la tabla 10 se muestra la distribución de la Clasificación de Angle del perfil izquierdo en relación con el tipo de perfil facial. En los pacientes con perfil recto, el 94.12% (n=16) presentó Clase I y el 5.88% (n=1) Clase III, sin casos en Clase II. En los de perfil cóncavo, el 100.0% (n=7) se encontró en Clase III. En el perfil convexo, el 22.22% (n=2) se presentó en Clase I y el 77.78% (n=7) en Clase II, sin presencia en Clase III.

## II.VII DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos sobre la distribución de las Clases I, II y III de Angle en función del sexo, edad, hábitos orales, forma del cráneo y tipo de perfil, se observó una mayor prevalencia en el sexo femenino (57.7%). La literatura respalda esta observación, ya que el dimorfismo sexual puede influir en la morfología craneofacial y la relación oclusal, como lo plantean Thilander y colaboradores, quienes encontraron una tendencia de maloclusiones severas más frecuentes en varones, pero con mayor prevalencia general de Clase I en mujeres.<sup>19</sup>

Respecto a la distribución por edad, la Clase I fue más común en los grupos de 8-12 y 21-30 años. Esto coincide con los hallazgos de Grippaudo et al. (2016), quienes reportaron que la Clase I es la más prevalente en poblaciones infantiles y jóvenes.<sup>26</sup> En contraste, la Clase II se presentó con mayor frecuencia en el grupo de 31-40 años, lo cual podría estar relacionado con factores como el crecimiento esquelético y los hábitos adquiridos, como lo reportaron Alhammadi et al. (2019) en su revisión global sobre maloclusiones.<sup>27</sup> La Clase III mostró una distribución más homogénea entre los 13 y 40 años, lo cual se alinea con el estudio de Guyer et al. (1986), quienes destacaron que esta clase puede manifestarse en diversas etapas del desarrollo.<sup>28</sup>

En cuanto al sexo, se identificó una mayor prevalencia de Clase I en mujeres (68.42%), mientras que en hombres la distribución fue más equitativa entre las Clases II y III. Esto está en línea con los resultados de Thilander et al. (2001), quienes observaron que los varones tienden a presentar patrones más severos de maloclusión, especialmente en Clase III, debido a diferencias en el crecimiento mandibular.<sup>29</sup>

El impacto de los hábitos orales también se evidenció en la distribución de las clases de Angle. El bruxismo y la succión labial se asociaron mayormente a la Clase I, lo cual puede estar relacionado con la tensión muscular o hábitos repetitivos sin alteraciones esqueléticas severas, como lo plantea Pazos et al. (UNLP).<sup>37</sup> Por otro lado, la respiración bucal se vinculó con las Clases II y III, lo cual es consistente con el estudio de Souki et al. (2019), quienes demostraron que este hábito puede alterar el desarrollo craneofacial y favorecer maloclusiones, especialmente la Clase II.<sup>30</sup>

En cuanto a la forma del cráneo, la Clase I se presentó principalmente en individuos mesocéfalos (59-64%), mientras que la Clase III se asoció con el tipo dolicocefalo. Este hallazgo es congruente con el estudio de Lombardo et al. (2017), quienes demostraron mediante análisis tridimensional que la forma craneal influye en la disposición maxilomandibular y, por ende, en la relación oclusal.<sup>31</sup>

Finalmente, el análisis del tipo de perfil mostró que la Clase I predominó en individuos con perfil recto (94.12%), la Clase II en perfiles convexos (88.89%) y la Clase III en perfiles cóncavos (100%). Esta asociación ha sido reportada previamente por Kuzmanovic et al. (2018), quienes concluyeron que la relación entre la posición maxilomandibular y el perfil facial es clave para la clasificación de las maloclusiones.<sup>32</sup>

## II.VIII CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permiten obtener diversas conclusiones relevantes sobre la distribución de la Clase de Angle en función del sexo, la edad, los hábitos orales, la forma del cráneo y el tipo de perfil facial.

En primer lugar, se observó que la Clase I es la más prevalente en la muestra analizada, con una mayor presencia en el sexo femenino y en los grupos de edad de 8-12 y 21-30 años. Esto indica que dicha maloclusión puede estar influenciada por factores genéticos y ambientales.

Por otro lado, la Clase II mostró una mayor prevalencia en el grupo de 31-40 años y en hombres, lo que sugiere que esta maloclusión puede estar relacionada con patrones de crecimiento mandibular y hábitos adquiridos. Mientras tanto, la Clase III presentó una distribución más homogénea en los distintos grupos de edad y en el sexo masculino, lo que refuerza que su aparición está fuertemente influenciada por la morfología craneofacial.

En cuanto a los hábitos orales, se identificó que el bruxismo y la succión labial están mayormente asociados con la Clase I, mientras que la respiración bucal se relaciona con las Clases II y III. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la detección temprana y la intervención sobre hábitos orales que prevengan alteraciones en la oclusión.

Asimismo, la relación entre la forma del cráneo y la Clase de Angle confirma que los individuos mesocéfalos presentan una mayor prevalencia de la Clase I, mientras que la Clase III se asocia predominantemente con dolicocefalos. Esta evidencia respalda la influencia del desarrollo craneofacial en la oclusión dental.

Finalmente, se observó que la Clase I predomina en individuos con un perfil recto, la Clase II en perfiles convexos y la Clase III en perfiles cóncavos. Estos resultados subrayan la importancia de considerar el análisis del perfil facial en el diagnóstico y tratamiento y prevención de maloclusiones.

En conclusión, esta investigación aporta información valiosa sobre los factores asociados a las maloclusiones, lo que puede contribuir a una mejor planificación de los tratamientos y a estrategias preventivas para minimizar su impacto en la población.

## II.X BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental en 2030 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [citado el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-situacion-mundial-salud-bucodental-hacia-cobertura-sanitaria-universal>
2. Álvarez-Cervantes JE, de Santiago-Tovar JR, Monjaras-Ávila AJ. Maloclusiones. Problema de Salud Bucodental. Revisión Narrativa. Educ y Salud Boletín Científico Inst Cienc la Salud Univ Autón del Estado Hidalgo [Internet]. 2023 dic [citado el 22 de febrero de 2025];12(23):79-86. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/11177>
3. Clínica Universidad de Navarra. Maloclusión [Internet]. Diccionario Médico. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/malocclusion>
4. Castro M, Zambrano M. Ortodoncia interceptiva para la corrección de maloclusiones en dentición mixta. Rev Latinoam Ortodon Odontopediatr. 2023;12(30):79-86. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2023/art-30/>
5. Castro-Rojas I, Rodríguez-Gutiérrez T, González-Salazar L, López-Martínez L. Impacto de la ortodoncia interceptiva en la corrección de maloclusiones de clase II en pacientes pediátricos. *Angle Orthodontist* [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 20];93(2):178-185. Disponible en: <https://www.angle.org/>
6. Racich MJ. Oclusión: una visión contemporánea y recomendaciones. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 2015;35(6):775-782.
7. Baccetti T, Franchi L, McNamara JA. The cervical vertebral maturation (CVM) method for the assessment of optimal treatment timing in dentofacial orthopedics. *Seminars in Orthodontics*. 2005;11(2):119-129.
8. Grosso, D., Pimentel, J., & Silva, D. (2023). The Impact of Malocclusion on Oral Health. *Journal of Clinical Medicine*, 12(5), 1456-1465. <https://doi.org/10.1111/PMC11174509>
9. González JC, Pérez MG, Rodríguez LM. Clasificación de las maloclusiones según Edward H. Angle: su importancia en la ortodoncia. *Revista Cubana de Estomatología*. 2024;56(1):e112-120. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S270979272024000100004&script=sciarttext>
10. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Contemporary Orthodontics*. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

11. Ten Cate AR. *Ten Cate's Oral Histology: Development, Structure, and Function*. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2020.
12. Méndez Benítez YY, Villa Villar GM. Prevalencia de los planos terminales en pacientes de 4 y 5 años de edad que se atendieron en la clínica de odontología infantil de la UNICACH, periodo septiembre 2021-septiembre 2023 [Internet]. Tuxtla Gutiérrez: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; 2024 [citado el 2 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/5513>
13. Arellano Mondragón CN, Cruz López GG. Frecuencia de tipo de arco de Baume y planos terminales en preescolares de Chimalhuacán, Estado de México [tesis]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2017. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000759906/3/0759906.pdf>
14. Titanium Dental. Clases de Angle: Sistema y Tipos de Maloclusiones Dentales [Internet]. 2024 dic 3 [citado el 2 de Marzo del 2025]. Disponible en: <https://titaniumdental.es/clases-de-angle/>
15. Montes de Oca Suárez KI, Mendoza Oropeza L, Cuevas Rojo DA. Prevalencia de maloclusiones en pacientes del Programa de Brigadas de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología, UNAM. 2019. *Rev Mex Ortodoncia*. 2020;8(4):263-70.
16. Tedaldi J, Calderón R, Mayora L, Quirós O, Farias M, Rondón S, et al. Tratamiento de maloclusiones según el estadio de maduración carpal - Revisión bibliográfica. *Rev Latinoam Ortodon Odontopediatr*. 2007;39:49-55.
17. López A, Galarza R, Sánchez S, Hidalgo J. Crecimiento y desarrollo craneofacial: mini-review de la teoría de servosistema. *Rev Med HJCA*. 2021;11(1):68-73. Available from: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/download/675/592>
18. Cephalometrics in Orthodontics: *Principles of Diagnosis and Treatment Planning* by A. R. Smith, 2015.
19. Pérez J, Ramírez L, Ruiz M. La etiología de las maloclusiones. *Rev Posgrados Estomatología*. 2022;9(3):42-49. Available from: <https://www.posgradosenestomatologia.edu.mx/blog/post/la-etilog%C3%ADa-de-las-maloclusiones>
20. Martínez A, Rodríguez F, Gómez J. Hábito y su automatización en la conducta humana. *Rev Psicología Conductual*. 2017;25(2):112-118. Available from: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74672017000200661&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74672017000200661&script=sci_arttext)
21. Alcívar Mejía K, Moreira Campuzano T. Hábitos bucales y mal oclusiones en niños de 4 a 12 años de edad. *Rev Cient Esp Odontol*. 2020;3(1):45-50.

22. González A, Yudovich M, Aguilar M. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en niños de 2 a 6 años. *An Pediatr (Barc)*. 2019;91(3):170-175.
23. Singh G. *Ortodoncia. Diagnóstico y Tratamiento*. 2ª ed. Amolca; 2019
24. Morales Ramos A. Prevalencia de hábitos bucales perniciosos y maloclusiones en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México [Tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.
25. González Olmo MJ. Rol de las variables cognitivo-emocionales en el tratamiento ortodóncico en adultos [Tesis doctoral]. Universidad Rey Juan Carlos; 2019.
26. Grippaudo, C., Pantanali, F., Paolantonio, E. G., Antonini, G., & Deli, R. (2016). Prevalence of malocclusion in Italian schoolchildren and orthodontic treatment need. *\*European Journal of Paediatric Dentistry*, 17\*(3), 251-255.
27. Alhammadi, M. S., Halboub, E., Fayed, M. S., Labib, A., & El-Saaidi, C. (2019). Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. *\*Dental Press Journal of Orthodontics*, 24\*(3), 40.e1-40.e10.
28. Guyer, E. C., Ellis, E., McNamara, J. A., & Behrents, R. G. (1986). Components of Class III malocclusion in juveniles and adolescents. *\*The Angle Orthodontist*, 56\*(1), 7-30.
29. Thilander, B., Pena, L., Infante, C., Parada, S. S., & de Mayorga, C. (2001). Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogotá, Colombia. *\*The European Journal of Orthodontics*, 23\*(2), 153-167.
30. Souki, B. Q., Pimenta, G. B., Souki, M. Q., Franco, L. P., Becker, H. M., & Pereira, T. J. (2019). Prevalence of malocclusion among mouth breathing children: Do expectations meet reality? *\*International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73\*(5), 767-773.
31. Lombardo, L., Vena, F., Baiocco, F., Gracco, A., & Siciliani, G. (2017). Three-dimensional analysis of skeletal patterns and dental compensations in different facial types. *\*Journal of Orofacial Orthopedics*, 78\*(6), 494-505.
32. Kuzmanovic, D. S., Jovanovic, J. M., & Cardic, T. J. (2018). Facial profile and malocclusion: An anthropometric study. *\*Journal of Craniofacial Surgery*, 29\*(5), 1295-1300.
33. Clínica Basu. ¿Qué produce la succión digital? [Internet]. Santiago: Clínica Basu; 2018. Disponible en: <https://basu.cl/succion-digital/>
34. Junyent Estudi Dental. Ortodoncia infantil para corregir la mordida cruzada [Internet]. Manresa: Junyent Estudi Dental; 2022. Disponible en: <https://www.junyentestudidental.com/ortodoncia-infantil-para-corregir-la-mordida-cruzada/>
35. Vásquez DC. Deglución atípica y su relación con las maloclusiones dentales en escolares. *Rev Cient UOD* [Internet]. 2018;6(2):33–8. Disponible en:

<https://revistacientificauod.files.wordpress.com/2019/03/rev-uod-6-2-2018-005.pdf>

36. PsicoSabadell. ¿Qué es la deglución atípica y la deglución adaptada? [Internet]. Sabadell: PsicoSabadell;. Disponible en: <https://psicosabadell.com/que-es-la-deglucion-atipica-y-la-deglucion-adaptada/>
37. Pazos F, Bentivegna N, Marchioni A, Lazo MV, Amaro E, Borrillo G, Di Carlo N, Valle C. Bruxismo, etiología. Enfoque actual [Internet]. La Plata: Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata; [fecha desconocida] [citado 2025 abr 29]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/64016/P%C3%B3ster.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



### **III.III ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

La mayor concentración poblacional en Nezahualcóyotl se encuentra entre los 15 y 34 años, con más de 330,000 personas, lo que representa aproximadamente el 30% de la población total.<sup>2</sup>

Los grupos de edad más numerosos son:

20-24 años: 86,844 habitantes.

25-29 años: 84,213 habitantes.

15-19 años: 83,541 habitantes.

Los niños (0-14 años) representan una proporción significativa, pero en disminución, con alrededor de 240,000 personas.<sup>2</sup>

La población adulta mayor (60 años y más) muestra un crecimiento moderado, con aproximadamente 220,000 personas distribuidas en grupos quinquenales decrecientes conforme aumenta la edad.<sup>2</sup>

### **III.IV SERVICIOS**

El municipio de Nezahualcóyotl dispone de una red cultural bien desarrollada, que incluye 11 bibliotecas públicas y varias casas de cultura municipales ubicadas estratégicamente en su territorio. Destacan instalaciones emblemáticas como el Instituto Municipal de las Bellas Artes, el auditorio municipal y el Centro Cultural Jaime Torres Bodet. Este último alberga un foro cultural, una biblioteca, y la librería “Elena Poniatowska”, operada por el Fondo de Cultura Económica. Asimismo, cuenta con la sala de exposición plástica Olga y Rufino Tamayo y el Centro de Investigación y Documentación de Nezahualcóyotl (CIDNE), donde es posible explorar la historia del municipio a través de archivos y recursos especializados.<sup>2</sup>

### **III.V VIVIENDA**

El territorio del municipio abarca una superficie de 63.44 kilómetros cuadrados, dividido en 5,165 manzanas y aproximadamente 220,000 predios distribuidos en 101 colonias.<sup>2</sup>

En términos de características de las viviendas, los datos del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI) reflejan que:<sup>2</sup>

- La mayoría de las viviendas particulares habitadas cuentan con 3 (23.5%) o 4 cuartos (21.2%).
- En cuanto al número de dormitorios, el 35.5% dispone de 1 dormitorio, mientras que el 34.8% cuenta con 2 dormitorios, lo que sugiere un predominio de viviendas compactas pero funcionales para las necesidades familiares del municipio.

### **III.VI SERVICIOS EDUCATIVOS**

Nezahualcóyotl dispone de diversas instituciones educativas, tanto del sector privado como del público que abarcan el ámbito preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado. Se ubican 5 universidades que ofrecen varias licenciaturas.

### **III.VII SERVICIOS DE SALUD**

Nezahualcóyotl cuenta con diversas instituciones del sector salud, dentro de las más solicitadas se encuentra el IMSS, seguido de los Centros de Salud y Consultorios de Farmacia.

### **III.VIII MORBILIDAD Y MORTALIDAD**

Las principales causas de mortalidad en el estado de México, se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, en segundo lugar, diabetes mellitus y en tercer lugar se encuentran los tumores malignos. La esperanza de vida en el estado de México es del 73% para los hombres y del 77.9% para las mujeres.

En los rangos de edad de 15 a 24 años la principal causa de mortalidad es por accidentes de tráfico de vehículos motorizados. Tanto en hombres como en mujeres. En los rangos de edad de los 25 a 34 años, la principal causa de mortalidad en hombres se denota, agresiones y en mujeres, tumores malignos del cuello del útero y leucemias.<sup>2,3</sup>

### III.IX ORGANIZACIÓN Y RECURSOS

Laboratorio de diseño y comprobación Nezahualcóyotl

El L.D.C. Nezahualcóyotl se ubica en la Av. Cuatro s/n, entre Lago Ginebra y Hombres Ilustres, Col. Pirules, Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México.

### III.X INFRAESTRUCTURA

*Cuadro 1 Infraestructura del L.D.C Nezahualcóyotl*

<b>Infraestructura L.D.C. Nezahualcóyotl</b>	
<b>Anexos</b>	<b>2</b>
<b>Aparatos de rayos X</b>	<b>2</b>
<b>Archiveros</b>	<b>2</b>
<b>Área administrativa</b>	<b>1</b>
<b>Área de Esterilización</b>	<b>1</b>
<b>Área de maquinas</b>	<b>1</b>
<b>Área de procesados de modelos</b>	<b>1</b>
<b>Área de residuos peligrosos</b>	<b>1</b>
<b>Área de vestidores y lockers</b>	<b>2</b>
<b>Área secretarial</b>	<b>1</b>
<b>Cajas de revelado</b>	<b>3</b>
<b>Caseta de vigilancia</b>	<b>1</b>
<b>Cubículo de cirugía</b>	<b>1</b>
<b>Cubículo de ortopantomografías</b>	<b>1</b>
<b>Cubículos de Rayos x</b>	<b>2</b>
<b>Dirección</b>	<b>1</b>
<b>Estacionamiento</b>	<b>1</b>
<b>Roseta</b>	<b>1</b>
<b>Sala de espera y recepción</b>	<b>1</b>
<b>Sanitarios</b>	<b>4</b>
<b>Sillones dentales</b>	<b>19</b>

### III.XI PROGRAMAS DE SERVICIOS

*Cuadro 2 Programas de atención en el L.D.C Nezahualcóyotl<sup>2</sup>*

<b>Programa de Atención</b>	<b>Días de Atención</b>	<b>Horario</b>
<b>Atención Integral al Niño</b>	Martes y jueves	8:30 am - 14:00 pm
<b>Atención Integral al Adulto</b>	Lunes, miércoles y viernes	8:30 am - 14:00 pm
<b>Atención a Urgencias</b>	Lunes a viernes	8:30 am - 14:00 pm

### III.XII OBJETIVOS DEL PROYECTO DEL L.D.C

Los laboratorios de Diseño y Comprobación o Clínicas Estomatológicas, son espacios universitarios donde los alumnos integran, aplican y comprueban los conocimientos teóricos adquiridos, en la clínica.<sup>2</sup>

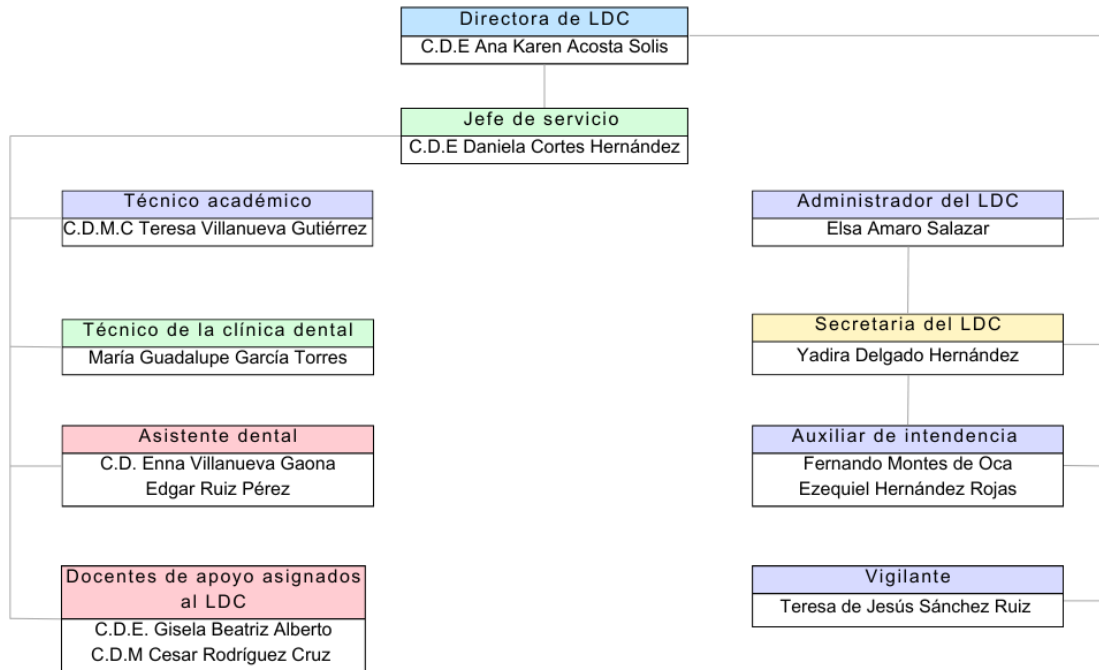
### III.XIII OBJETIVO GENERAL DEL L.D.C

Participar en la formación de profesionales capaces de identificar y resolver las necesidades de salud bucal de la población.<sup>2</sup>

### III.XIV OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL L.D.C.<sup>2</sup>

- Fomentar la atención holística en el manejo del paciente
- Impulsar el trabajo en equipo en la atención del paciente
- Promover la responsabilidad que se tiene con el paciente y la sociedad
- Fomentar los valores éticos de la profesión
- Promover la actualización continua de conocimientos

### III.XV RESPONSABLES DEL PROYECTO



*Ilustración 2. Responsables del proyecto (fuente directa)*

### Bibliografía

1. Nezahualcóyotl: Economía, Data México [internet].2020 [citado 20 Ene 2025]: Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/nezahualcoyotl>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. México: INEGI; 2020 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/vivienda.aspx>
3. N+. ¿Cuál es la esperanza de vida en México en 2025? Estos son los años que viven los mexicanos en promedio [Internet]. N+; 2024 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.nmas.com.mx/nacional/politica/cual-es-esperanza-vida-mexico-2025-estos-anos-viven-mexicanos-promedio>

## **CAPÍTULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO**

Durante el periodo comprendido entre febrero del 2024 a enero del 2025, realice mi servicio social en el L.D.C Nezahualcóyotl, en un horario de 8:30 am a 2:00 pm. En este periodo de tiempo realice varias actividades clínicas y de investigación.

Las actividades clínicas se agrupan en diferentes áreas de atención estomatológica que describo a continuación:

- Diagnóstico: Elaboración y actualización de historia clínica, índices, diagnóstico, plan de tratamiento y análisis de modelos.
- Prevención: Control de biopelícula, profilaxis, eliminación de sarro, aplicación de flúor y colocación de selladores.
- Procedimientos intermedios: aislamiento absoluto con dique de hule, preparaciones para coronas, retiro de puntos para sutura, toma de impresiones y colocación de endopostes.
- Curativas: Pulpotomía, tratamiento de conductos, exodoncia, limpieza del alveolo y obturaciones con resina.
- Rehabilitación oral: colocación de incrustaciones, coronas metálicas, coronas metal-porcelana, coronas estéticas, prótesis removibles parciales y totales, prótesis flexibles, provisionales y placas de retención (Hawley)
- Radiología: toma e interpretación de radiografías para pacientes internos y externos.

Las actividades realizadas durante el año de servicio social se observan en las siguientes tablas:

<b>Tabla 1. Actividades realizadas en el mes de febrero del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>	.	.
Historia clínica	3	8.82
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	1	2.94
Cepillado	1	2.94
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>5.88</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	2	5.88
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	15	44.12
Anestесias	5	14.71
Dique de hule	3	8.82
<b>Subtotal</b>	<b>23</b>	<b>67.65</b>
<b>Administrativas</b>		
Registro y manejo de expedientes	1	2.94
Control y manejo de materiales dentales	2	5.88
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>8.82</b>
Emergencias	1	2.95
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 1. En este mes inicié el servicio social, donde las actividades de mayor frecuencia fueron las intermedias con el 67.6% (23). Las asistencias se realizaron 15 veces (44.1%), seguidas del dique de hule en 3 ocasiones (8.8%). En diagnóstico, se registraron 3 historias clínicas (8.8%).

<b>Tabla 2. Actividades realizadas durante el mes de marzo del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Historia clínica	10	14.81
Actualización de plan de tratamiento	1	1.85
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>16.66</b>
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	2	3.70
Cepillado	1	1.85
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>5.56</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	1	1.85
Obturaciones	4	7.41
Instrumentación de conductos	3	5.56
<b>Subtotal</b>	<b>8</b>	<b>14.81</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	12	22.22
Anestésias	10	18.52
Dique de hule	3	5.56
<b>Subtotal</b>	<b>25</b>	<b>46.30</b>
<b>Rehabilitación</b>		
Preparaciones	1	1.85
<b>Administrativas</b>		
Registro y manejo de expedientes	4	7.41
Control y manejo de materiales dentales	3	5.56
<b>Subtotal</b>	<b>7</b>	<b>12.96</b>
Emergencias	1	1.85
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>
Fuente: Directa		

Tabla 2. Dentro de las actividades realizadas en el mes de febrero, el 19.0% (10) fueron anestésias, 7.0% (4) actividades administrativas con revisión de expedientes y 6.0% (3) instrumentación de conductos. Las actividades realizadas con mayor frecuencia, fueron las intermedias en un 59.0%.

<b>Tabla 3. Actividades realizadas durante el mes de abril del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	2	5.71
Cepillado	1	2.86
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>8.57</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	3	8.57
Obturaciones	2	5.71
<b>Subtotal</b>	<b>5</b>	<b>14.29</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	8	22.86
Anestésias	10	28.57
Dique de hule	5	14.29
<b>Subtotal</b>	<b>23</b>	<b>65.72</b>
<b>Administrativas</b>		
Registro y manejo de expedientes	1	2.86
Control y manejo de materiales dentales	3	8.57
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>11.43</b>
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 3. Las actividades que realicé con mayor frecuencia fueron las intermedias, con el 65.7% (23). Las anestésias se realizaron 10 veces (28.6%), las asistencias 8 veces (22.9%) y el uso de dique de hule en 5 ocasiones (14.3%).

<b>Tabla 4. Actividades realizadas durante el mes de mayo del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Actualización de plan de tratamiento	1	3.70
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	1	3.70
Control de biofilm	1	3.70
Cepillado	1	3.70
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>11.11</b>
<b>Curativas</b>		
Obturaciones	1	3.70
Instrumentación de conductos	1	3.70
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>7.41</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	12	44.44
Anestесias	3	11.11
Dique de hule	3	11.11
<b>Subtotal</b>	<b>18</b>	<b>66.66</b>
<b>Administrativas</b>		
Registro y manejo de expedientes	1	3.73
Control y manejo de materiales dentales	2	7.41
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>11.14</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 4. Las actividades que realicé con mayor frecuencia fueron las intermedias, con el 60.0% (24). Dentro de esta categoría, la asistencia fue la actividad más común con el 35.0% (14), seguida del uso de dique de hule con el 12.5% (5). En cuanto a las actividades preventivas, se realizaron una profilaxis y un cepillado, cada uno representando el 2.5% (1). Finalmente, se atendieron 3 emergencias, equivalentes al 7.5%.

<b>Tabla 5. Actividades realizadas durante el mes de Julio del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	2	8.70
Obturaciones	3	13.04
Instrumentación de conductos	3	13.04
<b>Subtotal</b>	<b>8</b>	<b>34.78</b>
<b>Intermedias</b>		
Anestésias	7	30.43
Dique de hule	6	26.09
<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>56.52</b>
<b>Administrativa</b>		
Control y manejo de materiales dentales	1	4.35
<b>Emergencias</b>	1	4.35
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 5. Durante este mes, las actividades intermedias representaron el 57.0% (13) del total. Dentro de esta categoría, el uso de dique de hule fue la actividad más común con el 27.0% (6), seguido de la instrumentación de conductos con el 13.0% (3) y la exodoncia con el 9.0% (2).

<b>Tabla 6. Actividades realizadas durante el mes de agosto del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Historia clínica	3	8.11
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	1	2.70
Cepillado	1	2.70
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>5.41</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	2	5.41
Obturaciones	3	8.11
Instrumentación de conductos	1	2.70
<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>16.22</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	8	21.62
Anestésias	9	24.32
Dique de hule	6	16.22
<b>Subtotal</b>	<b>23</b>	<b>62.16</b>
<b>Rehabilitación</b>		
Preparaciones	1	2.71
<b>Administrativa</b>		
Control y manejo de materiales dentales	1	2.70
<b>Emergencias</b>	1	2.70
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 6. Las actividades que realicé con mayor frecuencia fueron las intermedias, con el 62.0% (23). La actividad más frecuente fue la anestesia, realizada 9 veces (24.0%). Otras actividades destacadas incluyen la historia clínica con 3 registros (8.0%) y la exodoncia con 2 registros (5.0%).

**Tabla 7. Actividades realizadas durante el mes de septiembre del 2024**

<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	1	4.35
Cepillado	1	4.35
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>8.70</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	1	4.35
Instrumentación de conductos	2	8.70
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>13.05</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	7	30.43
Anestésias	7	30.43
Dique de hule	3	13.04
<b>Subtotal</b>	<b>17</b>	<b>73.91</b>
<b>Emergencias</b>	1	4.35
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 7. Las actividades que realicé con mayor frecuencia fueron las intermedias, con el 44.0% (13). Dentro de esta categoría, la actividad más común fue la asistencia, realizada 7 veces (30.0%), seguida del uso de dique de hule en 3 ocasiones (14.0%). Otras actividades destacadas incluyen la profilaxis con 1 registro (5.0%) y la exodoncia con 1 registro (4.0%).

<b>Tabla 8. Actividades realizadas durante el mes de octubre del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	1	7.14
Obturaciones	1	7.14
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>14.28</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	6	42.86
Anestесias	3	21.43
Dique de hule	3	21.43
<b>Subtotal de</b>	<b>12</b>	<b>85.72</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 8. Las actividades que realicé con mayor frecuencia fueron las intermedias, con el 65.0% (15). Dentro de esta categoría, la actividad más común fue la asistencia, realizada 6 veces (43.0%), seguida del uso de dique de hule en 3 ocasiones (22.0%). En cuanto a las actividades curativas, realicé una exodoncia, representando un 7.0%

<b>Tabla 9. Actividades realizadas durante el mes de noviembre del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	1	4.00
Cepillado	1	4.00
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>8.00</b>
<b>Curativas</b>		
Obturaciones	1	4.00
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>4.00</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	12	48.00
Anestésias	7	28.00
Dique de hule	3	12.00
<b>Subtotal</b>	<b>22</b>	<b>88.00</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 9. Las actividades que realicé con mayor frecuencia fueron las intermedias, con el 60.0% (23). Dentro de esta categoría, la actividad más común fue la asistencia, realizada 12 veces (48.0%), seguida del uso de dique de hule en 3 ocasiones (12.0%). En cuanto a las actividades preventivas, realicé una profilaxis, representando un 4.0% (1). Finalmente, en las actividades curativas, realicé una obturación, también con un 4.0% (1).

<b>Tabla 10. Actividades realizadas durante el mes de diciembre del 2024</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	1	4.55
Cepillado	1	4.55
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>9.10</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	2	9.10
Instrumentación de conductos	1	4.55
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>13.65</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	8	36.36
Anestесias	5	22.70
Dique de hule	3	13.64
<b>Subtotal</b>	<b>16</b>	<b>72.73</b>
<b>Emergencias</b>	1	4.55
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 10. Las actividades que realicé con mayor frecuencia fueron las intermedias, con el 50.0% (18). Dentro de esta categoría, la actividad más común fue la asistencia, realizada 8 veces (36.0%), seguida del uso de dique de hule en 3 ocasiones (14.0%). En cuanto a las actividades curativas, realicé 2 exodoncias, representando un 9.0% (2). Respecto a las actividades preventivas, llevé a cabo una profilaxis (5.0%). Finalmente, atendí una emergencia, lo que equivale a un 4.0% (1).

<b>Tabla 11. Actividades realizadas durante el mes de enero del 2025</b>		
<b>Actividades</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Historia clínica	1	5.88
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	1	5.88
Cepillado	1	5.88
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>11.76</b>
<b>Curativas</b>		
Obturaciones	1	5.88
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>5.88</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	7	41.18
Anestésias	2	11.76
Dique de hule	3	17.65
<b>Subtotal de intermedias</b>	<b>12</b>	<b>70.59</b>
<b>Emergencias</b>	<b>1</b>	<b>5.89</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 11. Las actividades que realicé con mayor frecuencia fueron las intermedias, con el 59.0% (17). Dentro de esta categoría, la actividad más común fue la asistencia, realizada 7 veces (41.0%), seguida del uso de dique de hule en 3 ocasiones (18.0%). En cuanto a las actividades de diagnóstico, realicé una historia clínica, representando un 6.0% (1). En el área de prevención, llevé a cabo una profilaxis (6.0%), mientras que, en las actividades curativas, realicé una obturación (6.0%). Finalmente, atendí una emergencia, lo que equivale a un 5.0% (1).

<i>Tabla 12. Concentrado anual de actividades Periodo enero del 2024 a febrero del 2025</i>		
<b>Actividades</b>	No	%
<b>Diagnóstico</b>		
Historia Clínica	8	2.64
<b>Preventivas</b>		
Profilaxis	11	3.63
Cepillado	9	2.97
<b>Subtotal</b>	<b>20</b>	<b>6.60</b>
<b>Curativas</b>		
Exodoncia	2	0.66
Obturaciones	16	5.28
Instrumentación de conductos	12	3.96
<b>Subtotal</b>	<b>30</b>	<b>9.90</b>
<b>Intermedias</b>		
Asistencias	102	33.66
Anestésias	68	22.44
Dique de hule	48	15.84
<b>Subtotal</b>	<b>218</b>	<b>72.27</b>
<b>Administrativas</b>		
Registro y manejo de expedientes	7	2.38
Control y manejo de materiales dentales	11	3.69
<b>Subtotal</b>	<b>18</b>	<b>6.07</b>
<b>Emergencias</b>	7	2.40
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100.00</b>
<i>Fuente: Directa</i>		

Tabla 12. En esta tabla se observan las actividades que realicé durante un año de servicio social. La mayoría fueron intermedias, representando el 72.27% (218). Las actividades curativas, se llevaron a cabo 30 procedimientos (10.0%), destacando

las obturaciones con 16 registros (5.0%) y la instrumentación de conductos con 12 casos (4.0%).

En el área preventiva, se realizaron 20 actividades (7.0%), siendo la profilaxis la más común con 11 registros (4.0%), seguida del cepillado con 9 casos (3.0%).

En el ámbito administrativo, se completaron 18 actividades (6.0%), con el control y manejo de materiales dentales como la tarea más frecuente (11 registros, 4.0%).

Finalmente, en el área de diagnóstico se realizaron 8 historias clínicas (3.0%), mientras que en emergencias se atendieron 7 casos, representando un 2.40% del total.

## **CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Las actividades realizadas durante el servicio social tuvieron lugar durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de febrero del 2024 a enero del 2025. Los tratamientos realizados se planificaron de acuerdo a los protocolos de atención y supervisión de los docentes.

Tuve la oportunidad de atender varios pacientes durante el año de servicio social, lo que me dio un gran aprendizaje para reforzar mis conocimientos, y desarrollar habilidades propias de la carrera, planificar tratamientos, toma de decisiones y ejecución de los tratamientos de rehabilitación.

Mi objetivo durante este año de pasantía en el Laboratorio de Diseño y Comprobación Nezahualcóyotl, fue seguir brindando atención clínica, tanto preventiva, operatoria e integral a la población de la zona. Durante este tiempo logré reforzar muchos de los temas tanto teóricos como prácticos y observé una mejoría en mis habilidades y destrezas al manipular el instrumental, utilizando diferentes materiales dentales, realizar técnicas de impresión, técnicas anestésicas y con esto logré reducir mis tiempos de trabajo, también logré mejorar mi actitud social al interactuar con mis pacientes, aprendí cosas nuevas como la toma de distintas radiografías.

Las actividades preventivas como la aplicación de flúor y el control de placa dentobacteriana acompañada de una correcta técnica de cepillado son de gran importancia en esta institución, ya que se atienden pacientes de alto riesgo a caries, por lo que enfatizamos en los tratamientos preventivos periódicamente.

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES**

Durante el año de servicio social realizado en el L.D.C Nezahualcóyotl, fue una gran oportunidad de aprendizaje y de crecimiento profesional, gracias a los diferentes tratamientos que realice y a los distintos grados de complejidad que presentaba cada caso. Por mi parte seguía investigando y aprendiendo, sobre el uso de distintos materiales de restauración, las distintas técnicas de instrumentación en tratamientos de conductos y la importancia de realizar una historia clínica adecuada, para la planificación de los tratamientos de cada paciente.

También la adquisición de nuevos conocimientos dependió mucho de la dirección que me indicaban los profesores, ya que, gracias a ellos, supe que investigar y que conocimientos eran buenos para mi desarrollo profesional, sentí la seguridad de llevarlos a cabo, porque siempre tuve la supervisión en cada tratamiento que era nuevo para mí.

Aprendí de cada tratamiento realizado, tomando siempre en cuenta que la estomatología es una profesión que tiene que tomarse con seriedad y que siempre hay que estar atentos al tratamiento que se esté realizando, y la información recopilada en la historia clínica es fundamental para relacionar el estado general de salud del paciente con el tratamiento que se llevará a cabo.

Es fundamental comunicar eficazmente la información al paciente para mantenerlo informado sobre su salud bucodental. El conocimiento es la mejor herramienta contra la ignorancia, la falta de información influye en el nivel de cuidado en la salud, así como en la calidad de vida del paciente.

Con respecto al tema de investigación que desarrolle durante mi servicio social concluyo que las maloclusiones representan un problema de salud bucodental común en la población atendida en la clínica, con una alta prevalencia de casos que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno. A través del análisis realizado, se logró identificar los tipos de maloclusión más frecuentes, siendo predominantes las de Clase I con apiñamiento dental, seguidas por las de Clase II, así como los factores asociados a su aparición, lo cual refuerza la necesidad de intervenciones preventivas desde edades tempranas.

Estos hallazgos no solo contribuyen al conocimiento sobre el estado de salud bucal de la comunidad, sino que también reafirman la importancia de implementar estrategias de promoción y prevención en el primer nivel de atención.

## CAPITULO VII: FOTOGRAFÍAS



*Ilustración 1. Pasante realizando tratamiento clínico*



*Ilustración 2. Lugar donde se realizó el servicio social*