

INVESTIGACION ORIGINAL

Maloclusiones y determinantes sociales de la salud en pacientes de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Malocclusions and social determinants of health in patients at the Eloy Alfaro Lay University of Manabí

Ámbar Párraga Molina¹. Iván Macías Alava². Alba Mendoza Castro³

¹ Estudiante Carrera de Odontología. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. <https://orcid.org/0009-0009-1233-8985>

² Estudiante Carrera de Odontología. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. <https://orcid.org/0009-0005-0996-1996>

³ PhD en Ciencias Odontológicas. Docente Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. <https://orcid.org/0000-0002-8406-7151>

Correspondencia:

e1251175350@live.uleam.edu.ec

Recibido: 09/12/2025

Aceptado: 10/02/2026

RESUMEN

Las maloclusiones son de las alteraciones más frecuentes en odontología y se clasifican comúnmente mediante los criterios de Angle en Clases I, II y III. Aunque su origen es multifactorial, los determinantes sociales de la salud (DSS) pueden influir en su aparición y en la oportunidad de atención. Objetivo: Analizar la relación entre las maloclusiones y determinantes sociales de la salud en la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM durante el período académico 2025-1. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo correlacional, observacional, transversal con enfoque cuantitativo. La muestra fue de 90 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos y de determinantes sociales a partir de las historias clínicas y encuestas aplicadas. El análisis estadístico incluyó frecuencias, porcentajes y la prueba de Chi cuadrado para establecer asociaciones entre variables. Resultados: La maloclusión Clase I fue la más prevalente (71,1%), seguida de la Clase II (25,6%) y la Clase III (3,3%). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la clasificación de Angle y el género ($p = 0,567$) ni con la edad ($p = 0,090$). Respecto a los DSS, se identificaron condiciones de vulnerabilidad, destacando inseguridad alimentaria (45,6%), dificultades económicas (72,2%) y limitaciones para el acceso a servicios de salud (45,6%). Conclusiones: Aunque no se hallaron asociaciones significativas entre los DSS y la clase de Angle, los resultados evidencian la presencia de factores sociales que pueden influir indirectamente en la salud bucal.

Palabras clave: Maloclusión. Determinantes sociales de la salud. Clasificación de Angle. Ortodoncia.

ABSTRACT

Malocclusions are among the most common disorders in dentistry and are commonly classified according to Angle's criteria into Classes I, II, and III. Although their origin is multifactorial, social determinants of health (SDH) can influence their onset and the timeliness of care. Objective: To analyze the relationship between malocclusions and social determinants of health in the Orthodontic Clinic of the Dentistry Degree at ULEAM during the academic period 2025-1. Materials and methods: A descriptive, correlational, observational, cross-sectional study with a quantitative approach was conducted. The sample consisted of 90 patients selected using non-probability convenience sampling. Sociodemographic, clinical, and social determinants data were collected from medical records and administered surveys. Statistical analysis included frequencies, percentages, and the chi-square test to establish associations between variables. Results: Class I malocclusion was the most prevalent (71.1%), followed by Class II (25.6%) and Class III (3.3%). No statistically significant associations were found between Angle classification and gender ($p = 0.567$) or age ($p = 0.090$). Regarding SSD, conditions of vulnerability were identified, including food insecurity (45.6%), economic hardship (72.2%), and limited access to health services (45.6%). Conclusions: Although no significant associations were found between SSD and Angle class, the results show the presence of social factors that may indirectly influence oral health.

Keywords: Malocclusions. Social determinants of health. Angle classification. Orthodontics.

INTRODUCCIÓN

Las condiciones de vida de las personas, al igual que cómo aprenden, trabajan, se divierten y practican su religión pueden afectar la salud y generar disparidades. Por eso, a pesar de las mejoras en la atención en salud y en la prevención de enfermedades, las desigualdades en salud son reales y difíciles de contrarrestar^{1,2}. Asimismo, los determinantes sociales de la salud se manifiestan en la forma en que vive la gente, es decir, si tienen acceso a atención médica, estabilidad económica, seguridad alimentaria y clima. El ambiente social, así como el educativo y el laboral, también tienen un impacto. Todas estas circunstancias diarias juegan un papel crucial en la salud general del paciente. Por ello, el profesional de la salud debe estar capacitado para entender que tiene un papel en la detección, evaluación y tratamiento de los determinantes mencionados en su práctica clínica².

Al respecto, existen determinantes sociales que impactan negativamente la salud y el bienestar como la pobreza; la falta de acceso a una educación o empleo de calidad; la vivienda insalubre; las condiciones laborales y vecinales desfavorables; y la concentración de las desventajas en grupos específicos de personas y lugares específicos³. Así también, los determinantes sociales se comportan como factores de riesgo para salud bucal colectiva. Esto se traduce en que las poblaciones con dificultades socioeconómicas, que pertenecen a estratos sociales menos favorecidos, con bajos ingresos y poca educación formal, presentan una prevalencia más alta de enfermedades bucodentales^{4,5}.

Por otro lado, la oclusión dentaria implica la relación dinámica entre los dientes (superiores e inferiores), el maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular (ATM) y los músculos, siendo lo deseable que exista un equilibrio dinámico que garantiza el estado funcional del sistema estomatognático⁶. Mientras que las maloclusiones, serían lo contrario, la desalineación o el desequilibrio entre dientes superiores e inferiores, así como entre los maxilares, provocando consecuencias desfavorables para el paciente desde el punto de vista anatómico, fisiológico y estético⁷.

Según una revisión de alcance realizada por Cenzato et al.⁸, entre las tres clases de Angle, la clase I fue la más frecuente, seguida por la clase II y la menos frecuente fue la clase III. Específicamente la clase I tuvo un rango que varió entre el 34,9% y el 93,6%, mientras que la prevalencia promedio de la clase II fue del 20,2%. Por su parte, Alhammedi et al.⁹, reportaron que la distribución global de maloclusión según la clasificación de Angle fue de 74,7% para la clase I, 19,56% para la clase II y de 5,93% para la clase III. Es común que la ortodoncia se entienda exclusivamente desde su dimensión clínica¹⁰. Sin embargo, incorporar el análisis del papel de los determinantes sociales de la salud puede permitir que el enfoque sea más integral e incluya la práctica de estrategias preventivas, considerando al paciente en su contexto social, lo que es coherente con los principios de la salud pública. Además, como los determinantes sociales influyen en la salud oral desde edades tempranas¹¹, estudiar esta relación puede evidenciar desigualdades en la aparición y tratamiento de las maloclusiones, lo que es sumamente importante para mejorar la equidad en salud.

En la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología de la ULEAM se atienden pacientes con distintas maloclusiones. Esta investigación pretende identificar los tipos de maloclusiones de acuerdo con la clasificación de Angle que presenta esta población, y al mismo tiempo indagar sobre posibles conexiones entre las maloclusiones y los determinantes sociales de la salud. Es por eso que el objetivo de este estudio es analizar la relación entre las maloclusiones y determinantes sociales de la salud en la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM durante el período académico 2025-1.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo descriptivo con diseño retrospectivo, observacional y transversal. La Población estuvo conformada por las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología de la ULEAM durante el periodo 2025-1, así como por las encuestas de calidad de vida asociada a la salud bucal respondidas por los pacientes, con apoyo de sus padres y representantes, y encuestas de determinantes sociales respondidas por los representantes. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, y la muestra quedó conformada por 90 historias clínicas con sus respectivas encuestas. Los datos fueron obtenidos por medio de una base de datos que se elaboró a partir de la transcripción de las historias clínicas de odontología (formulario 033) del Ministerio de Salud Pública¹² y de la aplicación la encuesta sobre determinantes sociales de la salud y factores de riesgo para la salud bucal¹³.

Consideraciones éticas

Antes de la ejecución de la investigación, el protocolo fue sometido ante el Comité de Ética para la Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí (CEISH – ULEAM) y fue aprobado bajo el código CEISH-ULEAM_0346. Antes de proceder con la recolección de datos los padres de familia y/o representantes legales de los participantes firmaron el consentimiento informado. Se

garantizó el derecho al anonimato y a la confidencialidad y realizó un manejo ético y responsable de los datos. La información contenida en las historias clínicas se transcribió a una base de datos y a este documento es que los investigadores tuvieron acceso.

Análisis de los datos

Una vez obtenida la base de datos en el programa Excel (Microsoft Office 365) esta se importó desde el programa estadístico SPSS, versión 27 (IBM) para el procesamiento de datos y se obtuvieron las medidas de estadística descriptiva e inferencial. Los datos se presentaron en tablas de distribución de frecuencias y tablas cruzadas.

RESULTADOS

Tabla 1. Características demográficas y maloclusiones en pacientes que acudieron a la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología de la ULEAM durante el periodo 2025-1.

Género	n (90)	%
Masculino	51	56,7
Femenino	39	43,3
Grupo de edad	n (90)	%
≤ 8	44	48,9
≥ 9	46	51,1
Maloclusiones	n (90)	%
Clase I	64	71,1
Clase II	23	25,6
Clase III	3	3,3

Fuente: Historias clínicas – Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM, 2025-1.

Los datos demográficos se caracterizaron por un predominio del género masculino con 51 pacientes (56,7%) y el grupo de nueve años o más (51,1%). En cuanto a las maloclusiones, el 71,1% fue clase I y 25,6% clase II (Tabla 1).

Tabla 2. Prevalencia de las maloclusiones según Angle de los pacientes de la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 de acuerdo con el género y el grupo de edad

Clasificación de Angle	Género				Totales	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%	n	%
Clase I	34	53,1	30	46,9	64	100
Clase II	15	65,2	8	34,8	23	100
Clase III	2	66,7	1	33,3	3	100

*0,567 (NS)

*Prueba de independencia Chi Cuadrado.

S= Significativo (p<0,05); NS= No Significativo (p≥0,05)

Clasificación de Angle	Grupo de edad				Totales	
	≤ 8		≥ 9		n	%
	n	%	n	%	n	%
Clase I	36	56,3	28	43,7	64	100
Clase II	7	30,4	16	69,6	23	100
Clase III	1	33,3	2	66,7	3	100
Totales	44	48,9	46	51,1	90	100

*0,090 (NS)

*Prueba de independencia Chi Cuadrado.

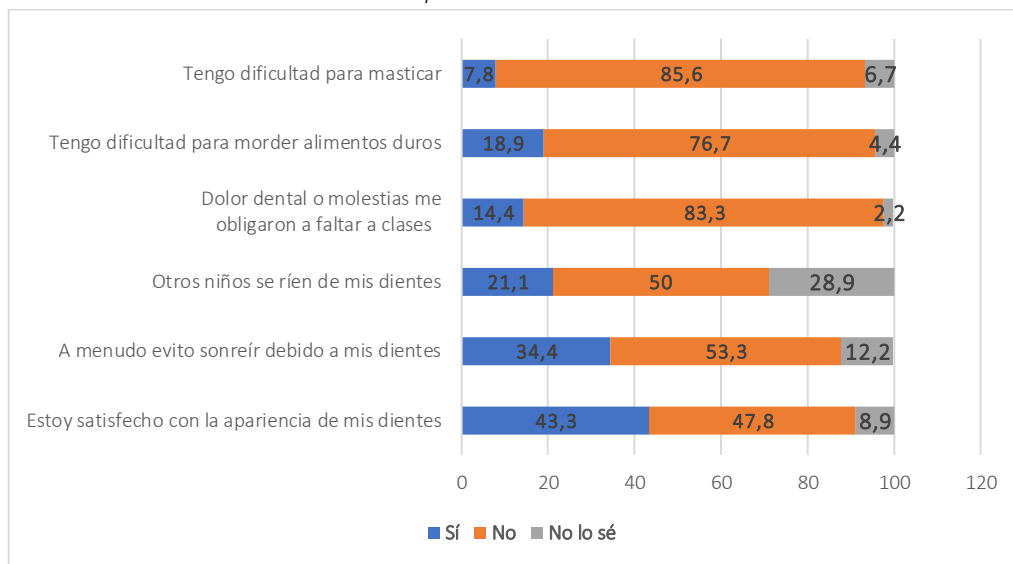
S= Significativo (p<0,05); NS= No Significativo (p≥0,05)

Fuente: Historias clínicas – Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM, 2025-1.

En el análisis de la distribución por género, se concluyó que, en la Clase I, el 53.1% pertenecía al sexo masculino y un 46.9% al sexo femenino. En la Clase II el 65,2% fueron varones y el 34.8% eran mujeres, sin embargo, en la Clase II, los varones representaron el 66.7%, por lo que

las mujeres representaron el 33.3%. El resultado de la prueba de Chi cuadrado ($p=0,567$) no mostro diferencias significativas entre el género y la clasificación de Angle (Tabla 2). La clase I fue la más frecuente en el grupo de la edad de 8 años o menos (56,3%) que en el grupo de edades de los 9 años o más (43,7%). Por otro lado, la Clase II se manifestó con mayor frecuencia en pacientes de 9 años o más (69,6%), mientras que la Clase II de Angle se distribuyó de manera similar en las dos cohortes etarias. La relación entre la edad y la clasificación de Angle no fue tan significativa en el análisis de Chi cuadrado ($p=0,090$) (Tabla 2).

Gráfico 1. Situaciones experimentadas por los pacientes de la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 debido a problemas en dientes o encías



Fuente: Encuestas realizadas – Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM, 2025-1.

Los pacientes refirieron diversas situaciones experimentadas debido a dientes o encías. Un 47,8% de los participantes manifestó no sentirse satisfecho con la apariencia de sus dientes y hubo un 34,4% que evita sonreír debido a sus dientes (Gráfico 1).

Tabla 3. Frecuencia de visitas al odontólogo de los pacientes de la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1

Frecuencia de visita al dentista en últimos meses	n (90)	%
Una vez	9	10,0
Dos veces	28	31,1
Tres veces	11	12,2
Cuatro veces	8	8,9
Más de cuatro veces	15	16,7
No lo visite en los últimos 12 meses	16	17,8
Nunca he recibido atención dental o visitado a un dentista	1	1,1
No lo sé / no recuerdo	2	2,2

Fuente: Encuestas realizadas – Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM, 2025-1.

En cuanto a la frecuencia de visitas al odontólogo, el 31,1% de los pacientes acudió al menos dos veces en los últimos meses, el 16,7% más de cuatro veces, mientras que el 17,8% no había acudido en el último año y el 1,1% nunca había recibido atención odontológica (Tabla 3).

Tabla 4. Determinantes sociales de salud en los pacientes de la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1

Categoría	Ítem	Opciones de respuesta			
		Sí		No	
		n	%	n	%
Alojamiento y refugio	¿Le preocupa que en los próximos meses no tenga una vivienda estable que sea de su propiedad, alquilada o en la que pertenezca como parte de su hogar?	37	41,1	53	58,9
Alimento	En los últimos 12 meses ¿cree usted que alguna vez comía menos de lo que debería porque le preocupaba que se acabara la comida antes de tener dinero para comprar más o la comida que compró simplemente no duró y no tenía dinero para comprar más?	41	45,6	49	54,4
Transporte	¿Pospones o descuidas ir al médico por la distancia o el transporte?	25	27,8	65	72,2
Utilidades	En los últimos 12 meses ¿ha tenido dificultades para pagar las facturas de servicios públicos (electricidad o agua)?	43	47,8	47	52,2
Cuidado familiar	¿Tiene dificultades para encontrar o pagar la guardería o asilo para sus seres queridos?	14	15,6	76	84,4
Ingresos	Si la respuesta anterior es positiva ¿estos problemas le dificultan trabajar o estudiar?	12	13,3	78	86,7
Seguridad	¿Alguna vez no ha tenido suficiente dinero para pagar sus cuentas?	65	72,2	25	27,8
Cuidado de la salud	¿Alguna vez en su casa o vecindario se ha sentido inseguro, ha sido amenazado, lastimado físicamente, insultado o menospreciado o le han gritado?	29	32,2	61	67,8
Cuidado de la salud	Durante el último mes, ¿la mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales, como el trabajo, la escuela o un pasatiempo?	28	31,1	62	68,9
	El año pasado, ¿hubo algún momento en el que necesitó ver a un médico, pero no pudo porque costaba demasiado?	41	45,6	49	54,4
Asistencia	¿Le gustaría recibir ayuda con alguna de estas necesidades?	68	75,6	22	24,4
	¿Alguna de tus necesidades es urgente?	39	43,3	51	56,7
Empleo	¿Tiene un trabajo u otra fuente estable de ingresos?	59	65,6	31	34,4
Educación	¿Tiene título de secundaria?	79	87,8	11	12,2
Ropa y familia	¿Tienes suficientes artículos para el hogar? Por ejemplo, ¿ropa, zapatos, mantas, colchones, pañales, pasta de dientes y champú?	79	87,8	11	12,2

Fuente: Encuestas realizadas – Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM, 2025-1.

Con relación a otros determinantes sociales de la salud se enfatizan los siguientes hallazgos: en cuanto a la alimentación el 45,6% refirió haber tenido limitaciones en el acceso suficiente a alimentos en los últimos 12 meses; en el factor transporte el 27,8% manifestó que ha retrasado o descuidado consultas médicas debido a dificultades con el transporte o distancia; el 47,8% de la población informó que tiene problemas para cubrir los servicios básicos, como agua o electricidad; el 72,2% en alguna ocasión no ha tenido ingresos suficientes para pagar sus cuentas; y un 45,6% dijo que necesitó asistencia médica pero no pudo asistir por falta de recursos para su movilización (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito analizar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la clase de Angle en los pacientes atendidos en la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología en la ULEAM durante el período 2025-1. Los resultados mostraron que la maloclusión Clase I fue la más prevalente (71,1%), seguida de la Clase II (25,6%) y en menor medida la Clase III (3,3%).

Los números de esta investigación son parecidos a los que se han reportado en otros estudios globales. Por ejemplo, Alhammadi et al.⁹ reportaron que la distribución mundial era de 74,7% para la Clase I, de 19,56% para la Clase II y de 5,93% para la Clase III; en cambio; Petrescu et al.¹⁴ encontraron que la prevalencia era del 48,8% para la Clase I, del 45,8% para la Clase II y del 5,4% para la Clase III. La Clase I tiende a ser predominante en varias poblaciones, según lo confirman los resultados consistentes; no obstante, las proporciones precisas pueden cambiar de acuerdo con los rasgos contextuales y demográficos.

En el estudio de la correlación entre las variables demográficas y la clasificación de Angle, no se hallaron discrepancias significativas en términos estadísticos ni con relación a la edad ni al género. Estos resultados son compatibles con la revisión de Cenzato et al.⁸, que no mostró una relación evidente entre el género y la maloclusión, a pesar de que algunos estudios aislados han reportado una prevalencia

ligeramente superior de Clase II en las mujeres. En lo que concierne a la edad, el estudio ha mostrado que la Clase II es más común en individuos de 9 años o más; esto podría tener relación con elementos del crecimiento craneofacial, aunque su interpretación debe ser cautelosa debido a que no es significativa.

En términos de atención odontológica, el 16,8% durante el último año no asistieron a ninguna cita odontología y un pequeño porcentaje (1,1%) nunca ha asistido al odontólogo. Esto coincide con lo que Laniado et al.¹⁵ indicaron, quienes encontraron diferencias en el uso de servicios de ortodoncia relacionadas con la cobertura del seguro y las condiciones sociales y económicas. La poca frecuencia con que se realizan atenciones puede afectar a la detección temprana de trastornos orales principalmente la maloclusión, lo cual subraya el papel de los obstáculos sociales en la salud bucal. Los determinantes sociales de la salud analizados en esta investigación revelaron condiciones que podrían afectar de manera relevante en la salud oral de los pacientes.

El 72,2% informó sobre problemas financieros para costear sus gastos: el 45,6% manifestaron inseguridad alimentaria y el 41,1% mostró inquietud por la vivienda. Estos hallazgos coinciden con los indicados por Morelli² y Thornton et al.³, que destacan que elementos como el acceso a recursos esenciales, la estabilidad económica y los ingresos son motivos estructurales de desigualdades en salud.

En el ámbito de la odontología, Olán et al.⁴ y Sierra et al.⁵, reportan que las poblaciones con menor nivel socioeconómico presentan mayor prevalencia de enfermedades bucodentales, lo cual también puede extenderse a las maloclusiones. En lo que respecta al nivel educativo de los padres, la secundaria completa fue el más común, seguido por la educación universitaria. Investigaciones, como el de Tariq et al.¹⁶, han mostrado que, si las madres tienen educación, la prevalencia de maloclusión es más baja, porque esto propicia que los hábitos de salud bucal sean mejor comprendidos y se acceda a la atención dental desde una edad temprana. En esta línea, la proporción observada en este grupo podría ser un factor de protección contra la gravedad de las maloclusiones.

Con respecto a las repercusiones clínicas y sociales, los resultados evidencian que es importante que las clínicas odontológicas de la universidad involucren un enfoque completo al diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones, incluyendo en la historia clínica el análisis de los factores sociales determinantes. Esto habilitaría determinar factores de riesgo de orden social y guiar tácticas educativas y preventivas enfocadas en los pacientes y sus familias, lo cual propiciaría un enfoque más justo y eficaz.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra la integración de datos clínicos con encuestas sobre determinantes sociales, lo cual ofrece una visión más amplia de la problemática. Sin embargo, se reconocen limitaciones, como el diseño transversal, que impide establecer causalidad, y el muestreo por conveniencia, que restringe la generalización de los resultados. Además, no se incluyeron variables conductuales como hábitos orales o lactancia materna, que en la literatura han mostrado asociación con el desarrollo de maloclusiones¹⁷. Para finalizar, se propone que los próximos estudios examinen en profundidad el análisis longitudinal de los factores sociales que determinan y como estos están relacionados con el desarrollo de maloclusiones, involucrando muestras más grandes y representativas. Además, es importante examinar la interacción entre elementos sociales, biológicos y conductuales para poder idear estrategias de prevención y tratamiento que comprendan lo complejo que es la salud.

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada se observó un predominio del género masculino con 51 pacientes (56,7%), mientras que la proporción por el grupo de edad tuvo una relación casi de mitad y mitad entre los pacientes de 8 años o menos y los de 9 años y más. Durante el período 2025-1, la maloclusión de Clase I fue la más frecuente entre los pacientes atendidos en la Clínica de Ortodoncia de la Carrera de Odontología de la ULEAM. Después se encontró con menor frecuencia la Clase II y, por último, con todavía menos frecuencia, la Clase III. Aunque se vio que los pacientes de 9 años o más presentaban una mayor proporción de Clase II, lo cual podría estar vinculado con aspectos del crecimiento y desarrollo, no se hallaron diferencias estadísticamente relevantes entre la clasificación de Angle y las variables de edad o género.

Con respecto a los hábitos de salud bucal, una parte relevante no asistió a citas odontológicas en el último año, lo que demuestra que existen obstáculos para acceder a la atención dental. Los factores sociales que determinan la salud evidenciaron la existencia de situaciones de vulnerabilidad en una parte importante de los pacientes, sobre todo en lo concerniente a la inseguridad alimentaria, la falta de recursos económicos y las barreras para acceder a servicios sanitarios. Aunque no se evidenció una relación estadísticamente importante entre la clase de Angle y los determinantes sociales, los resultados señalan a que las condiciones sociales de la población pueden tener un impacto indirecto en el surgimiento, diagnóstico y tratamiento apropiado de las maloclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lutz MR, Garg A, Solomon BS. Addressing social determinants of health in practice. *Pediatr Clin North Am.* 2023;70(4):695–708. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2023.03.006>

2. Morelli V. Social Determinants of Health: An Overview for the Primary Care Provider. *Prim Care*. 2023;50(4):507–25. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2023.04.004>
3. Thornton RLJ, Glover CM, Cené CW, Glik DC, Henderson JA, Williams DR. Evaluating strategies for reducing health disparities by addressing the social determinants of health. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(8):1416–23. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1357>
4. Isidro-Olán LB, Estrella-Castillo DF, Vega-Lizama EM, Rueda-Ventura MA, Rubio-Zapata HA. Influencia de los determinantes sociales en la salud oral en poblaciones indígenas de las Américas. Revisión de literatura. *Odontol Sanmarquina*. 2022;25(4):e22888. <https://doi.org/10.15381/os.v25i4.22888>
5. Sierra Zambrano JM, Carvajal Campos MF, Pacají Ruiz PR. Determinantes sociales y su relación con los indicadores de salud oral. *RECIMUNDO*. 2024;8(1):61–70. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.61-70](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.61-70)
6. Suárez Gómez L, Castillo Hernández R, Brito Reyes RD, Santana Méndez AT, Vázquez Monteagudo Y. Oclusión dentaria en pacientes con maloclusiones generales: asociación con el estado funcional del sistema estomatognático. *Medicentro Electron*. 2018;22(1):53–63. <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2603>
7. Glazer K, Frazão P, Flores C. Malocclusions. En: Peres M, Ferreira J, Watt R, eds. *Oral Epidemiology. A Textbook on Oral Health Conditions, Research Topics and Methods*. First. Springer; 2021:79–106.
8. Cenzato N, Nobili A, Maspero C. Prevalence of dental malocclusions in different geographical areas: scoping review. *Dent J*. 2021;9(10). <https://doi.org/10.3390/dj9100117>
9. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. *Dental Press J Orthod*. 2018;23(6):e1–e10. <https://doi.org/10.1590/2177-6709.23.6.40.e1-10.onl>
10. Koaban A, Al-Harbi SK, Al-Shehri AZ, et al. Current trends in pediatric orthodontics: a comprehensive review. *Cureus*. 2024;16(9):e68537. <https://doi.org/10.7759/cureus.68537>
11. Pegoraro N de A, Mello DSC, Colvara BC, et al. Prevalence of malocclusion in early childhood and its associated factors in a primary care service in Brazil. *CoDAS*. 2022;1782(2):4–9. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212021007>
12. Ministerio de Salud Pública. *Protocolos odontológicos*. Primera ed. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2014.
13. Loor Tuarez A, Quilligana Vega H, Andrade Vera F. Gingivitis y sus factores de riesgo en niños y adolescentes de Manta-Ecuador. *Rev Científica Espec Odontológicas UG*. 2025;8(2):21–8. <https://doi.org/10.53591/eoug.v8i2.2457>
14. Petrescu, S.-M.-S., Pisc, R. M., Ioana, T., Mărășescu, F. I., Manolea, H. O., Popescu, M. R., Dragomir, L. P., Dragomir, L. C., Florea, Ș., Bărăscu-Petrescu, R. A., Ionescu, M., & Rauten, A.-M. Prevalence of malocclusions among schoolchildren from southwestern Romania. *Diagnostics*. 2024;14(7). <https://doi.org/10.3390/diagnostics14070705>
15. Laniado N, Oliva S, Matthews GJ. Children's orthodontic utilization in the United States: Socioeconomic and surveillance considerations. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2017;152(5):672–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2017.03.027>
16. Tariq R, Khan MT, Afaq A, Tariq S, Tariq Y, Khan SS. Malocclusion: prevalence and determinants among adolescents of Karachi, Pakistan. *Eur J Dent*. 2024;18(1):143–153. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1761461>
17. Peres M, Ferreira J, Watt R. *Oral Epidemiology. A Textbook on Oral Health Conditions, Research Topics and Methods*. First. Springer; 2021.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN

«Conceptualización y diseño: Párraga Ámbar y Macías Iván; Revisión bibliográfica: Párraga Ámbar y Macías Iván; Metodología y validación: Párraga Ámbar; Análisis formal: Macías Iván; Investigación y recopilación de datos: Párraga Ámbar y Macías Iván; Recursos: No aplica; Análisis e interpretación de datos: Párraga Ámbar y Macías Iván; Redacción: preparación del borrador original: Párraga Ámbar y Macías Iván; Redacción: revisión y edición: Párraga Ámbar, Macías Iván y Mendoza Alba; Supervisión: Mendoza Alba; Administración del proyecto: No aplica; Obtención de financiación: No aplica».

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores señalan que no existe conflicto de intereses durante la realización del trabajo de investigación, además solo fue sometido a la Revista Científica "Especialidades Odontológicas UG" para su revisión y publicación.

FINANCIAMIENTO

Los autores indican la utilización de fondos propios para la elaboración del trabajo de investigación.

COPYRIGHT



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución No Comercial Sin Derivadas (CC BY-NC-ND). Se permite su uso, distribución o reproducción en otros medios, siempre que se otorgue el crédito correspondiente al autor o autores originales y al titular de los derechos de autor, y que se cite la publicación original en esta revista, de acuerdo con las prácticas académicas aceptadas. No se permite ningún uso, distribución o reproducción que no cumpla con estos términos.

COMO CITAR:

Parraga Molina A, Macías Álava I, Mendoza Castro A. Maloclusiones y determinantes sociales de la salud en pacientes de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. *Revista Científica Especialidades Odontológicas UG*. 2026;9(1):1-7