

Universidad Católica De Santa María

Facultad De Odontología

Escuela Profesional De Odontología



“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LLAVE DE ANGLE, LLAVE CANINA, LÍNEA INTERINCISIVA, OVERJET Y OVERBITE EN ESCOLARES DE AMBOS GÉNEROS, DE 12 A 18 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTA VICENTA MARÍA” AREQUIPA 2016 ”

Tesis Presentada por la Bachiller

Chire Pastor Yarly Dayanna

Para Obtener el Título Profesional de:

Cirujano Dentista

Asesor:

Dr. Díaz Andrade Carlos Javier

AREQUIPA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

Exp. N° 45176 CHIRE PASTOR YARLY DAYANNA


Solicita: Dictaminador de Plan de Tesis

Arequipa, 19 de octubre de 2016

PASE A : DR IVO PALOMINO VALVERDE

Para que de acuerdo al Reglamento de Grados y Título de la Facultad, se sirva dictaminar el presente Plan de Tesis dentro de un plazo máximo de 8 días hábiles.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Contaduría

LMRL/Dec.
Mrg

Que habiendo remado la tesis (proyecto de tesis) se debe corregir las siguientes partes a considerar

- Q. Detecación del problema*
- Q. Descripción del problema*
- Q. Definición Teórica*
- Q. Justificación (Actualidad)*

Habiendo subsanado los puntos referidos se procede a reelección del proyecto de tesis

Paso para la designación de los dictaminadores

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

MGTER ALBERTO ALVARADO ACO

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 91

Vista la solicitud que presenta don (ña) **YARLY DAYANNA CHIRE PASTOR** sobre el dictamen de la Tesis titulada **"ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LLAVE DE ANGLE, LLAVE CANINA, LÍNEA INTERINCISIVA, OVERJET Y OVERBITE EN ESCOLARES DE AMBOS GÉNEROS, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA MARÍA" AREQUIPA 2016 ."** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

MGTER ALBERTO ALVARADO ACO
MGTER IVO PALOMINO VALVERDE
MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

Arequipa, 17 de NOVIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

D. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

- Adecuarse al nuevo formato de la
presentación física y digital de tesis
- Titulo - Numeración por el pago de \$

12-11-17

Se da posesión al punto Borden
de tesis por su sustitución

Arequipa, 2017 - ²³~~24~~ - 11

(5154) 382038 (5154) 252542 ucsm@ucsm.edu.pe http://www.ucsm.edu.pe

0007410

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO


MGTER IVO PALOMINO VALVERDE

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 91

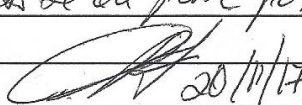
Vista la solicitud que presenta don (ña) **YARLY DAYANNA CHIRE PASTOR** sobre el dictamen de la Tesis titulada **"ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LLAVE DE ANGLE, LLAVE CANINA, LÍNEA INTERINCISIVA, OVERJET Y OVERBITE EN ESCOLARES DE AMBOS GÉNEROS, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA MARÍA" AREQUIPA 2016 "**." y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

MGTER ALBERTO ALVARADO ACO
MGTER IVO PALOMINO VALVERDE
MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

Arequipa, 17 de NOVIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

D. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Habiendo revisado y subscrita las conclusiones respectivas se da por la sustentación de tesis
 20/11/17

Arequipa, 2017 _____

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 91

Vista la solicitud que presenta don (ña) **YARLY DAYANNA CHIRE PASTOR** sobre el dictamen de la Tesis titulada "ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LLAVE DE ANGLE, LLAVE CANINA, LÍNEA INTERINCISIVA, OVERJET Y OVERBITE EN ESCOLARES DE AMBOS GÉNEROS, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA MARÍA" AREQUIPA 2016 ." y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

MGTER ALBERTO ALVARADO ACO
MGTER IVO PALOMINO VALVERDE
MGTER PEDRO GALLEGOS MISAD

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA


Dr. MARTIN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

Arequipa, 17 de NOVIEMBRE del 2017

INFORME

Señor Decano de la Facultad

Habiendose Realizado las Correcciones Pertinentes en el presente Borrador de Tesis se da pase "Favorable" para los Trámites correspondientes y la sustentación del mismo.

Arequipa, 2017 *Noviembre 20*

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.



***“Debe desear todo hombre vivir para saber, y
saber para bien vivir”
Mateo Alemán***

ÍNDICE

DEDICATORIA	
ÍNDICE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.1. Determinación del problema	17
1.2. Enunciado del problema	17
1.3. Descripción del problema.....	17
1.4. Justificación	20
2. OBJETIVOS	21
3. MARCO TEÓRICO.....	22
3.1 CONCEPTOS BÁSICOS	22
3.1.1 Diferencias entre dentición decidua y dentición permanente	22
3.1.2 Erupción de la dentición permanente	23
3.1.3 Oclusión	25
3.1.4 Llave de Angle.....	28
3.1.5 Llave Canina	29
3.1.6 Línea interincisiva.....	31
3.1.7 Overjet.....	31
3.1.8 Overbite.....	32
3.2 REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	34
4 HIPÓTESIS	37

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES.....	39
1.1. Técnicas.....	39
1.2. Instrumentos	40
1.2.1. Instrumentos documentales	40
1.3. Materiales de verificación	40
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	40
2.1 Ubicación espacial	40
2.2 Ubicación Temporal	40
2.3 Unidades de Estudio.....	41
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41

3.1 Recursos.....	42
4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS	42
4.1 A nivel de Sistematización de los datos	42
4.2 Plan De Análisis de Datos.....	44

CAPITULO III: RESULTADOS

III. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
INFORMATOGRAFÍA	67
HEMEROGRAFÍA	68
ANEXOS	69



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DE LA LLAVE DE ANGLE DERECHA, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”	46
TABLA N° 02: COMPARACIÓN SEGÚN GENERO DE LA LLAVE DE ANGLE IZQUIERDA, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”	48
TABLA N° 03: COMPARACIÓN SEGÚN GENERO DE LA LLAVE CANINA DERECHA EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”	50
TABLA N° 04: COMPARACIÓN SEGÚN GENERO DE LA LLAVE CANINA IZQUIERDA, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”	52
TABLA N° 05: COMPARACIÓN SEGÚN GENERO DE LA LINEA INTERINCISIVA SUPERIOR, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”	54
TABLA N° 06: COMPARACIÓN SEGÚN GENERO DE LA LINEA INTERINCISIVA INFERIOR, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”	56
TABLA N° 07: COMPARACIÓN SEGÚN GENERO DEL TIPO DE MORDIDA ANTERIOR, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”	58
TABLA N° 08: RESUMEN DE LAS LLAVES DE OCLUSION SEGÚN GENERO, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº 01: LLAVE DE ANGLE DERECHA SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.....	47
GRAFICO Nº 02: LLAVE DE ANGLE IZQUIERDA SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.....	49
GRAFICO Nº 03: LLAVE CANINA DERECHA SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.....	51
GRAFICO Nº 04: LLAVE CANINA IZQUIERDA SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.....	53
GRAFICO Nº 05: LINEA INTERINCISIVA SUPERIOR SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.....	55
GRAFICO Nº 06: LINEA INTERINCISIVA INFERIOR SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.....	57
GRAFICO Nº 07: TIPO DE MORDIDA ANTERIOR SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.....	59
GRAFICO Nº 08: RESUMEN DE LAS LLAVES DE OCLUSION SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.....	61

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 01: FICHA DE OBSERVACIÓN	72
ANEXO N° 02: VALIDACION DEL INSTRUMENTO	73
ANEXO N° 03: AUTORIZACION DE LA INSTITUCION.....	74
ANEXO N° 04: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
ANEXO N° 05: MATRIZ DE ORDENAMIENTO.....	76
ANEXO N° 06: SECUENCIA FOTOGRÁFICA	80



RESUMEN

La presente investigación titulada **ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LLAVE DE ANGLE, LLAVE CANINA, LÍNEA INTERINCISIVA, OVERJET Y OVERBITE EN ESCOLARES DE AMBOS GÉNEROS, DE 12 A 18 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTA VICENTA MARÍA” AREQUIPA 2016**” tiene por objeto buscar las diferencias en medidas sobre las respectivas llaves y la línea interincisiva según el género.

Este estudio se realizó con fichas de observación realizadas a los alumnos de la Institución Educativa Particular “Santa Vicenta María” y a través de cuadros estadísticos en los cuales se muestra resultados exactos sobre la población analizada.

Según la muestra recolectada en los estudiantes de dicha institución (62) el 75% de estudiantes tiene un adecuado alineamiento de la línea interincisiva superior siendo en su mayoría mujeres. La llave canina el 61.90% de los estudiantes en su mayoría los varones muestra que la distribución es correcta en ambos géneros. Mientras que la llave de Angle tan solo el 41.93% tiene un correcto alineamiento.

Cabe señalar que al tener la línea interincisiva alineada adecuadamente no conlleva a que la llave de Angle y la llave canina estén también adecuadamente alineadas.

El overjet y overbite arrojó los siguientes resultados que el 51.61% de los estudiantes tienen una alineación y mordida adecuada esto es tanto en varones como en mujeres; por lo tanto al haber realizado estos estudios estadísticos llegamos a una conclusión concreta que tan solo el 1.55% de los estudiantes encuestados tiene una oclusión correcta.

Palabras Clave: Llave de Angle, Llave Canina, Línea Interincisiva, Overjet, Overbite.

ABSTRACT

The present research entitled **COMPARATIVE STUDY OF ANGLE KEY, CANINE KEY, INTERCONNECTIONAL LINE, OVERJET AND OVERBITE IN SCHOOLS OF BOTH GENRES, FROM 12 TO 18 YEARS IN THE PARTICULAR EDUCATIONAL INSTITUTION "SANTA VICENTA MARÍA" AREQUIPA 2016**" aims to look for differences in measures on the respective keys and the interincisive line according to gender.

This study was made with observation cards made to the students of the Private Educational Institution "Santa Vicenta María" and through statistical tables in which exact results are shown on the analyzed population.

According to the sample collected in the students of said institution (62) 75% of students have an adequate alignment of the upper interincisive line being mostly women. The canine key 61.90% of students mostly males shows that the distribution is correct in both genders. While the Angle key only 41.93% has a correct alignment.

It should be noted that having the interincisal line properly aligned does not mean that the Angle key and the canine key are also properly aligned.

Overjet and overbite yielded the following results: 51.61% of the students have adequate alignment and bite, this is in both men and women; therefore having made these statistical studies we come to a concrete conclusion that only 1.55% of the students surveyed have a correct occlusion.

Key Words: Angle Key, Canine Key, Interincisive Line, Overjet, Overbite

INTRODUCCIÓN

Al realizar el estudio comparativo de la llave de Angle, canina, línea interincisiva, overjet y overbite apreciamos que los cuadros estadístico arrojan porcentajes específicos siendo la línea interincisiva el punto de partida hacia una adecuada alineación dental sin embargo en el transcurso de la vida cotidiana de los estudiantes puede haber un tipo de anomalía por lo que las cifras pueden variar de acuerdo a cualquiera de las llaves que hayan tenido algún tipo de anomalía.

La presente Tesis denominada: **“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LLAVE DE ANGLE, LLAVE CANINA, LÍNEA INTERINCISIVA, OVERJET Y OVERBITE EN ESCOLARES DE AMBOS GÉNEROS, DE 12 A 18 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTA VICENTA MARÍA” AREQUIPA 2016”** contemplaremos tres capítulos donde precisaremos a continuación:

Capítulo I: Denominada Planteamiento del Problema acá presentaremos los aspectos metodológicos de la Investigación como el enunciado del problema, descripción del problema, justificación, objetivos, marco teórico, antecedentes e hipótesis para así ver la influencia del estudio sobre las mediciones de las diferentes llaves mencionadas.

Capítulo II: Denominado Planteamiento Operacional, acá veremos técnicas e Instrumentos, campo de verificación, estrategia de recolección de datos y recursos.

Capítulo III: Denominado Resultados, donde demostraremos todo el estudio que se realizó, basado en cuadros estadísticos de los cuales los alumnos encuestados serán los encargados de confirmar los aportes de nuestro planteamiento.

Finalmente, se mencionará las conclusiones, a partir de ello se darán las respectivas recomendaciones para la presente tesis.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema:

El presente trabajo se realiza por la necesidad de obtener datos cuantitativos de la Llave de Angle, Llave canina, línea Interincisal, Overjet y Overbite; y ver si existe algún tipo de relación con la edad y el género en alumnos del nivel secundario de la I.E.P “Santa Vicenta María” de la ciudad de Arequipa, ya que muy poco se sabe acerca de este tema y a la vez hay muy pocos estudios al respecto, así como también se puede aportar información válida para las especialidades interesadas, y ayudar a que se pueda dar medidas adecuadas de prevención.

La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser tratadas y controladas, con un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

1.2. Enunciado del problema

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LLAVE DE ANGLE, LLAVE CANINA, LINEA INTERINCISIVA, OVERJET Y OVERBITE EN ESCOLARES DE AMBOS GÉNEROS, DE 12 A 18 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTA VICENTA MARÍA” AREQUIPA 2016 ”

1.3. Descripción del problema

a) Área del conocimiento

Área general : Ciencias de la Salud

Área específica : Odontología

Especialidad : Ortodoncia y Rehabilitación Oral.

Línea : Oclusió

b) Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
GENERO	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	
LLAVE DE ANGLE	<ul style="list-style-type: none"> • Derecha • Izquierda 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuroclusión • Distoclusión • Mesioclusión • Neuroclusión • Distoclusión • Mesioclusión
LLAVE CANINA	<ul style="list-style-type: none"> • Derecha • Izquierda 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuroclusión • Distoclusión • Mesioclusión • Neuroclusión • Distoclusión • Mesioclusión
OVERJET Y OVERBITE	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Mordida cerrada • Borde a borde • Mordida abierta • mordida cruzada • Mordida con resalte 	<ul style="list-style-type: none"> • (2mm) • (+2mm) • (0mm) • (-) • (-) • (-)
LÍNEA INTERINCISIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Superior 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal(0mm) • desviada a la derecha(...mm) • desviada a la izquierda(...mm)

	<ul style="list-style-type: none"> • Inferior 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal(0mm) • desviada a la derecha(...mm) • desviada a la izquierda(...mm)
--	--	---

c) Interrogantes básicas

c.1 ¿Cómo es la llave de Angle en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”?

c.2 ¿Cómo es la llave canina en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”?

c.3 ¿Cómo es la línea interincisiva en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”?

c.4 ¿Cómo es el overjet y overbite en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”?

c.5 ¿Cómo esta la comparación de estas medidas en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”?

d) Tipo y nivel del problema

Tipo : Observacional

Nivel : Comparativo.

e) Taxonomía

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO				DISEÑO
	Por la técnica de recolección	Por la secuencia temporal	Por el número de mediciones de las variables	Por el ámbito de recolección	
Cuantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	De campo	Comparativo Retrospectivo

1.4. Justificación

La presente investigación se justifica por lo siguiente:

a. Factibilidad:

Realizar el estudio es factible ya que se dispone de unidades de estudio, recursos, tiempo, asesoría y disponibilidad para orientar la investigación.

b. Importancia

El objetivo de esta investigación es determinar los factores que influyen en la maloclusión causando un desequilibrio en todo el sistema estomatognático el cual puede causar daños mayores dependiendo de la edad del paciente y en su condición sistémica, a la vez conocer si existe algún tipo de relación con la edad y el género. El estudio será realizado en dentición permanente para poder tener resultados precisos.

c. Actualidad

A diario en la consulta odontológica, el profesional de la cavidad oral realiza exámenes clínicos en los cuales se puede observar diversas alteraciones en la oclusión, no dándole la importancia que este tema necesita ya que influye directamente en que el paciente tenga o no tenga una buena oclusión dental.

Hay que considerar que actualmente se presenta o por lo menos se toma mas en cuenta la maloclusión en todos los periodos de la dentición; debido a que son los propios pacientes quienes toman conciencia de sus problemas de alineamiento dental y buscan la ayuda de un profesional en la salud bucal, es por ello que debemos estar preparados para atender a este tipo de pacientes, concientizarlos a que sean tratados y tener en cuenta los factores que pueden desencadenar problemas en la oclusión.

2. OBJETIVOS

- 2.1 Tipificar la llave de Angle en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”
- 2.2 Tipificar la llave canina en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”
- 2.3 Tipificar la línea interincisiva en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”
- 2.4 Tipificar el overjet y overbite en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”
- 2.5 tipificar la comparación de estas medidas en escolares de ambos géneros de la I.E.P “Santa Vicenta María”

3 MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS

3.1.1 DIFERENCIAS ENTRE DENTICIÓN DECIDUA Y DENTICIÓN PERMANENTE

Los dientes primarios se distinguen de los permanentes por los llamados caracteres de la dentición que son un conjunto de rasgos diferenciadores que resultan de la comparación de ambas denticiones.¹

Rasgos generales²

- **Color.** Los dientes temporales por lo común son de color blanco azulado mientras que los permanentes son más amarillentos debido a su mayor calcificación.
- **Tamaño.** Los dientes temporales son más pequeños que sus homólogos permanentes.
- **Número.** La dentición permanente consta de 32 dientes, en tanto que la temporal sólo tiene 20, 10 en cada maxilar. Clasificándose de la siguiente manera: 4 incisivos, 2 caninos y 4 molares en cada maxilar.
- **Grupos dentarios.** La dentición permanente está compuesta por 4 grupos (incisivos, caninos, premolares, molares), de los cuales los premolares faltan en la dentición temporaria que está compuesta sólo por 3 grupos.

¹ ODONTOBLOG. (08-11-2015). Diferencias principales entre la dentición temporal y la dentición permanente. 18-12-2016.

² Interlandi S. Ortodoncia. Bases para la iniciación. 1ra. Ed. Edit. San Paulo, Artes Médicas Latinoamérica: 5-51:2002.

Rasgos coronales

- Las superficies oclusales son más estrechas en sentido vestibulolingual que las coronas de los dientes permanentes
- El índice corono longitud de diente es menor para los dientes temporales que para los permanentes es decir, la corona es , con relación a la raíz, más corta.
- El diámetro mesiodistal máximo de la corona es proporcionalmente mayor, en relación con la altura de la corona, dándole un aspecto de corona engrosada.
- La presencia de superficies linguales y labiales abultadas en los dientes temporales anteriores y de las crestas vestíbulo cervicales que aparecen en las caras vestibulares de los molares con sus consiguientes constricciones en la línea cervical³
- Presentan áreas de contacto más amplias y planas que las de los dientes permanentes

3.1.2 ERUPCIÓN DE LA DENTICIÓN PERMANENTE⁴

Para poder chequear la secuencia de erupción de los dientes permanentes podemos apoyarnos de las tablas de la cronología de erupción de los dientes permanentes lo cual ayudaría mucho a los ortodoncistas y los odontopediatras a evaluar la edad dental de un

³ ODONTOBLOG. (08-11-2015). Diferencias principales entre la dentición temporal y la dentición permanente. 18-12-2016.

⁴ Pinkham J. Odontología Pediátrica. México DF: Nueva Editorial Interamericana SA, 1992.

‘paciente. Por lo general, un diente debe erupcionar cuando los dos tercios de la raíz estén formados.⁵

Los dientes permanentes tienen dos tipos de erupción:

- a. Este primer periodo ocurre entre las edades de 6 a 8 años siguiendo por un periodo intermedio de dos años.

A los 6 años erupcionan los primeros molares superiores e inferiores, y los incisivos centrales permanentes.

Los incisivos laterales superiores y laterales inferiores, emergen a los 7 años.

A los 8 años aparece el primer periodo de los incisivos superiores y la erupción de incisivo lateral.

- b. El segundo periodo comienza entre las edades de 10 años y este dura alrededor de dos años. Por lo tanto los dientes erupcionan por antelación en las niñas que en los niños.

Este primer periodo se caracteriza por la primera erupción de los caninos inferiores, los premolares inferiores y superiores durante el mismo tiempo.

Es seguido de los segundos premolares superiores e inferiores generalmente un poco mas delante de los caninos superiores (11 años).

A los doce años los segundos molares completan el segundo periodo de transición.

⁵ FEMALE. (07-09-2016). FUNDAMENTOS DE LA OCLUSIÓN DENTAL. 19-12-2016, de FEMALE Sitio web: <http://odotecnica dental.blogspot.pe/>

Y en tercer lugar la erupción de los terceros molares existiendo una variación individual considerables (de 17 a 25 años).

3.1.3 OCLUSIÓN

a. Conceptos Oclusales

a.1 Oclusión: Es la relación que existe entre los dientes superiores e inferiores bien sea en posición estática o cuando se encuentra en contacto funcional durante la actividad de la mandíbula.⁶

a.2 Tipos de Oclusión

- Normoclusion
- Maloclusion
- **Normoclusion:** Normalidad funcional con estado de adaptación a diversos grados de Maloclusión anatómica.

Algunas características son:

- ❖ Ausencia de síntomas y presencia de posibles signos clínicos
- ❖ Sin marcadas manifestaciones dentarias de para funciones.
- ❖ Actividades funcionales normales.
- ❖ Relativa estabilidad oclusal sin aparente migración dentaria.
- **Maloclusión u oclusión traumática**
Hay alteración o trastorno de la normalidad con frecuencia asociado a desarmonías oclusales y presencia de

⁶ FEMALE. (07-09-2016). FUNDAMENTOS DE LA OCLUSIÓN DENTAL. 19-12-2016, de FEMALE.

sintomatología disfuncional franca asociada a una condición de trastornos temporomandibulares.

Algunas características son:

- ❖ Inestabilidad oclusal en céntrica.
- ❖ Contactos prematuros y/o interferencias oclusales.

A veces, como consecuencia de las diferencias en el tamaño de las arcadas óseas o de los patrones de erupción dentaria, la oclusión de los dientes se realiza de tal forma que las cúspides bucales maxilares entran en contacto con el área de la fosa central de los dientes mandibulares. Esta relación se denomina mordida cruzada.⁷

En una persona sana, la anatomía oclusal de los dientes actúa de manera armónica con las estructuras que controlan los patrones de movimiento de la mandíbula. Las estructuras que determinan estos patrones son:

- Las articulaciones temporomandibulares (ATM), y
- Los dientes anteriores.

Durante cualquier movimiento, las peculiares relaciones anatómicas de estas estructuras se combinan para determinar un trayecto preciso y repetible. Para mantener la armonía del estado oclusal, los dientes posteriores deben pasar cerca de los dientes antagonistas, pero sin entrar en contacto con ellos durante el movimiento mandibular.⁸

⁷ FEMALE. (07-09-2016). FUNDAMENTOS DE LA OCLUSIÓN DENTAL. 19-12-2016, de FEMALE.

⁸ FEMALE. (07-09-2016). FUNDAMENTOS DE LA OCLUSIÓN DENTAL. 19-12-2016, de FEMALE.

Las estructuras que soportan el movimiento mandibular se dividen en dos tipos:

1. Las que influyen en el movimiento de la parte posterior de la mandíbula.
2. Las que influyen en el movimiento de la parte anterior de la mandíbula.

3.1.4 LLAVE DE ANGLE ⁹

a. Clasificación de Angle y sus características.

Si observamos las relaciones oclusales de los dientes posteriores, debemos prestar mucha atención al primer molar. El primer molar mandibular normalmente tiene una posición en sentido mesial respecto del primer molar maxilar). Sin embargo, en algunos pacientes el primer molar mandibular puede localizarse distal a esta posición, mientras que en otros puede ser mesial a esta posición. Angle describió por primera vez esta variación en la relación molar, por lo que ha recibido los nombres de relación molar de clase I, II y III de Angle.

a.1 Clase I

La relación molar de la clase I de Angle es la más típica que se observa en la dentición natural. Se caracteriza de la siguiente manera:

La cúspide MB del primer molar mandibular forma una oclusión en el espacio interproximal entre el segundo premolar y el primer molar maxilar.

⁹ Murrieta Pruneda José Francisco, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GENERO

La cúspide MB del primer molar maxilar está alineada directamente sobre el surco bucal del primer molar mandibular.

La cúspide ML del primer molar maxilar está situada en el área de la fosa central del primer molar mandibular.

En esta relación cada diente mandibular ocluye con el diente antagonista correspondiente y con el diente mesial adyacente. (Así, por ejemplo, el segundo premolar mandibular contacta con el segundo premolar maxilar y con el primer premolar maxilar.) Los contactos entre los molares se realizan tanto entre las puntas de las cúspides y las fosas como entre las puntas de las cúspides y las crestas marginales.

a.2 Clase II

En algunos pacientes, la arcada maxilar es grande o presenta un desplazamiento anterior o la arcada mandibular es pequeña o tiene una situación posterior. Esto hará que el primer molar mandibular tome una posición en sentido distal a la de la relación molar de clase I esto se describe como relación molar de clase II. Esta relación a menudo se identifica por las siguientes características:¹⁰

La cúspide mesiobucal del primer molar mandibular contacta con el área de la F-C del primer molar maxilar.

La cúspide mesiobucal del primer molar mandibular está alineada sobre el surco bucal del primer molar maxilar.

¹⁰ Murrieta Pruneda José Francisco, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GENERO.

La cúspide distolingual del primer molar maxilar ocluye en el área de la F-C del primer molar mandibular.

Cuando se compara con la relación de clase I, cada par de contacto oclusal tiene una posición distal aproximadamente igual a la anchura mesiodistal de un premolar.

a.3 Clase III

Un tercer tipo de relación molar se corresponde con un crecimiento predominante de la mandíbula; la denominada clase III. En esta relación, el crecimiento sitúa los molares mandibulares en posición mesial respecto a los molares maxilares, como se observa en la clase I. Las características de la clase III son las siguientes:¹¹

- La cúspide distobucal del primer molar mandibular está situada en el espacio interproximal que hay entre el segundo premolar y el primer molar maxilar.
- La cúspide mesiobucal del primer molar maxilar está situada sobre el espacio interproximal que hay entre el primer y el segundo molar mandibular.
- La cúspide mesiolingual del primer molar maxilar está situada en la depresión mesial del segundo molar mandibular.

3.1.5 LLAVE CANINA

Los dientes caninos o colmillos están situados entre ambas arcadas dentarias delimitando el sector anterior del posterior.

Se sitúan mesialmente a los primeros premolares y distalmente a los incisivos laterales.

¹¹ Murrieta Pruneda José Francisco, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GENERO.

Existen dos caninos superiores y dos inferiores.

El canino superior es de gran tamaño coronal y radial, la corona es de forma pentagonal es el diente más largo de la dentición humana solo tiene una raíz

Tiene contactos dentarios los cuales son proximales y oclusales.

a. Clasificación de la Llave canina ¹²

a1. La oclusión en **CLASE I** significa que el canino (colmillo) inferior muerde 3-4mm por delante del canino superior esta es la oclusión correcta, se observa como engranan los dientes a la perfección como si fueran una cremallera. (un diente de arriba muerde sobre dos dientes de abajo)

a.2 La **CLASE II** es cuando la mandíbula muerde más atrás de donde tiene que morder. señala el canino inferior no está 3mm por delante de la superior, está justo por debajo o muy por detrás, es cuando tenemos una CLASE II severa. Depende de la edad y otras características del paciente se puede corregir con brackets, avance mandibular ortopédico, extracciones o cirugía ortognática.

Se puede ver que los dientes en la CLASE II no encajan como en una cremallera, aquí la oclusión es inestable y traumática. (un diente de arriba muerde sobre un diente de abajo y no con dos dientes como tendría que ser)¹³

¹² Vellini Ferrerira F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Sau Paulo. Artes Médicas Latinoamérica: 84-92:2002.

¹³ Vellini Ferrerira F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Sau Paulo. Artes Médicas Latinoamérica: 84-92:2002.

- a.3 La **CLASE III** es cuando la mandíbula muerde más adelante de donde tiene que morder. Señala el canino inferior está a más de 3mm por delante de la superior.

3.1.6 LÍNEA INTERINCISIVA¹⁴

O también llamada línea facial dentaria es la línea media o eje de simetría dental que viene desde el trichion pasando por el nasion, punta de nariz, filtrum labial. Existe dos formas para determinar la línea interincisiva dentaria, una de ellas mediante el filtrum labial dividiendo esta a la mitad, y la otra forma es utilizando el frenillo vestibular y la papila incisiva como guía. De estos dos el mas simétrico y estable es el filtrum labial.

Es de esta línea que parte la dentadura de toda persona para tener un adecuado alineamiento.

3.1.7 OVERJET

Desde P.M.I. (Posición de Máxima Intercuspidadación u Oclusión Céntrica). Podemos observar la relación de los incisivos superiores con los inferiores desde un plano sagital y se define al overjet o resalte como la distancia medida horizontalmente que hay entre el borde incisal del incisivo superior a la cara vestibular del incisivo inferior. Para definirlo de otra forma sería cuantificar la distancia que existe entre el incisivo superior y el incisivo inferior medido horizontalmente. O de otra forma, cuánto más adelante está el incisivo superior con respecto al incisivo inferior.

¹⁴ Okeson, Jeffrey P. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 5ª ed. Elsevier. España. 2003.

Ocurre cuando los dientes superiores están por delante de los dientes inferiores, se agrava este problema cuando el labio inferior queda atrapado entre estas dos partes aumentando mas el problema , haciendo que el maxilar inferior quede atrapado y no crezca.¹⁵

3.1.8 OVERBITE

Overbite o entrecruzamiento que se visualiza también entre los incisivos superiores e inferiores, ésta a diferencia del overjet, es una medida vertical entre dos línea que se trazan paralelas a los bordes incisales de los incisivos de ambos maxilares. Esta medida expresa cuanto cubre verticalmente el incisivo superior al incisivo inferior en una visión sagital.

Es cuando los dientes anteriores inferiores ocluyen por detrás y por dentro de los superiores, contactan profundamente con los dientes superiores, a veces esta maloclusion es tan severa que alcanza a contactar los dientes inferiores con el paladar.

- Overbite se refiere al grado de superposición vertical (superior-inferior) de los incisivos centrales superiores en los incisivos centrales inferiores ,que no se refiere a una mandíbula inferior está demasiado lejos de la mandíbula superior (retrognatia) o una mala alineación de la dientes.
- Se mide con respecto a los bordes incisales.

¹⁵ Okeson, Jeffrey P. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 5ª ed. Elsevier. España. 2003.

La sobremordida término no se refiere a una condición específica, ni es una forma de maloclusión . Más bien una sobremordida ausente o exceso sería una maloclusión. Sobremordida normal es de entre 2-3 mm (o aproximadamente el 20-30% de la altura de los incisivos inferiores) y normalmente se expresa como un porcentaje.

Distancia horizontal que hay de la cara palatina central superior a la cara vestibular del central inferior cuando el paciente esta en maxima intercuspidadion; valor normal de 2-3mm.

Valores mayores que el valor normal indica mordida profunda anterior y valores menores e incluso negativos indica mordida abierta anterior.¹⁶

A mayor Overjet, Resalte o Sobremordida Horizontal:

- Cuspides mas planas.
- Fosas menos profundas.

A mayor Overbite, Escalon o Sobremordida Vertical:

- Cuspides mas altas.
- Surcos profundos

¹⁶ Okeson, Jeffrey P. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 5ª ed. Elsevier. España. 2003.

3.2 REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 INTERNACIONAL

a. **Título:** *“Prevalencia de Maloclusiones Dentales en un Grupo de Adolescentes Mexicanos y su Relación con la Edad y el Género”*

Autores: MURRIETA PRUNEDA José Francisco; CRUZ DÍAZ Paola Alejandra; LÓPEZ AGUILAR Jasiel; MARQUES DOS SANTOS María José, ZURITA MURILLO Violeta.

Resumen:

La tasa de prevalencia por maloclusiones fue de 96,4:100/adolescentes resultando la Clase I de Angle la más frecuente(72,8%), resultando cinco y siete veces mayor que las Clases II y III, con una estimación al nivel poblacional entre 69% y 76% (IC95%=69,54-76,24). La maloclusión Clase I, tipo 1, fue la más frecuente, considerando la clasificación de Dewey-Anderson(58.3%). La prevalencia por edad resultó no ser estadísticamente significativa ($X_{20,95} g.l. 12=20,314, p=0,610$), lo que no sucedió al llevar a cabo este mismo análisis por género ($X_{20,95} g.l. 4=17,851 p=0.001$).

Conclusiones. La alta prevalencia de maloclusiones Clase I de Angle y el tipo 1 de acuerdo a Dewey-Anderson probablemente se desarrollaron por el inadecuado crecimiento de los maxilares y por la deficiente función masticatoria. No se encontraron diferencias significativas por edad, lo que no sucedió por género, mostrándose un riesgo mayor para el femenino. Debido a que la mayoría de los casos de maloclusión observados fueron Clase I,

caracterizados en su mayoría por desplazamientos dentarios, su pronóstico es favorable, ya que pueden ser corregidas a partir de terapéuticas ortodónticas de baja complejidad y de menor costo.

3.2.2 NACIONALES

b. Título: *“Frecuencia de Alteraciones Verticales de la Oclusión según sexo, maloclusión, tipo de dentición y edad, en Pacientes Pediátricos de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 1999 – 2003”*

Autor: Bachiller Roxana **ESCUADERO LOAYZA**

Resumen:

Al asociar las Alteraciones Verticales con la Edad (Tabla 14), se encontró que en Mordida Abierta, el número de pacientes aumenta desde los 4 años ($n = 4$) hasta los 7 años ($n = 14$) para luego ir disminuyendo hasta los 13 años. Siendo la edad de 7 años la que cuenta con la mayor cantidad de pacientes con MA, podemos decir que esto se puede deber a que nos encontramos en el periodo de transición de exfoliación de los incisivos deciduos y erupción de los permanentes. Cabe resaltar que debido a lo mencionado anteriormente hay la posibilidad de un error por parte de los alumnos al no saber identificar bien el periodo de transición. En Mordida Profunda, se observó una mayor predominancia a los 4 años ($n = 16$); 54 con una disminución hasta los 9 años ($n = 14$) donde se vuelve a ver un incremento. Al asociar las Alteraciones Verticales con el Tipo de Dentición, hubo una mayor predominancia en la dentición mixta 1era fase sobre la

dentición decidua en la Mordida Abierta; en la Mordida Profunda hubo una mayor predominancia de la dentición decidua sobre las otras; esto puede deberse a que a partir de una dentición mixta se produce un levantamiento de mordida fisiológico con la erupción de los primeros molares, disminuyendo de esta manera la mordida profunda.

c. Título: “Maloclusiones en Niños y Adolescentes de Caseríos y Comunidades Nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú”

Autores: Arón **ALIAGA-DEL CASTILLO**, Manuel Antonio **MATTOS-VELA**, Rosalinda **ALIAGA-DEL CASTILLO**, Claudia **DEL CASTILLO-MENDOZA**.

Resumen:

Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad de caseríos y comunidades nativas de la selva de Ucayali, Perú. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle así como alteraciones ortodónticas. Se incluyeron 201 sujetos, 106 (52,7%) fueron mujeres, la mayoría (54,7%) tuvieron entre 6 y 12 años. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos. Las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario (28,4%), mordida cruzada anterior (17,4%), sobresalte exagerado (8,5%), sobremordida exagerada (5,0%) y mordida abierta anterior (5,0%). Se evidencia una alta prevalencia de maloclusiones y alteraciones ortodónticas en

las comunidades nativas evaluadas, por lo que es necesario implementar programas preventivos para mejorar la salud bucal de estas poblaciones marginadas.

4 HIPÓTESIS

Dado que, existen anomalías dentofaciales y condiciones dentales que alteran la oclusión.

Es probable que, las llaves y líneas de oclusión se vean afectadas por el género, con la posibilidad que exista mayor prevalencia en varones.





CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES

1.1. Técnicas

Para poder determinar si existe algún tipo de relación entre la edad y el género con la maloclusión se utilizara la observación clínica intraoral.

VARIABLES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
EDAD GÉNERO		
LLAVE DE ANGLE LLAVE CANINA OVERJET Y OVERBITE LÍNEA INTERINCISIVA	OBSERVACIÓN CLÍNICA INTRAORAL	FICHA DE OBSERVACIÓN

a. Procedimiento

El presente trabajo de investigación consistirá en la revisión directa de los alumnos del nivel secundario de la I.E.P. “Santa Vicenta María” (unidades de estudio), luego de tener los permisos pertinentes.

Se llenaran fichas personalizadas con los datos de cada alumno como su nombre su edad y el género, se procederá a realizar las medidas de la llave canina, llave de Angle, línea Interincisiva, overjet y overbite para obtener información. Después se procederá a organizar los datos obtenidos para determinar datos cuantitativos de

la línea interincisal, llave de Angle, llave canina, Overjet y Overbite y si existe relación entre la edad y el género con la edad y el género en los alumnos del nivel secundario de la I.E.P. “Santa Vicenta María”.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumentos documentales

Se utilizará un instrumento de tipo elaborado, la ficha de observación.

1.3. Materiales de verificación

- Ficha clínica
- Lapicero azul
- Guantes
- Barbijo
- espejo
- Cámara fotográfica
- Regla milimetrada.
- Marcador indeleble

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

a) Ámbito General

Cercado Arequipa - Perú

b) Ámbito específico

Institución educativa particular “Santa Vicenta María”

2.2 Ubicación Temporal

La investigación será realizada en el año 2016 en los meses de octubre y noviembre, es una investigación actual y de tipo transversal ya que las variables serán estudiadas en un único momento.

2.3 Unidades de Estudio

Se realizara en los alumnos del nivel secundario de la I. E. P. “SANTA VICENTA MARIA”.

a. Criterios de Inclusión

- Alumnos de primero a quinto de secundaria de la I. E. P. “SANTA VICENTA MARIA”
- Alumnos de 12 a 18 años de edad de la I. E. P. “SANTA VICENTA MARIA”
- Alumnos con dentición permanente.
- Alumnos con malposiciones dentarias.
- Alumnos con piezas dentales extraídas que no afecten el estudio.

b. Criterios de Exclusión

- Alumnos que tengan dentición mixta.
- Alumnos menores de 12 años.
- Alumnos mayores de 18 años.
- Alumnos que no deseen participar del estudio.
- Alumnos que utilicen ortodoncia.
- Alumnos en los que la llave canina no esta formada.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

Antes de la aplicación de los instrumentos se coordina ciertas acciones previas.

- ✓ Autorización del director de la I. E. P. “SANTA VICENTA MARIA”
- ✓ Autorización de los padres de familia de la I. E. P. “SANTA VICENTA MARIA”
- ✓ Se hará la validación del instrumento.

3.2 Recursos

a. Recursos humanos

Investigadora : Yarly Dayanna Chire Pastor

Asesor : Dr. Carlos Javier Díaz Andrade.

b. Recursos físicos

Representado por las disponibilidades ambientales e infraestructurales de la I. E. P. “SANTA VICENTA MARIA”.

c. Recursos financieros

El presupuesto para la recolección de datos y otras acciones investigativas fueron plenamente autofinanciados.

d. Recursos institucionales

E. P. “SANTA VICENTA MARIA”

3.3 Prueba piloto

- a. Tipo de prueba: Incluyente
- b. Muestra piloto: 10% del número total de casos
- c. Recolección piloto: Aplicación preliminar de los instrumentos a la muestra piloto.

4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

4.1 A nivel de Sistematización de los datos

a. Tipo de procesamiento

Los Datos serán procesados manualmente y de forma computarizada utilizando el programa SPSS versión 22.

b. Plan de operaciones

b.1 Clasificación:

Una vez aplicados los instrumentos, la información obtenida será convenientemente ordenada en una matriz de registro.

b.2 Recuento:

Para la información clasificada se utilizara un plan plenamente cuantitativo.

b.3 Análisis:

VARIABLE INVESTIGATIVA	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
Llave De Angle	Cuantitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Chi cuadrado $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$
Llave Canina	Cuantitativo	Ordinal	
Overjet Y Overbite	Cuantitativo	Ordinal	
Línea Interincisiva.	Cuantitativo	ordinal	

b.4 Tabulación:

Se utilizarán tablas de doble entrada en relación a las variables estudiadas.

b.5 Graficación:

Se plantea utilizar las gráficas y diagramas de barra para que la información quede organizada y sistematizada.

4.2 Plan De Análisis de Datos

a. Tipo de Análisis

Por el número de variables: será multifactorial.

Por su naturaleza: será cuantitativo

b. tratamiento estadístico

La prueba estadística que se empleara es chi cuadrado para establecer si existe relación entre las variables, usando tablas y gráficos que expresan resultados de forma numérica y porcentual.

c. Tablas y gráficos

Para plasmar la información y datos obtenidos se realizaron tablas y gráficos de barras.

d. Nivel de interpretación

Para las interpretaciones se utilizaron el análisis y deducción.



CAPITULO III: RESULTADOS

TABLA N° 01
COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DE LA LLAVE DE ANGLE
DERECHA, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA
VICENTA MARÍA”.

LLAVE DE ANGLE DERECHA	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
NEUTROCLUSIÓN	21	33.87	18	29.03	39	62.90
MESIOCLUSIÓN	5	8.06	7	11.29	12	19.35
DISTOCLUSIÓN	6	9.68	5	8.07	11	17.75
Total	32	51.61	30	48.39	62	100.00

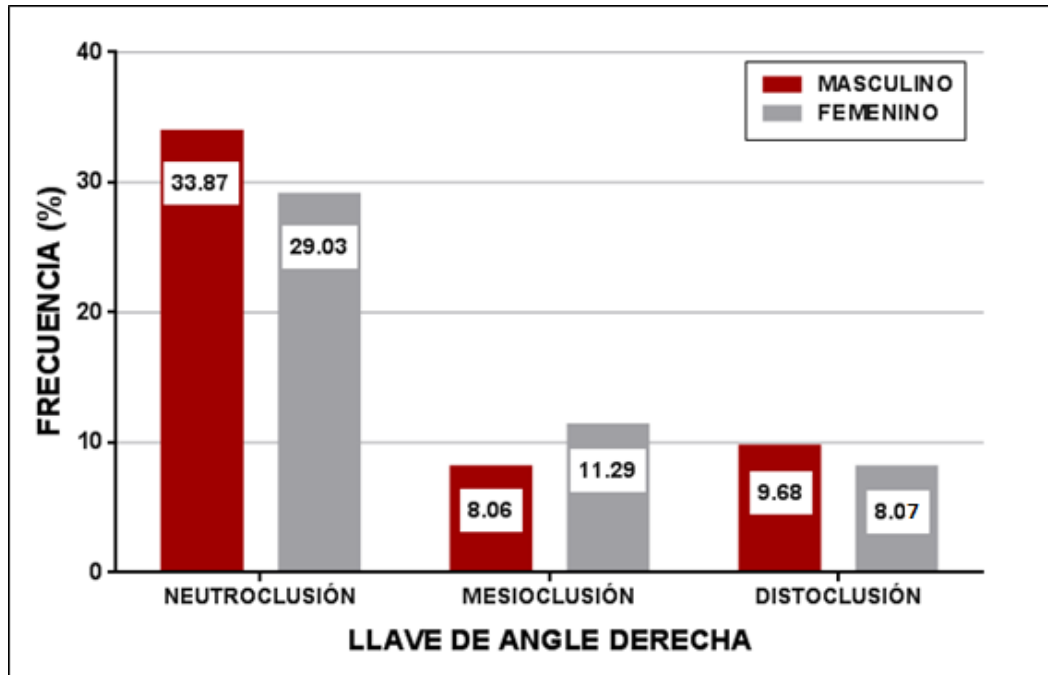
Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

$$(*) X^2_c = 0.59 < X^2_T (95\%) = (P > 0.05)$$

En la Tabla 1, se observan las frecuencias de la llave de Angle derecha según género de alumnos de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”, la mayor frecuencia de alumnos fue del género masculino con llave de Angle derecha con neutroclusión con 33.87%, seguido del 29.03% del género femenino con llave de Angle derecha con neutroclusión, mostrándose también un 11.29% de alumnos del género femenino y llave de Angle derecha con mesioclusión. (*) El valor de Chi cuadrado, $X^2_c = 0.59$, al ser menor al X^2_T (chi-cuadrado de tabla) nos indica con un 95% de confianza que no existe influencia significativa ($P > 0.05$) del género en la llave de Angle derecha en escolares, de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”.

GRAFICO Nº 01

LLAVE DE ANGLE DERECHA SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES, DE
12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA MARÍA".



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.



TABLA Nº 2
COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DE LA LLAVE DE ANGLE
IZQUIERDA, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P.
“SANTA VICENTA MARÍA”.

LLAVE DE ANGLE IZQUIERDA	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
NEUTROCLUSIÓN	19	30.64	17	27.42	36	58.06
MESIOCLUSIÓN	7	11.29	6	9.68	13	20.97
DISTOCLUSIÓN	6	9.68	7	11.29	13	20.97
Total	32	51.61	30	48.39	62	100.00

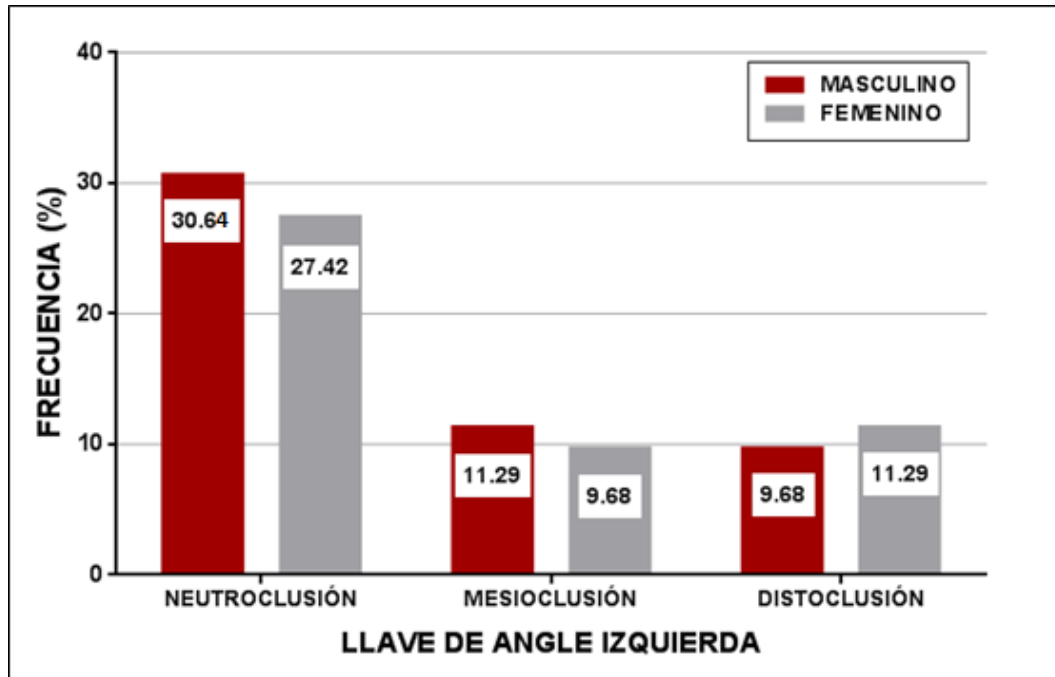
Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

$$(*) X^2_c = 0.20 < X^2_T(95\%) = (P > 0.05)$$

En la Tabla 2, se observan las frecuencias de la llave de Angle izquierda según género de alumnos de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”, la mayor frecuencia de alumnos fue del género masculino con llave de Angle izquierda con neutroclusión con 30.64%, seguido del 27.42% del género femenino con llave de Angle izquierda con neutroclusión, mostrándose también un 11.29% de alumnos del género femenino y llave de Angle izquierda con distoclusión. (*) El valor de chi cuadrado, $X^2_c = 0.20$, al ser menor al X^2_T (chí-cuadrado de tabla) nos indica con un 95% de confianza que no existe influencia significativa ($P > 0.05$) del género en la llave de Angle izquierda en escolares, de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”.

GRAFICO Nº 02

LLAVE DE ANGLE IZQUIERDA, SEGÚN GÉNERO EN ESCOLARES,
DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA MARÍA".



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

TABLA N° 03
COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DE LA LLAVE CANINA DERECHA,
EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA
MARÍA”.

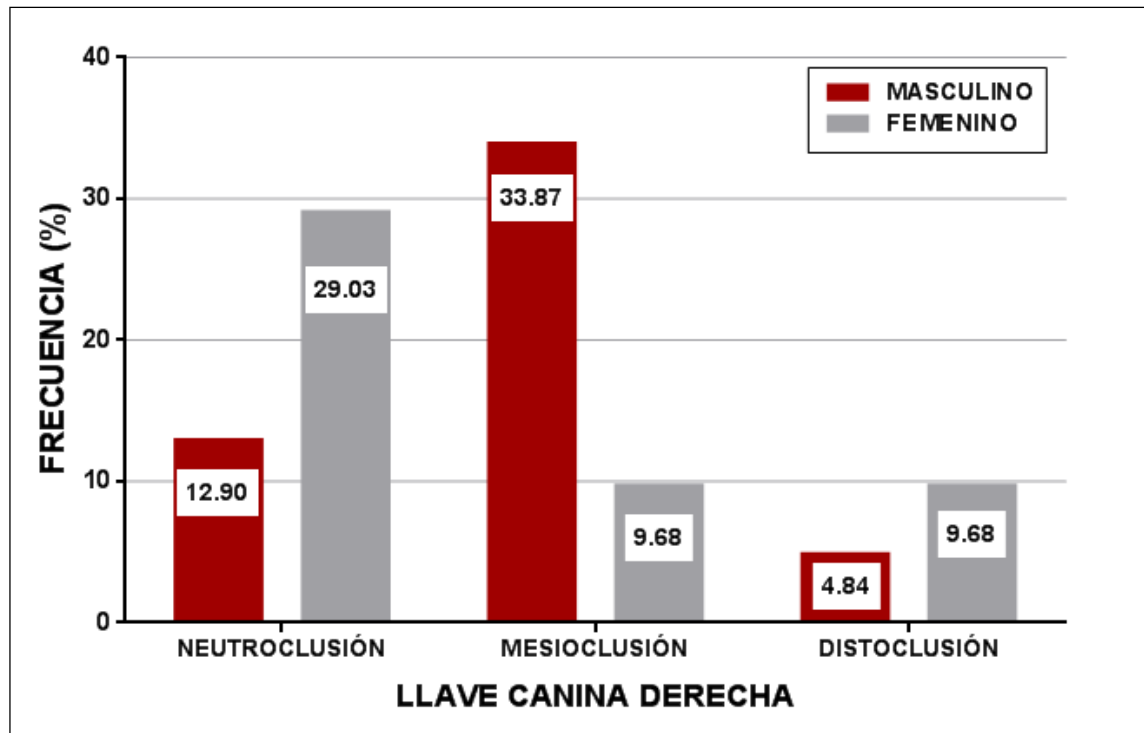
LLAVE CANINA DERECHA	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
NEUTROCLUSIÓN	8	12.90	18	29.03	26	41.93
MESIOCLUSIÓN	21	33.87	6	9.68	27	43.55
DISTOCLUSIÓN	3	4.84	6	9.68	9	14.52
Total	32	51.61	30	48.39	62	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

$$(*) X^2_c = 13.13 > X^2_{T(99\%)} = (P < 0.01)$$

En la Tabla 3, se observan las frecuencias de la llave canina derecha según género de alumnos de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”, la mayor frecuencia de alumnos fue del género masculino con llave canina derecha con mesioclusión con 33.87%, seguido del 29.03% del género femenino con llave canina derecha con neutroclusión, mostrándose también un 9.68% de alumnos del género femenino y llave canina derecha con distoclusión. (*) El valor de chi cuadrado, $X^2_c = 13.13$, al ser mayor al X^2_T (chí-cuadrado de tabla) nos indica con un 99% de confianza que existe influencia altamente significativa ($P < 0.01$) del género en la posición de llave canina derecha en escolares, de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”.

GRAFICO Nº 03
LLAVE CANINA DERECHA SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES, DE 12
A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA MARÍA".



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

TABLA N° 04

**COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DE LA LLAVE CANINA
IZQUIERDA, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P.
“SANTA VICENTA MARÍA”.**

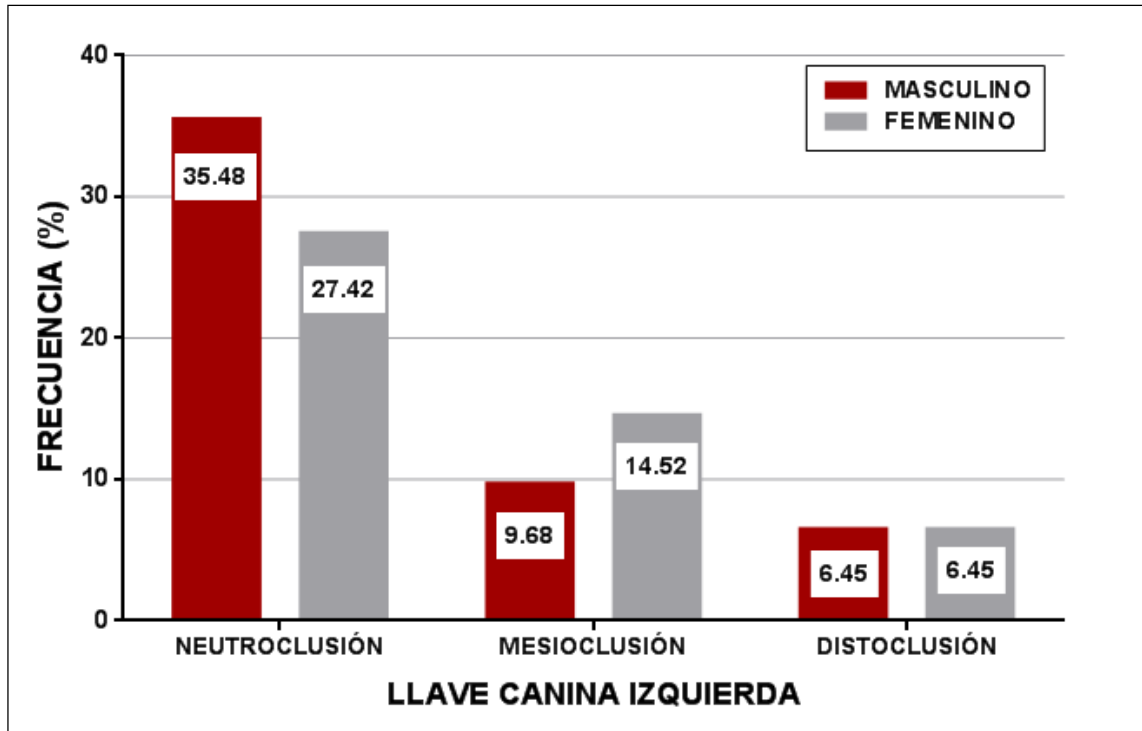
LLAVE CANINA IZQUIERDA	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
NEUTROCLUSIÓN	22	35.48	17	27.42	39	62.90
MESIOCLUSIÓN	6	9.68	9	14.52	15	24.20
DISTOCLUSIÓN	4	6.45	4	6.45	8	12.90
Total	32	51.61	30	48.39	62	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

$$(*) X^2_c = 1.18 < X^2_{T(95\%)} = (P > 0.05)$$

En la Tabla 4, se observan las frecuencias de la llave canina izquierda según género de alumnos de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”, la mayor frecuencia de alumnos fue del género masculino con llave canina izquierda con neutroclusión con 35.48%, seguido del 27.42% del género femenino con llave canina izquierda con neutroclusión, mostrándose también un 14.52% de alumnos del género femenino y llave canina izquierda con mesioclusión. (*) El valor de chi cuadrado, $X^2_c = 1.18$, al ser menor al X^2_T (chí-cuadrado de tabla) nos indica con un 95% de confianza y que no existe influencia significativa ($P > 0.05$) del género en la posición de llave canina izquierda en escolares, de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”.

GRAFICO N° 04
LLAVE CANINA IZQUIERDA SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES, DE
12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA MARÍA".



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

TABLA N° 05
COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DE LA LÍNEA INTERINCISIVA
SUPERIOR, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA
VICENTA MARÍA”.

LÍNEA INTERINCISIVA SUPERIOR	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
NORMAL	22	35.48	25	40.32	47	75.80
DESVIACIÓN DERECHA	10	16.13	2	3.23	12	19.36
DESVIACIÓN IZQUIERDA	0	0.00	3	4.84	3	4.84
Total	32	51.61	30	48.39	62	100.00

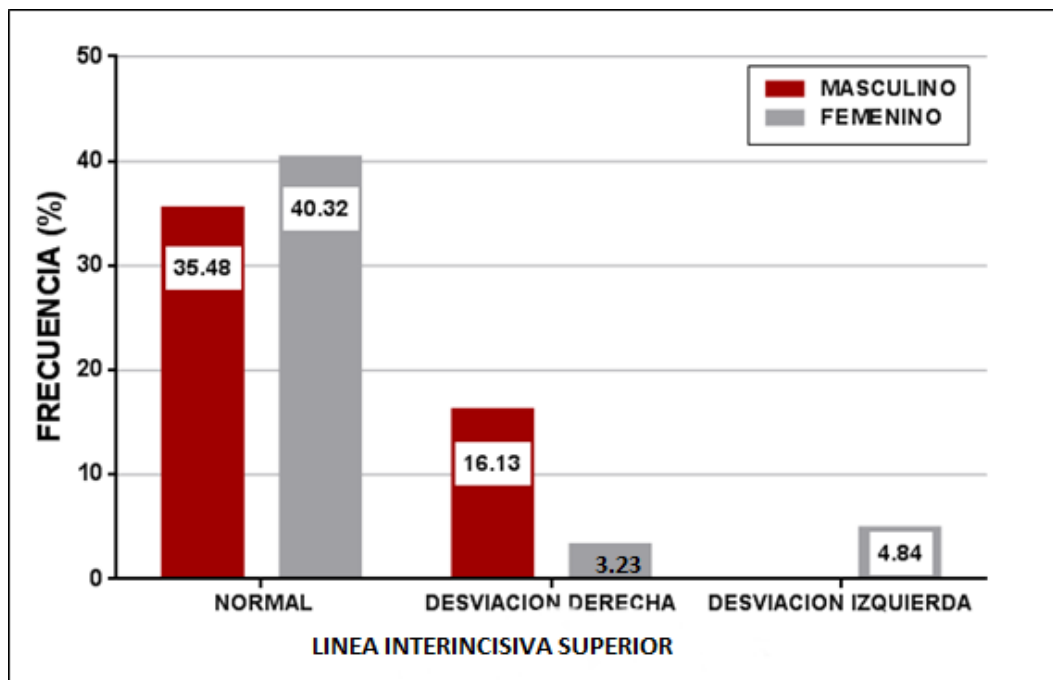
Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

$$(*) X^2_c = 8.47 > X^2_{T(95\%)} = (P < 0.05)$$

En la Tabla 5, se observan las frecuencias de la línea interincisiva superior según género de alumnos de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”, la mayor frecuencia de alumnos fue del género femenino con línea interincisiva superior normal con 40.32%, seguido del 35.48% del género masculino con línea interincisiva superior normal, mostrándose también un 16.13% de alumnos del género masculino y línea interincisiva superior con desviación derecha. (*) El valor de chi cuadrado, $X^2_c = 8.47$, al ser mayor al X^2_T (chí-cuadrado de tabla) nos indica con un 95% de confianza que existe influencia significativa ($P < 0.05$) del género en la posición de línea interincisiva superior en escolares, de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”.

GRAFICO Nº 05

LINEA INTERINCISIVA SUPERIOR SEGÚN GÉNERO, EN
ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA
MARÍA".



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

TABLA N° 06
COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DE LA LÍNEA INTERINCISIVA
INFERIOR, EN ESCOLARES, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA
VICENTA MARÍA”.

LINEA INTERINCISIVA INFERIOR	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
NORMAL	19	30.65	18	29.03	37	59.68
DESVIACION DERECHA	10	16.12	9	14.52	19	30.64
DESVIACION IZQUIERDA	3	4.84	3	4.84	6	9.68
Total	32	51.61	30	48.39	62	100.00

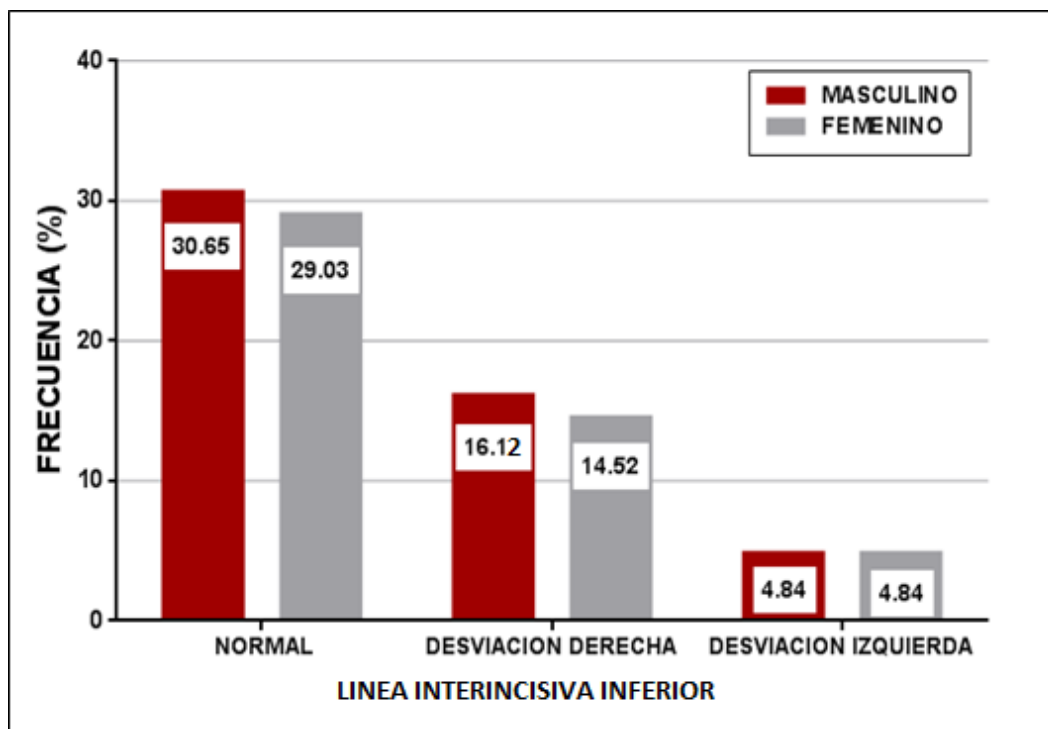
Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

$$(*) X^2_c = 0.02 < X^2_T(95\%) = (P > 0.05)$$

En la Tabla 6, se observan las frecuencias de la línea interincisiva inferior según género de alumnos de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”, la mayor frecuencia de alumnos fue del género masculino con línea interincisiva inferior normal con 30.65%, seguido del 29.03% del género femenino con línea interincisiva inferior normal, mostrándose también un 16.12% de alumnos del género masculino y línea interincisiva inferior con desviación derecha. (*) El valor de Chi cuadrado, $X^2_c = 0.02$, al ser menor al X^2_T (Chí-cuadrado de tabla) nos indica con un 95% de confianza que no existe influencia significativa ($P > 0.05$) del género en la posición de línea interincisiva inferior en escolares, de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”.

GRAFICO Nº 06

LINEA INTERINCISIVA INFERIOR SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES,
DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. "SANTA VICENTA MARÍA".



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

TABLA Nº 07

COMPARACIÓN SEGÚN GÉNERO DEL TIPO DE MORDIDA ANTERIOR, EN ESCOLARES DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.

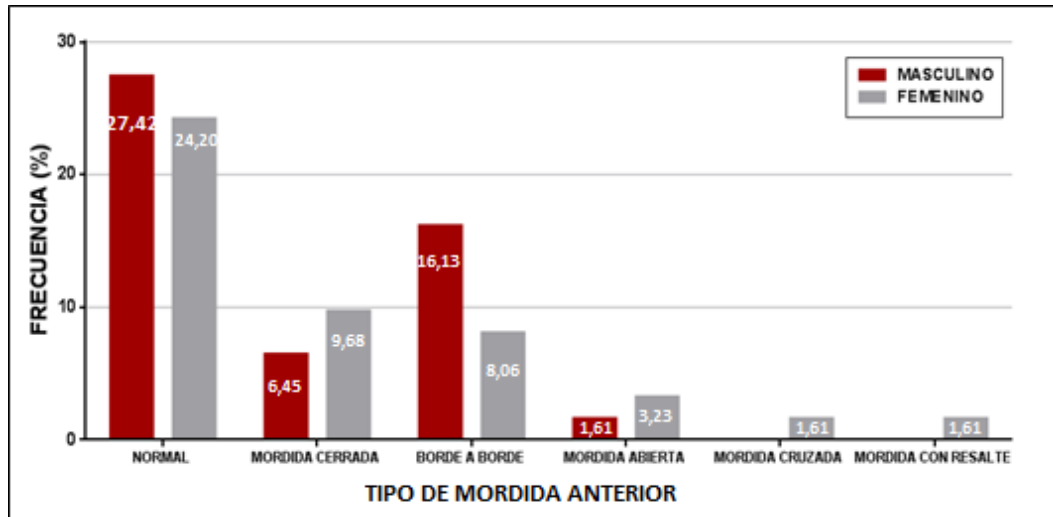
TIPO DE MORDIDA ANTERIOR	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
NORMAL(2mm)	17	27.42	15	24.20	32	51.62
MORDIDA CERRADA	4	6.45	6	9.68	10	16.13
BORDE A BORDE	10	16.13	5	8.06	15	24.19
MORDIDA ABIERTA	1	1.61	2	3.23	3	4.84
MORDIDA CRUZADA	0	0.00	1	1.61	1	1.61
MORDIDA CON RESALTE (5mm)	0	0.00	1	1.61	1	1.61
Total	32	51.61	30	48.39	62	100.00

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

$$(*) X^2_c = 4.47 < X^2_T(95\%) = (P > 0.05)$$

En la Tabla 7, se observan las frecuencias del tipo de mordida anterior según género de alumnos de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”, la mayor frecuencia de alumnos fue del género masculino con tipo de mordida anterior normal con 27.42%, seguido del 24.20% del género femenino con tipo de mordida anterior normal, mostrándose también un 16.13% de alumnos del género masculino y mordida de borde a borde. (*) El valor de chi cuadrado, $X^2_c = 4.47$, al ser menor al X^2_T (chí-cuadrado de tabla) nos indica con un 95% de confianza que no existe influencia significativa ($P > 0.05$) del género en el tipo de mordida anterior en escolares, de 12 a 18 años en la I.E.P. “Santa Vicenta María”.

GRAFICO Nº 07
TIPO DE MORDIDA ANTERIOR SEGÚN GÉNERO, EN ESCOLARES
DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA”.



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

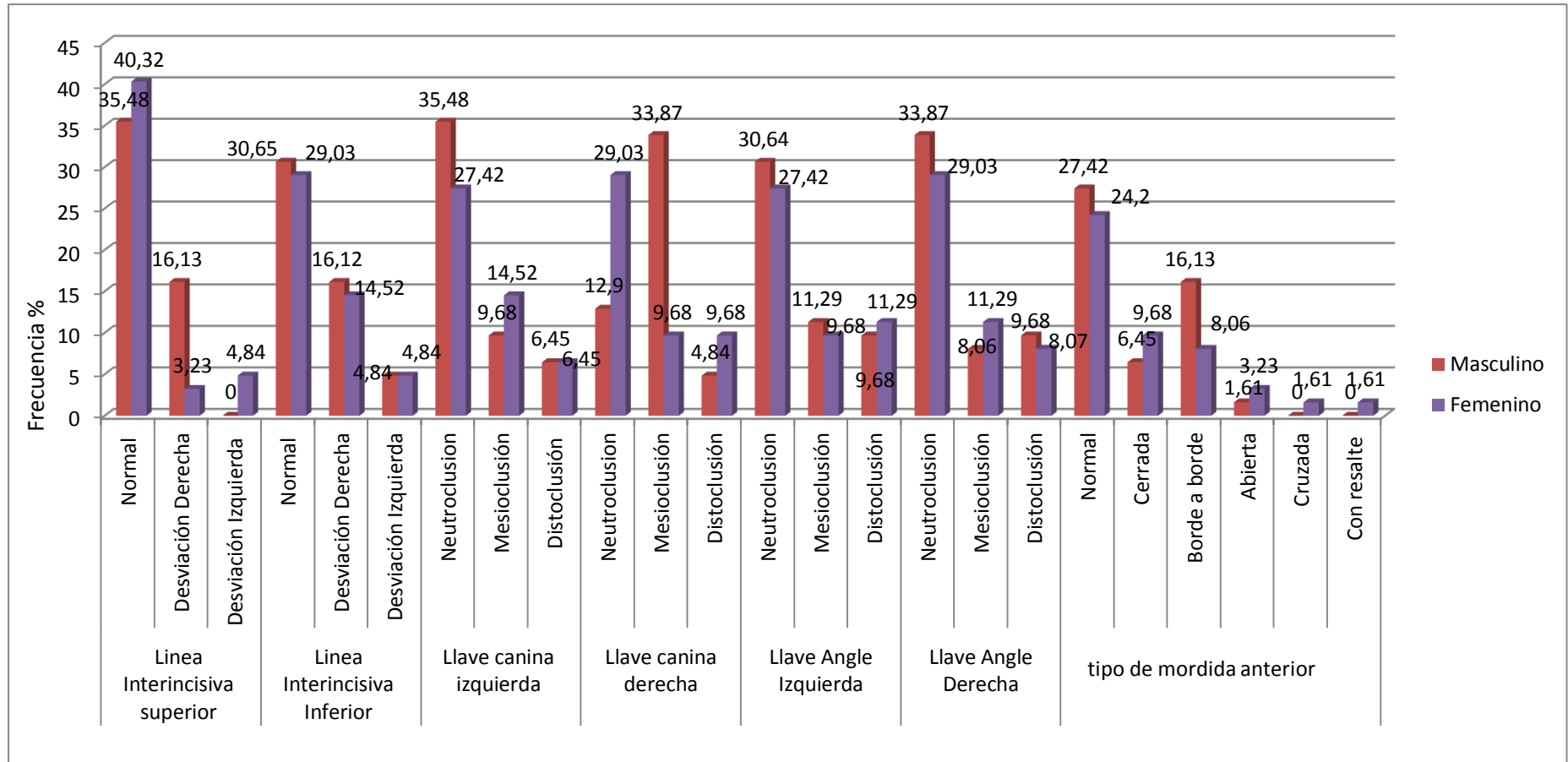


Tabla N° 08

		Masculino		Femenino	
		Nº	%	Nº	%
Linea Interincisiva superior	Normal	22	35.48	25	40.32
	Desviación Derecha	10	16.13	2	3.23
	Desviación Izquierda	0	0.00	3	4.84
Linea Interincisiva Inferior	Normal	19	30.65	18	29.03
	Desviación Derecha	10	16.12	9	14.52
	Desviación Izquierda	3	4.84	3	4.84
Llave canina izquierda	Neuroclusión	22	35.48	17	27.42
	Mesioclusión	6	9.68	9	14.52
	Distoclusión	4	6.45	4	6.45
Llave canina derecha	Neuroclusión	8	12.90	18	29.03
	Mesioclusión	21	33.87	6	9.68
	Distoclusión	3	4.84	6	9.68
Llave Angle Izquierda	Neuroclusión	19	30.64	17	27.42
	Mesioclusión	7	11.29	6	9.68
	Distoclusión	6	9.68	7	11.29
Llave Angle Derecha	Neuroclusión	21	33.87	18	29.03
	Mesioclusión	5	8.06	7	11.29
	Distoclusión	6	9.68	5	8.07
Tipo de mordida anterior	Normal	17	27.42	15	24.20
	Cerrada	4	6.45	6	9.68
	Borde a borde	10	16.13	5	8.06
	Abierta	1	1.61	2	3.23
	Cruzada	0	0.00	1	1.61
	Con resalte	0	0.00	1	1.61

Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

Gráfico N°8



Fuente: Elaboración personal. Matriz de Sistematización.

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron en mayor frecuencia neutroclusión con 62.90% y 58.06% según la llave de Angle derecha e izquierda respectivamente (tablas 1 Y 2), seguido de la mesioclusión con 19.35% y distoclusión con 17.75% según la llave de Angle derecha y el 20.97% para mesioclusión y distoclusión según la llave de Angle izquierda resultados que concuerdan con los reportados por Rojas G., et al (2007), en el que se reporta que el mayor porcentaje fue la neutroclusión con un 59%, distoclusión con un 35% y por último la mesioclusión con 6% para Murrieta Pruneda (2005) establece la neutroclusión como la mas frecuente con un 72.8%, la Clase II con 13,5% y la Clase III con 10,1%; además Betancourt, O. (1986) determina a la neutroclusión como la más predominante con un 62,0% la distoclusión con 9,9% y la mesioclusión con 1,2%.

La llave de Angle derecha e izquierda según el género mostraron mayor frecuencia de neutroclusión con 62.90% y 58.06% respectivamente, presentándose para el género masculino mayor porcentaje 33.87% en comparación al género femenino 29.03% para la llave de Angle derecha, al igual que lo registrado para la llave de Angle izquierda, donde la neutroclusión se presentó en mayor frecuencia en el genero masculino 30.64% en comparación del 27.42% para el genero femenino. Además se muestra que la mesioclusión y la distoclusión se presentaron en frecuencias similares para las llaves de Angle derecha e izquierda, resultados que difieren con lo reportado por Rojas G., et al (2007), que reporta a la neutroclusión más frecuente en el género femenino (35%), y la distoclusión que se presentó en ambos géneros con 17.60%, mientras que la mesioclusión se manifestó en menor frecuencia y para el género masculino con un 6%.

CONCLUSIONES

PRIMERA : La llave Angle derecha muestra una adecuada alineación siendo la incidencia del 62.90% de los estudiantes el cual la mayoría son varones y el 37.10% muestra anomalías de oclusión.

La llave Angle izquierda muestra una adecuada alineación siendo la incidencia del 58.06% de los cuales la mayoría son varones y el 41.94% muestra anomalías de oclusión.

SEGUNDA : La llave canina derecha tienen una adecuada alineación siendo así la incidencia del 41.93% en su mayoría mujeres y el 58.07 muestra anomalías.

La llave canina izquierda tienen una adecuada alineación siendo así la incidencia del 62.90% de los estudiantes encuestados el cual la mayoría son varones y el 37.10% muestra anomalías.

TERCERA : La línea interincisiva superior tiene una adecuada alineación con una incidencia del 75,80% en su mayoría mujeres y el 24,2% muestra anomalías.

La línea interincisiva inferior tiene una alineación adecuada con el 59,68% en su mayoría varones y el 40.32% muestra anomalías.

CUARTA : En la oclusión anterior (overjet y overbite) se muestran una oclusión adecuada del 51,62% en su mayoría varones y el 48.38 muestra anomalías.

QUINTA : Comparando la diferentes llaves y líneas de oclusión se concluye que la llave de Angle y el tipo de mordida

anterior mostro mayor alteración para el género femenino; y para la llave canina y la línea interincisiva se encontró mayor alteración en el género masculino.

SEXTA

: Finalmente llegamos a una conclusión que al hacer un estudio comparativo de las diferentes llaves y líneas en escolares de ambos géneros de 12 – 18 años de la I.E.P. “Santa Vicenta María” el 51.08% tienen una mordida adecuada pero esto no demuestra que las otras llaves mencionadas estén debidamente alineadas y que solo el 1,55% muestra oclusión normal.



RECOMENDACIONES

- Realizar estudios para determinar si el grupo étnico y el periodo de erupción de las piezas dentales influyen en las llaves de oclusión.
- Se recomienda realizar estudios longitudinales para observar si las llaves de oclusión varían con la erupción de los terceros molares superiores e inferiores.
- Complementar esta investigación “estudio comparativo de la llave de Angle, llave canina, línea interincisiva, overjet y overbite en escolares de ambos géneros, de 12 a 18 años” a través de la evaluación de modelos de estudio, para realizar una mejor medición.
- Se recomienda aplicar esta investigación en un grupo de estudio más amplio para observar si hay posibles cambios estadísticos.
- Se recomienda Complementar esta investigación a través de la evaluación de tomografías y radiografías, para realizar una mejor medición

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews L. Straight-Wire: The concept and appliance. San Diego. Ed. LA Wells. P: 159, 1989.
- Andrews L. The six keys to normal occlusion. AMJODO. Sept. 296-309: 1972.
- Canut Brusola JA. Ortodoncia Clínica. 2da. Ed. Masson., C. México: 95-104. 2001.
- Gregoret J. Ortodoncia y Cirugía Ortognática. 1ra. Ed. Edit. Barcelona. Espaxs: 45-60.1997.
- Interlandi S. Ortodoncia. Bases para la iniciación. 1ra. Ed. Edit. San Paulo, Artes Médicas Latinoamérica: 5-51:2002.
- Moyers RE. Manual de Ortodoncia Clínica. Edit Interamericana. México DF.1992.
- Pinkham J. Odontología Pediátrica. México DF: Nueva Editorial Interamericana SA, 1992.
- Rakosi T. Atlas de Ortopedia Maxilar. Diagnóstico. 1ra. Ed. Barcelona, Edit. Masson-Salvat: 51-56. 1992.
- Rodríguez Remón M. Las seis llaves de la oclusión. Rev. De Actualidad Dental Española (RADE) 1 (1) Enero: 2005.
- Roth RH. Functional occlusion for the orthodontist. Journal Clinic Orthod. 15 jan: 32-51. 1981.
- Vellini Ferrerira F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Sau Paulo. Artes Médicas Latinoamérica: 84-92:2002.

INFORMATOGRAFÍA

- Arón Aliaga-Del Castillo, Manuel Antonio Mattos-Vela, Rosalinda Aliaga-Del Castillo, Claudia Del Castillo-Mendoza. Maloclusiones En Niños Y Adolescentes De Caseríos Y Comunidades Nativas De La Amazonía De Ucayali, Perú
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v28n1/pdf/a15v28n1.pdf
- Frecuencia de alteraciones verticales de la oclusión según sexo, maloclusión, tipo de dentición y edad, en pacientes pediátricos de la clínica estomatológica central de la universidad peruana cayetano heredia entre los años 1999 – 2003
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/ROXANAMARISOLESCUDEROLOAYZA.pdf>
- Dra. Yohany Duque de Estrada Riverón, Dr. Amado Rodríguez Calzadilla, Dra. Gisele Coutin Marie y Dra. Noraysi González García Rev Cubana Estomatol Ciudad de La Habana ene.,abr. 2004
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002

HEMEROGRAFÍA

- Atlas de Ortopedia Maxilar. Diagnóstico. 1ra. Ed. Barcelona, Edit.Masson-Salvat: 51-56. 1992.- Rodríguez Remón M. "Las seis llaves de la oclusión". Rev. De Actualidad Dental Española (RADE) 1 (1) Enero: 2005.- Vellini Ferrerira F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Sau Paulo.Artes Médicas Latinoamérica: 84-92:2002.
- Murrieta Pruneda José Francisco, PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GÉNERO (2005).
- Rojas,g., Brito ,J., Diaz,J. , Soto, S., alcedo,C., Quirós,O., D´Jurisic, A., fuenmayor,D., Maza,P. Ortiz, M. "Tipo de Maloclusiones Dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2007-2008." Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws"



ANEXO N° 01

FICHA DE OBSERVACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:						
EDAD:				GENERO:		
LINEA INTERINCISIVA	SUPERIOR	Coincide	Desviada a la derecha	mm	Desviada a la izquierda	mm
	INFERIOR	Coincide	Desviada a la derecha		Desviada a la izquierda	
LLAVE DE ANGLE	DERECHA	Neuroclusión	Mesioclusión		Distoclusión	
	IZQUIERDA	Neuroclusión	Mesioclusión		Distoclusión	
LLAVE CANINA	DERECHA	Neuroclusión	Mesioclusión		Distoclusión	
	IZQUIERDA	Neuroclusión	Mesioclusión		Distoclusión	
OVERJET Y OVERBITE				OVERBITE (mm)	OVERJET (mm)	
	NORMAL					
	MORDIDA CERRADA					
	BORDE A BORDE					
	MORDIDA ABIERTA					
	MORDIDA CRUZADA					
	MORDIDA CON RESALTE					
OBSERVACIONES:						

ANEXO N° 02

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Dña. Anelide Carlos Torres
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Docente
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : _____
Fiche de Observación
 1.4. Autor del Instrumento : Yasly Dayrona Chica Pastor

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				✓	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha:

.....
Firma del Experto Informante

DNI

Teléfono No

ANEXO N° 03

AUTORIZACION DE LA INSTITUCIÓN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE EN - UMACOLLO

"IN SCENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA"
("En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fuerza")

Arequipa, 2016 diciembre 02

Rvdo. RUFINO JUAN CHIRE MURILLO
Director de la I.E.P. Santa Vicenta María
PRESENTE.-

De mi consideración:

Previo atento y cordial saludo, me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, a través de su Clínica Odontológica, desarrolla programas de investigación y Proyección Social a nivel de toda la Comunidad Arequipeña.


Con este motivo, el Director de la Clínica Odontológica, se complace en presentar a la alumna egresada:


➤ **CHIRE PASTOR, Yarly Dayanna**

Quien desea visitar a los integrantes de vuestra Institución, con la finalidad de realizar una investigación para optar el Título Profesional.

Con este motivo, le agradezco profundamente por el apoyo prestado, y hago propicia la ocasión para presentarle las expresiones de mi mayor deferencia personal

Atentamente,


Mgtr. Alvarado Aco
DIRECTOR - CLINICA ODONTOLOGICA



DESARROLLO DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA
C/ ZONAS UNIV. TEL: 054 - 252542 FAX: 054 - 252542
0000374

(5154) 251210 (5154) 252542 ucsm@ucsm.edu.pe http://www.ucsm.edu.pe

ANEXO N° 04

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____ hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la Srta. OMARA CUSIPAUCAR SUPO, de la Facultad de Odontología titulada: **“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA LLAVE DE ANGLE, LLAVE CANINA, LÍNEA INTERINCISIVA, OVERJET Y OVERBITE EN ESCOLARES DE AMBOS GÉNEROS, DE 12 A 18 AÑOS EN LA I.E.P. “SANTA VICENTA MARÍA” AREQUIPA 2016 ”**, con fines de obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista.

Declaro que como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigadora

Investigado(a)

Arequipa,

ANEXO N° 05

MATRIZ DE ORDENAMIENTO

EDAD	SEXO	LINEA INTERINCISIVA SUPERIOR	MEDIDA LIS	LINEA INTERINCISIVA INFERIOR	MEDIDA LII	LLAVE DE ANGLE DERECHA	MEDIDA LLAD	LLAVE DE ANGLE IZQUIERDA	MEDIDA LLAI	LLAVE CANINA DERECHA	MEDIDA LLCD	LLAVE CANINA IZQUIERDA	MEDIDA LLCI	TIPO DE MORDIDA ANTERIOR	OVERBITE	OVERJET
14	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	1	2
15	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA CERRADA	3	2
13	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION IZQUIERDA	3	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA CERRADA	4	2
12	FEMENINO	DESVIACION DERECHA	2	NORMAL	.	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	2	NORMAL	2	1
13	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	DISTOCLUSIÓN	2	DISTOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	MORDIDA CERRADA	4	2
16	FEMENINO	DESVIACION IZQUIERDA	2	NORMAL	.	DISTOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	DISTOCLUSIÓN	3	MORDIDA CON RESALTE	2	5
13	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	1	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
15	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	1	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
14	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
13	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
14	FEMENINO	DESVIACION IZQUIERDA	1	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	DISTOCLUSIÓN	2	MORDIDA CRUZADA	2	2

13	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	3	DISTOCLUSIÓN	2	MORDIDA ABIERTA	-3	1
13	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	BORDE A BORDE	0	1
13	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	2	BORDE A BORDE	0	1
15	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
14	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	2	DISTOCLUSIÓN	3	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	DISTOCLUSIÓN	2	BORDE A BORDE	0	0
14	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	1	BORDE A BORDE	0	1
13	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
15	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
16	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION IZQUIERDA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
16	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA CERRADA	4	2
16	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
17	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	2	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	NORMAL	2	2
15	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	DISTOCLUSIÓN	2	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	3	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA CERRADA	4	2
16	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	1	NORMAL	.	MESIOCLUSIÓN	1	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	BORDE A BORDE	0	0
16	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION IZQUIERDA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
16	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION IZQUIERDA	2	DISTOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	3	MESIOCLUSIÓN	2	BORDE A BORDE	0	0
16	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION	1	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2

				DERECHA												
16	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
16	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	BORDE A BORDE	0	1
16	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	2	DISTOCLUSIÓN	3	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	BORDE A BORDE	0	0
16	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
16	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	2	BORDE A BORDE	0	1
16	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION IZQUIERDA	2	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA CERRADA	4	1
16	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	BORDE A BORDE	0	1
18	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	MESIOCLUSIÓN	2	DISTOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NORMAL	2	2
16	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
16	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	2	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	BORDE A BORDE	0	1
17	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	2	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NORMAL	2	2
17	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	DISTOCLUSIÓN	2	NORMAL	2	1
13	MASCULINO	NORMAL	.	NORMAL	.	DISTOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA CERRADA	4	2
12	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA CERRADA	3	3
12	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	3	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA CERRADA	4	4
12	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NORMAL	2	2
12	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2

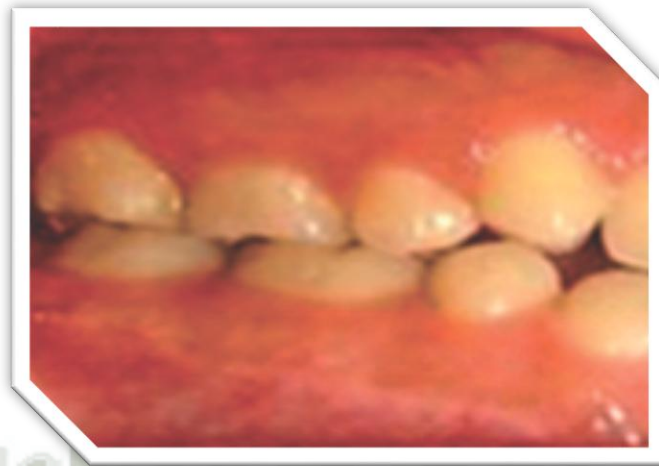
12	FEMENINO	DESVIACION DERECHA	2	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	2	BORDE A BORDE	0	0
12	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	2	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	NORMAL	2	2
15	FEMENINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	3	MESIOCLUSIÓN	3	NORMAL	1	2
15	FEMENINO	DESVIACION IZQUIERDA	3	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	DISTOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	MORDIDA CERRADA	3	3
15	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
15	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION DERECHA	2	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	2	NORMAL	2	1
15	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	2	NORMAL	.	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	BORDE A BORDE	1	0
14	MASCULINO	NORMAL	.	DESVIACION IZQUIERDA	1	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	BORDE A BORDE	0	0
14	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
15	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MORDIDA ABIERTA	-1	-1
15	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	2	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	DISTOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
14	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	1	NORMAL	.	DISTOCLUSIÓN	1	MESIOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	MORDIDA ABIERTA	-2	-2
14	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	MESIOCLUSIÓN	1	DISTOCLUSIÓN	2	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	BORDE A BORDE	0	0
14	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
14	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	1	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
14	FEMENINO	NORMAL	.	NORMAL	.	DISTOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	DISTOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2
15	MASCULINO	DESVIACION DERECHA	1	NORMAL	.	NEUTROCLUSIÓN	.	MESIOCLUSIÓN	2	MESIOCLUSIÓN	1	NEUTROCLUSIÓN	.	NORMAL	2	2

ANEXO N° 06

SECUENCIA FOTOGRÁFICA



LLAVE DE ANGLE DERECHA



LLAVE DE ANGLE IZQUIERDA



LLAVE CANINA



OVERJET Y OVERBITE



LINEA INTERINCISIVA

