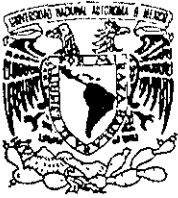


354



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

**FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES CLASE I DE ANGLE
Y SUS MODIFICACIONES POR DEWEY Y ANDERSON
EN NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS EN LA ESCUELA PRIMARIA "GRAL. JUAN N.
ÁLVAREZ"**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANA DENTISTA :

PRESENTA

SCHEZNARDA MONTANÉ NÚÑEZ

DIRECTORA DE TESIS

 MTRA. VIOLETA ZURITA MURILLO

ASESORES

C. D. M. O. HÉCTOR ORTEGA HERRERA

C. D. M. O. MARISELA GARCÍA MARTÍNEZ

México D.F. 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE	PÁG
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
• SISTEMATIZACIÓN DE DEWEY-ANDERSON	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	10
HIPÓTESIS	10
OBJETIVOS	10
SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A ESTUDIO	11
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, DATOS DE LA POBLACIÓN	11
SELECCIÓN DE VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL	12
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	13
MATERIAL Y EQUIPO EMPLEADO	13
PROCEDIMIENTO	14
METODO DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO	15
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	16
MÉTODOS ESTADÍSTICOS	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO 1	31
ANEXO 2	33
AGRADECIMIENTOS	35

RESUMEN

La enfermedad es un desequilibrio en la salud. Los cirujanos dentistas sabemos que las maloclusiones son una enfermedad. Fue en 1962 que la OMS las incluyó en su lista de padecimientos.

El presente trabajo se realizó en niños matriculados en una escuela primaria de la Delegación Magdalena Contreras, donde se buscó identificar a las maloclusiones en la dentición mixta, de acuerdo al criterio de Angle con las modificaciones de Dewey-Anderson.

Son muchos los estudios relativos a la identificación de maloclusión, los primeros están documentados a fines del siglo XIX. Para 1900 Edward H. Angle presenta su clasificación que tiene como base a los primeros molares permanentes.

Durante los últimos ochenta años se ha empleado fundamentalmente la clasificación de Angle para la identificación de las maloclusiones en la dentición permanente.

En 1928 Martin Dewey presenta sus modificaciones a la clase I de Angle nombrándolas tipo uno, dos y tres, de acuerdo a la posición de los dientes anteriores superiores e inferiores, en la dentición mixta.

De 1947 hasta 1960, personajes como Bjök en Suecia, Gardier en la Gran Bretaña, Altemus en Estados Unidos de América, entre otros, usan de manera estricta la clasificación de Angle para la investigación de maloclusiones, sin importar que se trate de pacientes con dentición mixta.

En los años 60 Akerman y Proffit proponen modificaciones al método de Angle, identificando cuatro características fundamentales de la maloclusión, incorporando una valoración del apiñamiento y de la asimetría de los arcos dentales, así como de la protrusión y del apiñamiento de los incisivos.

La modificación de la clase I de Angle iniciada por Dewey, fue concluida por Anderson en 1962, al agregar los tipos cuatro y cinco. Así se tiene la actual modificación de la Clase I de Angle con los tipos 0, 1, 2, 3, 4, 5 de Dewey - Anderson (3, 8, 9, 10) aplicada a la dentición mixta.

Para 1971, las investigaciones sobre las maloclusiones se multiplicaron en distintas partes del mundo, todas empleando el método de Angle.

En 1984 en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología (U.N.A.M.) bajo la dirección del C. D. M. O. Javier Hernández Palma se realizan cinco investigaciones empleando el criterio de Dewey - Anderson, con metodología indefinida. (14, 15, 16, 17, 18)

Estudios documentados realizados en México que emplean la modificación de Dewey - Anderson para dentición mixta, son escasos e imprecisos. Por lo anterior se buscó en la población de la escuela "Gral. Juan N. Álvarez" la frecuencia de la clase I de Angle con la modificación de Dewey - Anderson.

En la escuela primaria se seleccionó una población de 150 niños, de nueve a doce años, considerando ambos sexos. Se buscaron niños sin tratamiento ortodóntico, que presentaran los cuatro primeros molares permanentes en oclusión, y que estuvieran en Clase I de Angle; además podían presentar pérdidas prematuras de los primeros molares primarios.

Los resultados del estudio fueron: el tipo 1 de maloclusión fue más frecuente en ambos sexos, los niños presentaron un 23.3% y las niñas un 22.5%, representando el 45.8% de la población total.

El tipo 0 correspondió al 11.66%; el tipo 2 el 23.33%, el tipo 3 el 8.33%, el tipo 4 el 0.83% y el tipo 5 fue del 10%.

INTRODUCCIÓN

El binomio salud-enfermedad es un proceso dinámico e interactivo, que de acuerdo al tipo y grado de participación de diferentes factores, genera como resultado que el sujeto manifieste cierta susceptibilidad o vulnerabilidad a experimentar el establecimiento y desarrollo de una enfermedad. (13) Todo es consignado en la teoría unicausal de la enfermedad a partir de los estudios de Virchow, Pasteur y Koch.(30)

A fines del siglo XIX, comienzan las primeras investigaciones documentadas sobre maloclusiones por parte de los doctores Otoffy y Talbot, para medir la prevalencia de las mismas, definiéndolas en términos muy sencillos como son oclusión regular e irregular. (23)

En 1962 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó a las maloclusiones dentro de las anomalías dentofaciales mutilantes, que son definidas como aquellos padecimientos que producen alteraciones estéticas, impiden la función y requieren tratamiento en el caso de que sean un obstáculo para el confort físico y emocional del individuo (22)

En la misma línea, Salzman en 1968, define la maloclusión mutilante como aquella que afecta de forma adversa a la estética o la función tanto masticatoria como fonatoria. (22)

El año 1900, fue elegido como el nacimiento de la especialidad más antigua de la Odontología, ya que se fundó la escuela de Ortodoncia de Edward Angle, en Saint Louis Missouri. (12) Angle realizó una clasificación de las maloclusiones donde el primer molar superior es la clave de la oclusión. Describe la relación anteroposterior de las arcadas dentarias superior e inferior teniendo como base al maxilar. (1)

Este estudio fue objeto de varias observaciones por parte de distintos comités En 1912 la Sociedad Británica de Ortodoncia sugirió que el sistema de Angle no incluía información de planos transversales y verticales

Posteriormente Martín Dewey, colaborador de Angle, en 1928, propone subdivisiones de la Clase I nombrándolas tipo uno, dos y tres, de acuerdo a la posición dental en la porción anterior de los arcos superior e inferior (9)

La clasificación de Angle se ha considerado, en los últimos ochenta años, como una guía mundial. Existen varios estudios que indican la prevalencia de las maloclusiones relacionadas con grupos étnicos, sexo y países, empezando con Bjök, que en 1947 lleva a cabo un estudio aplicado a una población mixta sueca de 322 niños, encontrando 26.4 % de oclusión normal, 51.8% Clase I, el 19 % Clase II y 28 % Clase III. (6)

Así entre 1950 y 1960, se realizaron varios estudios, como el de Gardier en la Gran Bretaña en una población mixta de mil niños, encontrando que las clases de maloclusión de Angle eran. Clase I 62.2 %, Clase II 7.8%, Clase III 4.2 % (11)

Altman 1959 en Estados Unidos de Norteamérica, en una muestra de 3289 niños afroamericanos, reporta los siguientes resultados: 16.3% oclusión normal, 66.4 % de Clase I, 12 % de Clase II, 4.9 % de Clase III. (4)

En la década del 60 Akerman y Proffit consideraron, describieron y formalizaron sistemáticamente una serie de adiciones a la clasificación de Angle. Estas son:

- 1 Valoración del apiñamiento y la asimetría de los arcos dentales, así como de la protrusión de los incisivos
- 2 Una relación existente entre la protrusión y el apiñamiento
- 3 Inclusión de los planos transversal y vertical.
- 4 Incorporación sobre las proporciones maxilares en la descripción de las relaciones en cada uno de los planos del espacio (1)

La modificación iniciada por Dewey en la Clase I de Angle fue concluida por Anderson en 1962, agregando los tipos cuatro y cinco. Así se tiene la actual modificación en la Clase I de Angle con los tipos 0, 1, 2, 3, 4, 5 de Dewey - Anderson. (3,8,9,10)

Las investigaciones usando la clasificación de Angle han continuado. Así tenemos a Barry F. Wood que en 1971 investiga las maloclusiones en una población esquimal (32).

Isiekwe Mickey estudia 670 niños negros en Lagos de Nigeria en 1983 (19). Alberto Martínez Sicilia hace un reporte de maloclusiones en niños de Oviedo, España (22) En Caracas, Venezuela, Luz D´ Esciban de Saturno, en 1983, trabaja sobre una muestra de 330 niños (7) Jaime Otero en 1986, hizo un estudio en 896 niños mestizos peruanos obteniendo un bajo porcentaje de maloclusiones (24). Ojeda León y Ángeles de la Teja realizaron un estudio en 306 niños mexicanos reportando un alto índice de mordida cruzada anterior (25).

Estos estudios se refieren exclusivamente a la clasificación de Angle. En 1984 se realizó una serie de investigaciones en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología (U.N.A.M.) bajo la dirección de Javier Hernández Palma, quien reporta la frecuencia en cada uno de los tipos de Dewey – Anderson Sin embargo, la metodología empleada es imprecisa. (14,15,16,17,18)

MALOCCLUSIONES :

Las maloclusiones dentales abarcan cualquier desviación del concepto ideal estético, funcional y de relación que deben guardar los dientes respecto al soporte óseo, provocando alteraciones en la dentición al igual que en las estructuras óseas. Se utilizan como sinónimos los términos "desarmonía" y "malposición" (31)

Edward Angle dividió las maloclusiones en tres grupos, de los cuales uno era esencialmente normal y ocurría más frecuentemente que las demás y estaba presente en personas de rasgos relativamente rectos; esta maloclusión la denominó Clase I. Las llamó maloclusiones, con un concepto primeramente dentario, la intercuspidad de los primeros molares permanentes, a los que estimaba con una posición fija, inalterable y consideraba a la mandíbula como fuente de error cuando existía una oclusión que no fuera de Clase I .(2,12)

CLASE I: A medida que el maxilar inferior cierra en armonía y cómodamente hacia su relación con el maxilar superior, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior entra en relación con el surco vestibular del primer molar permanente inferior. (12)

Algunos pacientes con Clase I, pueden ser tratados sin remitir al paciente al ortodoncista. Todas las maloclusiones de segunda y tercera clase deberán enviarse al especialista (5,10,27,31)

Aun cuando muchos fueron los intentos para aclarar y modificar la Clasificación de las Maloclusiones de Edward Angle, ésta ha prevalecido, por más de ochenta años, utilizándose por los odontólogos de todo el mundo. (12)

En el método de Angle, se subdividen las maloclusiones mayores de Clase II y III, en subgrupos reconocibles (2)

El sistema de Dewey-Anderson, consiste en dividir las maloclusiones de Angle Clase I en cinco tipos diferentes. El uso de este sistema permite la aplicación de métodos más simples para reconocer y describir las maloclusiones precoces dentro de la gama de Clase I, las cuales son causadas la mayoría de las veces por displasias dentales y con menor frecuencia por displasias esqueléticas u óseas. (3,5, 8,10,27)

Este sistema también ayuda a realizar un acertado diagnóstico durante la etapa de dentición mixta del niño. En el concepto de Angle por el contrario, los primeros molares permanentes deben estar ubicados en oclusión para poder efectuar diagnósticos significativos (2,10,27)

En el Sistema de Dewey-Anderson la relación de los caninos temporales es tan importante para el diagnóstico como los molares temporales (y más tarde los molares de los seis años). En muchos casos la posición de los caninos, tanto temporales como permanentes, sirve para "probar" que las posiciones de los molares están diagnosticándose correctamente y no están disimuladas por una desviación hacia mesial o una relación de mordida cruzada.(3,8,9,10) El sistema de Dewey-Anderson describe las diferencias precisas entre los tipos 0, 1, 2, 3, 4, 5 dentro de la gama de Clase I, y éstas pueden presentarse en grupo o aisladas.

SISTEMATIZACIÓN DEWEY – ANDERSON

CLASE I TIPO 0 Interdigitación armoniosa, relación Clase I en molares y caninos. Líneas medias dentarias superior e inferior coinciden entre sí al igual que con la línea facial media. Cero discrepancia oclusal. (3, 9, 10, 31)



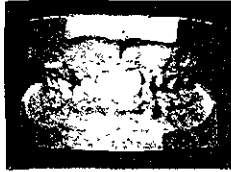
CLASE I TIPO 1 Incisivos inferiores apiñados, incisivos superiores espaciados normalmente. (3, 9, 10, 31)



CLASE I TIPO 2 Incisivos superiores protruidos y espaciados, dando como resultado una mordida abierta anterior, caninos primarios en oclusión observable en la dentición mixta con un arco inferior bien formado. (3, 9, 10, 31)



CLASE I TIPO 3 Mordida cruzada anterior que involucra de uno a cuatro incisivos permanentes superiores.(3, 9, 10, 31)



CLASE I TIPO 4 Mordida cruzada posterior limitada a un diente primario o primer molar permanente.

Mordida cruzada posterior que involucra dos o más dientes, visualizada unilateral al estar en oclusión.

Mordida cruzada posterior, visualizada como bilateral cuando los dientes están en oclusión.(3, 9, 10, 31)



CLASE I TIPO 5 Pérdida del espacio posterior de 2 a 3mm en un cuadrante debido a la mesialización de uno o más molares permanentes, por la pérdida prematura del primer molar inferior primario, del segundo, o de ambos. Puede ser unilateral o bilateral (3, 9, 10, 31).



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios documentados realizados en México que aplican esta modificación para la clasificación de maloclusiones en niños mexicanos durante la dentición mixta, son escasos e imprecisos. Por lo anterior necesitamos saber ¿Cuál es el tipo más frecuente de la clase I de Angle con la modificación de Dewey-Anderson ?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En México a la fecha son escasos los reportes de la prevalencia de maloclusiones aplicando la modificación de Dewey-Anderson en Clase I de Angle, realizados en niños de nueve a doce años. Por lo tanto, es importante efectuar más estudios epidemiológicos que apunten resultados en relación a este problema.

HIPÓTESIS

Las subdivisiones de Dewey-Anderson a la maloclusión Clase I de Angle son identificables en niños de nueve a doce años en la escuela "Gral Juan N. Álvarez"

NULA.-Las subdivisiones de Dewey-Anderson a la maloclusión Clase I de Angle no son identificables en niños de nueve a doce años en la escuela "Gral Juan N. Álvarez".

OBJETIVOS

GENERAL- Identificar las subdivisiones de Dewey-Anderson dentro de la clase I de Angle en los niños de la escuela "Gral. Juan N. Álvarez".

ESPECÍFICO - Determinar la frecuencia de cada tipo de Dewey-Anderson para la clase I por edad y sexo en escolares de nueve a doce años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios documentados realizados en México que aplican esta modificación para la clasificación de maloclusiones en niños mexicanos durante la dentición mixta, son escasos e imprecisos. Por lo anterior necesitamos saber ¿Cuál es el tipo más frecuente de la clase I de Angle con la modificación de Dewey-Anderson ?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En México a la fecha son escasos los reportes de la prevalencia de maloclusiones aplicando la modificación de Dewey-Anderson en Clase I de Angle, realizados en niños de nueve a doce años. Por lo tanto, es importante efectuar más estudios epidemiológicos que apunten resultados en relación a este problema.

HIPÓTESIS

Las subdivisiones de Dewey-Anderson a la maloclusión Clase I de Angle son identificables en niños de nueve a doce años en la escuela "Gral. Juan N. Álvarez".

NULA.-Las subdivisiones de Dewey-Anderson a la maloclusión Clase I de Angle no son identificables en niños de nueve a doce años en la escuela "Gral. Juan N. Álvarez"

OBJETIVOS

GENERAL- Identificar las subdivisiones de Dewey-Anderson dentro de la clase I de Angle en los niños de la escuela "Gral. Juan N. Álvarez".

ESPECÍFICO.- Determinar la frecuencia de cada tipo de Dewey-Anderson para la clase I por edad y sexo en escolares de nueve a doce años

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios documentados realizados en México que aplican esta modificación para la clasificación de maloclusiones en niños mexicanos durante la dentición mixta, son escasos e imprecisos. Por lo anterior necesitamos saber ¿Cuál es el tipo más frecuente de la clase I de Angle con la modificación de Dewey-Anderson ?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En México a la fecha son escasos los reportes de la prevalencia de maloclusiones aplicando la modificación de Dewey-Anderson en Clase I de Angle, realizados en niños de nueve a doce años. Por lo tanto, es importante efectuar más estudios epidemiológicos que apunten resultados en relación a este problema.

HIPÓTESIS

Las subdivisiones de Dewey-Anderson a la maloclusión Clase I de Angle son identificables en niños de nueve a doce años en la escuela "Gral Juan N. Álvarez".

NULA.-Las subdivisiones de Dewey-Anderson a la maloclusión Clase I de Angle no son identificables en niños de nueve a doce años en la escuela "Gral. Juan N. Álvarez".

OBJETIVOS

GENERAL- Identificar las subdivisiones de Dewey-Anderson dentro de la clase I de Angle en los niños de la escuela "Gral. Juan N Álvarez".

ESPECÍFICO.- Determinar la frecuencia de cada tipo de Dewey-Anderson para la clase I por edad y sexo en escolares de nueve a doce años

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios documentados realizados en México que aplican esta modificación para la clasificación de maloclusiones en niños mexicanos durante la dentición mixta, son escasos e imprecisos. Por lo anterior necesitamos saber ¿Cuál es el tipo más frecuente de la clase I de Angle con la modificación de Dewey-Anderson ?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En México a la fecha son escasos los reportes de la prevalencia de maloclusiones aplicando la modificación de Dewey-Anderson en Clase I de Angle, realizados en niños de nueve a doce años. Por lo tanto, es importante efectuar más estudios epidemiológicos que apunten resultados en relación a este problema.

HIPÓTESIS

Las subdivisiones de Dewey-Anderson a la maloclusión Clase I de Angle son identificables en niños de nueve a doce años en la escuela "Gral. Juan N. Álvarez".

NULA.-Las subdivisiones de Dewey-Anderson a la maloclusión Clase I de Angle no son identificables en niños de nueve a doce años en la escuela "Gral. Juan N. Álvarez".

OBJETIVOS

GENERAL- Identificar las subdivisiones de Dewey-Anderson dentro de la clase I de Angle en los niños de la escuela "Gral. Juan N. Álvarez".

ESPECÍFICO.- Determinar la frecuencia de cada tipo de Dewey-Anderson para la clase I por edad y sexo en escolares de nueve a doce años.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal.

SELECCIÓN DE SUJETOS A ESTUDIO

Se tomó una muestra del universo de 150 niños matriculados en la escuela "Gral. Juan N. Álvarez", en 4°, 5° y 6° grados.

El criterio de selección de las unidades de observación fue por asignación.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, DATOS DE LA POBLACIÓN

La muestra fue de tipo no probabilística, de 120 individuos.

La población de estudio son las unidades de observación inscritos en la matrícula de la escuela primaria oficial "Gral. Juan N. Álvarez", ubicada en la delegación Magdalena Contreras. Alumnos de ambos sexos, con edades entre nueve y doce años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños de nueve a doce años.
- Niños que presenten los cuatro primeros molares permanentes en oclusión
- Niños que presentan Clase I molar de Angle.
- Niños con pérdidas prematuras de los molares primarios.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños fuera del rango de edad
- Niños que no presenten primeros molares permanentes
- Niños que presenten maloclusiones Clase II y III
- Niños que presenten o hayan presentado tratamiento ortodóntico.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal.

SELECCIÓN DE SUJETOS A ESTUDIO

Se tomó una muestra del universo de 150 niños matriculados en la escuela "Gral. Juan N. Álvarez", en 4°, 5° y 6° grados

El criterio de selección de las unidades de observación fue por asignación.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, DATOS DE LA POBLACIÓN

La muestra fue de tipo no probabilística, de 120 individuos.

La población de estudio son las unidades de observación inscritos en la matrícula de la escuela primaria oficial "Gral. Juan N. Álvarez", ubicada en la delegación Magdalena Contreras. Alumnos de ambos sexos, con edades entre nueve y doce años

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Niños de nueve a doce años.
- Niños que presenten los cuatro primeros molares permanentes en oclusión.
- Niños que presenten Clase I molar de Angle.
- Niños con pérdidas prematuras de los molares primarios.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños fuera del rango de edad.
- Niños que no presenten primeros molares permanentes.
- Niños que presenten maloclusiones Clase II y III.
- Niños que presenten o hayan presentado tratamiento ortodóntico.

- Niños bajo tratamiento médico con sustancias que interfieran con la erupción dental.
- Niños que presenten alguna enfermedad congénita

SELECCIÓN DE VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL

Sexo – Femenino y Masculino.

Edad – Edad registrada en años, a partir de los nueve años, por ser la edad en la que se encuentran presentes en boca todos los dientes que se requieren para la identificación de la modificación de Dewey-Anderson.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Pérdida de Espacio. La pérdida de espacio es resultado de la pérdida del primero o el segundo molar primarios o de ambos, dando lugar a una mesialización del primer molar permanente

Espaciamiento. Falta de contacto de las caras interproximales a partir de 0.5 mm entre un diente y otro.

Mordida cruzada anterior. Contacto de la cara vestibular de uno o mas dientes superiores con la cara lingual de un diente inferior.

Mordida abierta. Falta de contacto de la cara lingual de los dientes anteriores superiores, con la cara vestibular de los dientes inferiores en sentido vertical

Mordida cruzada posterior. La cúspide bucal superior está sobre el vértice o la vertiente lingual de la cúspide bucal inferior, de uno o más molares presentes

Apiñamiento. Todo diente fuera del arco dentario rompiendo con la armonía del mismo, mayor a 0.5mm.

- Niños bajo tratamiento médico con sustancias que interfieran con la erupción dental.
- Niños que presenten alguna enfermedad congénita

SELECCIÓN DE VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL

Sexo – Femenino y Masculino

Edad – Edad registrada en años, a partir de los nueve años, por ser la edad en la que se encuentran presentes en boca todos los dientes que se requieren para la identificación de la modificación de Dewey-Anderson.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Pérdida de Espacio. La pérdida de espacio es resultado de la pérdida del primero o el segundo molar primarios o de ambos, dando lugar a una mesialización del primer molar permanente .

Espaciamiento. Falta de contacto de las caras interproximales a partir de 0.5 mm entre un diente y otro.

Mordida cruzada anterior Contacto de la cara vestibular de uno o mas dientes superiores con la cara lingual de un diente inferior

Mordida abierta. Falta de contacto de la cara lingual de los dientes anteriores superiores, con la cara vestibular de los dientes inferiores en sentido vertical.

Mordida cruzada posterior. La cúspide bucal superior está sobre el vértice o la vertiente lingual de la cúspide bucal inferior, de uno o más molares presentes.

Apiñamiento. Todo diente fuera del arco dentario rompiendo con la armonía del mismo, mayor a 0,5mm

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados en una ficha de registro, la cual contiene datos generales de cada niño, nombre, edad, sexo, grado, domicilio y teléfono.

Se anexó una tabla donde se registraron los tipos de Dewey-Anderson aplicando la escala de medición representada por un "palomeado" y los dientes involucrados dentro de cada tipo.

De igual manera en el odontograma, se marcaron los dientes presentes para identificar las variantes en cada tipo de Dewey-Anderson.(anexo 1)

MATERIAL Y EQUIPO EMPLEADO

RECURSOS HUMANOS

C D.M.O: VIOLETA ZURITA MURILLO

- Pasante de Odontología: MONTANÉ NÚÑEZ SCHEZNARDA

EQUIPO

- Unidad Dental.
- Lámpara de luz fría.

RECURSOS MATERIALES

- Espejos dentales del número tres y cuatro planos sin aumento
- Guantes.
- Cubre bocas.
- Abate lenguas.
- 150 Fichas de registro de datos.
- Papelería, lápices, hojas de cálculo

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados en una ficha de registro, la cual contiene: datos generales de cada niño, nombre, edad, sexo, grado, domicilio y teléfono

Se anexó una tabla donde se registraron los tipos de Dewey-Anderson aplicando la escala de medición representada por un "palomeado" y los dientes involucrados dentro de cada tipo.

De igual manera en el odontograma, se marcaron los dientes presentes para identificar las variantes en cada tipo de Dewey-Anderson.(anexo 1)

MATERIAL Y EQUIPO EMPLEADO

RECURSOS HUMANOS

C.D.M.O: VIOLETA ZURITA MURILLO

- Pasante de Odontología. MONTANÉ NÚÑEZ SCHEZNARDA

EQUIPO

- Unidad Dental
- Lámpara de luz fría

RECURSOS MATERIALES

- Espejos dentales del número tres y cuatro planos sin aumento.
- Guantes.
- Cubre bocas
- Abate lenguas.
- 150 Fichas de registro de datos
- Papelería, lápices, hojas de cálculo.

PROCEDIMIENTO

Se seleccionó alumnos de ambos sexos de nueve a doce años de edad e inscritos en la escuela primaria "Gral. Juan N. Álvarez" en los grados cuarto, quinto y sexto. Se extendió una solicitud de autorización a los padres o tutores de cada alumno incluido en el estudio. (anexo #2)

Los exámenes dentales se llevaron a cabo por un C. D. M. O y un pasante de Odontología previamente calibrados, quienes utilizaron una unidad dental equipada con luz fría, espejos dentales de los números 3 y 4 sin aumento, guantes, abate lenguas y cubre bocas. Las anotaciones se hicieron en la ficha de registro de datos (anexo # 1). Se le pidió previamente al profesor encargado del grupo la lista. Cada alumno se revisó por orden de lista.

El niño se sentó en el sillón dental con la posición del respaldo a 90° con relación al piso, se le pidió que hiciera 10 movimientos de apertura y cierre para lograr un relajamiento de la musculatura y obtener una relación céntrica a base de fatiga muscular. El observador se colocó en una posición de las nueve horas según la técnica de Cuatro Manos, el auxiliar en la posición de las tres, anotando las observaciones en la ficha de registro.

A cada niño se le practicó un examen clínico directo, se determinó y clasificó el tipo de oclusión presente

Posteriormente con la obtención de la relación céntrica adecuada, se mantuvieron en oclusión ambas arcadas, se revisó la oclusión de los primeros molares permanentes identificando la Clase I de Angle (2)

Los sujetos que presentaron dicha clase, quedaron dentro de la muestra de investigación.

Al identificar la Clase I en los primeros molares permanentes se procedió a emplear la modificación de Dewey- Anderson, revisando los cuatro cuadrantes. En cada tipo a identificar se observó la relación de sus dientes anteriores superiores e inferiores manteniéndolos en una oclusión céntrica. Se observó si estos dientes estaban bien

alineados en el maxilar y si los dientes inferiores presentaban apiñamiento; a esto se le clasificó como Clase I tipo 1

Para los demás tipos que pudieran presentar alguna discrepancia para clasificar como los tipos 3 y 4, se empleó el cierre oclusal para diferenciar entre una clase III y el tipo 3, ya que generalmente se muestra una interrupción en la continuidad del arco de recorrido al cierre, la mandíbula tiende hacer un movimiento hacia delante para lograr que los molares entren en oclusión, esto determina el tipo 3. La Clase III muestra un cierre ininterrumpido desde la posición de apertura máxima hasta el cierre oclusal

En el tipo 4 se observó al niño de frente al cerrar, para ver si presentaba una desviación mandibular antes de llegar al cierre total. En el caso que se presentara la desviación de la mandíbula sería hacia el lado de la mordida cruzada, para acomodar la interferencia cuspídea, en los últimos 2 o 3 mm de cierre. Si la desviación no se presentaba durante el cierre, entonces la mordida cruzada se registraba como de origen genético.

En la ficha de registro se anotaron los datos generales, se llenó el odontograma indicando la presencia de dientes temporales y permanentes; en la tabla se registró el tipo de maloclusión, incluyendo los dientes involucrados. La exploración fue de vista clínica.

MÉTODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

La información se obtuvo de las fichas de registro individual, posteriormente se vació la misma en una matriz de datos, de aquí se pasó a una base de datos para la realización de comparaciones porcentuales. El formato se ordenó con base en las variables, sexo, edad y tipos de maloclusión

Para una mejor representación se graficaron los porcentajes totales, relacionando edad, sexo y tipos de maloclusión

Las medidas de tendencia central que se identificaron en los resultados generales, de los tipos de Dewey - Anderson más frecuentes fueron la mediana y la media con base en la posición intermedia de la distribución de datos y el promedio aritmético de una distribución.

El procesamiento se realizó en el programa Office 95, y el método de registro en el lenguaje Excell.

alineados en el maxilar y si los dientes inferiores presentaban apiñamiento; a ésto se le clasificó como Clase I tipo 1.

Para los demás tipos que pudieran presentar alguna discrepancia para clasificar como los tipos 3 y 4, se empleó el cierre oclusal para diferenciar entre una clase III y el tipo 3, ya que generalmente se muestra una interrupción en la continuidad del arco de recorrido al cierre, la mandíbula tiende hacer un movimiento hacia delante para lograr que los molares entren en oclusión, esto determina el tipo 3. La Clase III muestra un cierre ininterrumpido desde la posición de apertura máxima hasta el cierre oclusal.

En el tipo 4 se observó al niño de frente al cerrar, para ver si presentaba una desviación mandibular antes de llegar al cierre total. En el caso que se presentara la desviación de la mandíbula sería hacia el lado de la mordida cruzada, para acomodar la interferencia cuspídea, en los últimos 2 o 3 mm de cierre. Si la desviación no se presentaba durante el cierre, entonces la mordida cruzada se registraba como de origen genético.

En la ficha de registro se anotaron los datos generales, se llenó el odontograma indicando la presencia de dientes temporales y permanentes; en la tabla se registró el tipo de maloclusión, incluyendo los dientes involucrados. La exploración fue de vista clínica.

MÉTODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

La información se obtuvo de las fichas de registro individual, posteriormente se vació la misma en una matriz de datos, de aquí se pasó a una base de datos para la realización de comparaciones porcentuales. El formato se ordenó con base en las variables, sexo, edad y tipos de maloclusión

Para una mejor representación se graficaron los porcentajes totales, relacionando edad, sexo y tipos de maloclusión.

Las medidas de tendencia central que se identificaron en los resultados generales, de los tipos de Dewey - Anderson mas frecuentes fueron la mediana y la media con base en la posición intermedia de la distribución de datos y el promedio aritmético de una distribución

El procesamiento se realizó en el programa Office 95, y el método de registro en el lenguaje Excell

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

- Colocación de las frecuencias en una matriz de datos.
- Obtención de base de datos.
- Obtención de los porcentajes correspondientes.
- Obtención de medidas de tendencia central.
- Interpretación y representación de los resultados por medio de gráficos hechos en el lenguaje Excell.

MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Medidas de Tendencia Central: Mediana y Media.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

- Colocación de las frecuencias en una matriz de datos
- Obtención de base de datos.
- Obtención de los porcentajes correspondientes.
- Obtención de medidas de tendencia central.
- Interpretación y representación de los resultados por medio de gráficos hechos en el lenguaje Excell.

MÉTODOS ESTADÍSTICOS

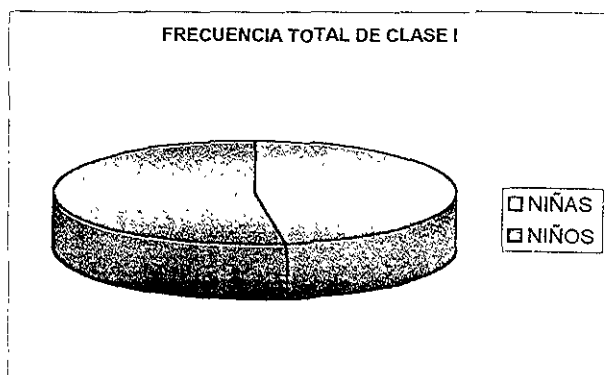
Medidas de Tendencia Central: Mediana y Media.

RESULTADOS

Del universo de 150 niños, se seleccionaron 120 conforme a los criterios de inclusión, mismos que constituyen el 100 % de la población total clase I de Angle

Una vez terminada la revisión, se procesaron los datos, obteniéndose los siguientes resultados de la prevalencia de clase I en el universo estudiado por sexo y edad

En la gráfica 1 se representa la muestra de 120 alumnos revisados, encontrando que el 52.5 % correspondió a niños, mientras que el 47.5% correspondió a niñas.



Gráfica 1

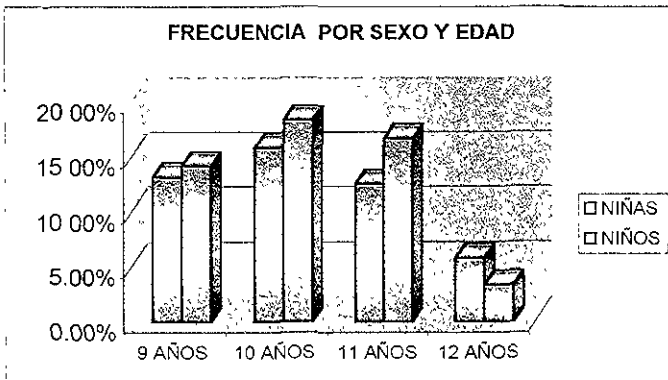
Total de alumnos 120

Total de Niños 63 = 52.5%

Total de Niñas 57 = 47.5%

En la gráfica 2 se representan los porcentajes que relacionan la edad y el sexo. Se encontró que en la edad de nueve años el 13.13% correspondió a las niñas y el 14.16% a niños, para la edad de 10 años el 15.83% representa a las niñas y el 18.33% a los niños, a los 11 años de edad se observó que un 12.50% eran niñas y un 16.66% eran niños. En los 12 años las niñas presentaron el 5.80% y los niños el 3.33%.

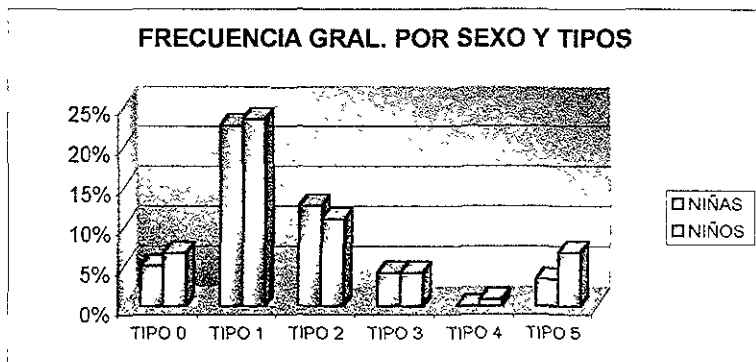
Gráfica 2



EDADES	NINAS	NIÑOS	TOTAL
9 AÑOS	13.13%	14.16%	
10 AÑOS	15.83%	18.33%	
11 AÑOS	12.50%	16.66%	
12 AÑOS	5.80%	3.33%	
	47.26%	52.48%	100%

En la gráfica 3 se muestra la relación de sexo y frecuencia de cada tipo de Dewey-Anderson para Clase I. El tipo 0 presentó un 6.60% en sexo masculino, el 5 % en sexo femenino. El tipo 1 un 23.30% contra un 22.50% en el sexo femenino. El tipo 2 es del 10.82% para el masculino en comparación con el 12.49% del femenino; el tipo 3 tiene un 4.16% en ambos sexos. El tipo 4 tuvo en niños 0.83% con un 0% en el sexo femenino y el tipo 5 presentó el 7% contra un 3.35% del sexo femenino.

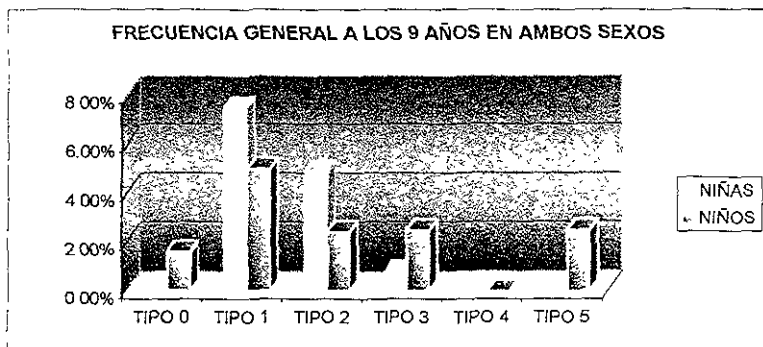
Gráfica 3



CLASE I	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
TIPO 0	5%	6.60%	
TIPO 1	22.50%	23.30%	
TIPO 2	12.49%	10.82%	
TIPO 3	4.16%	4.16%	
TIPO 4	0%	0.83%	
TIPO 5	3.35%	7%	
	48%	52.37%	100%

En la gráfica 4 se muestran los datos referentes a la relación por sexo y tipo de Dewey-Anderson a la edad de nueve años. El tipo 1 presentó una frecuencia en las niñas del 7.50% y en los niños de 5%. El tipo 0 en niñas es de 0% y en niños de 1.60%. El tipo 2 muestra un porcentaje del 4.90% en niñas y en niños del 2.43%. El tipo 3 se presenta con un porcentaje bajo del 0.8% para niñas y en niños fue del 2.5%. El tipo 4 no se presentó. El tipo 5, en las niñas no presentó porcentaje y los varones tuvieron el 2.50%.

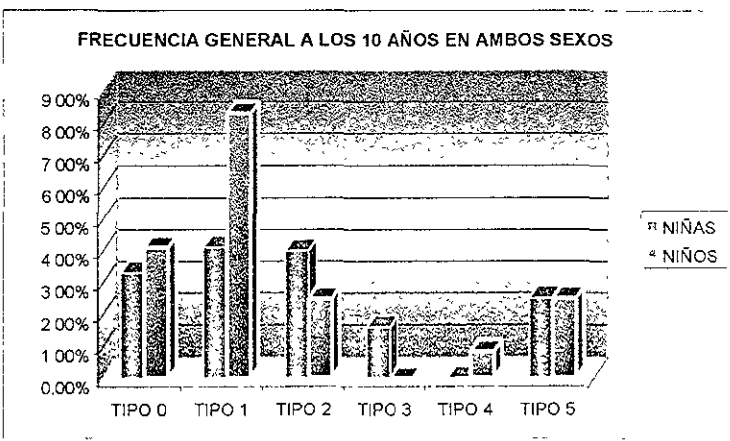
Gráfica 4



CLASE I	NIÑAS	NINOS
TIPO 0	0.00%	1.60%
TIPO 1	7.50%	5%
TIPO 2	4.90%	2.43%
TIPO 3	0.80%	2.50%
TIPO 4	0%	0%
TIPO 5	0%	2.50%

En la gráfica 5 la frecuencia es mayor en el tipo 1, los niños presentaron el 8.3% y las niñas el 4.1%. Para el tipo 2 observamos que el sexo femenino tiene el 4.0%, y en el sexo masculino la frecuencia es del 2.49%. El tipo 3 fue más predominante en el sexo femenino con el 1.60%; en niños no presentó porcentaje. El tipo 4 fue del 0% en niñas y de 0.83% en niños. El tipo 5 tuvo los mismos porcentajes en ambos sexos del 2.50%. En el tipo 0 los niños presentan un 4.1% y las niñas un 3.3%.

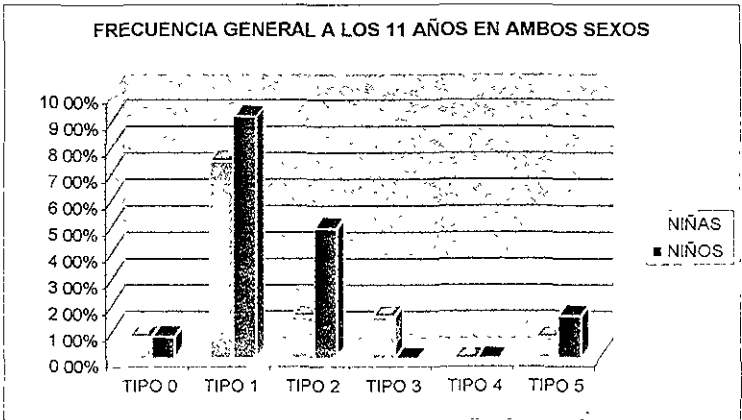
Gráfica 5



CLASE 1	NIÑAS	NIÑOS
TIPO 0	3.30%	4.10%
TIPO 1	4.10%	8.30%
TIPO 2	4%	2.49%
TIPO 3	1.60%	0%
TIPO 4	0.00%	0.83%
TIPO 5	2.50%	2.50%

En la gráfica 6, el tipo 0 en ambos sexos se presentó a una frecuencia de 0.83%. En el tipo 1 en niños, la frecuencia es de 9.16% y en niñas de 7.50%. El tipo 2 para los niñas tiene una frecuencia de 1.6% y para las niños es de 4.93%. El tipo 3 de D-A es de 1.6% para niñas y de 0% para los niños. El tipo 4 no presentó porcentaje para ambos sexos. En el tipo 5 se encontró el 1.60% de frecuencia para niños y en las niñas se presenta sólo un caso que representa el 0.80%.

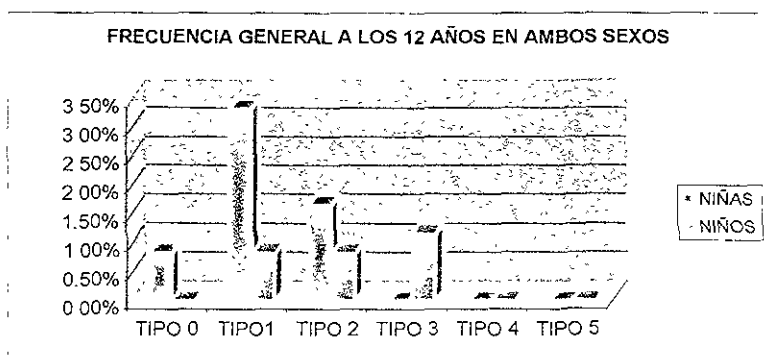
Gráfica 6



CLASE I	NIÑAS	NIÑOS
TIPO 0	0.83%	0.83%
TIPO 1	7.50%	9.16%
TIPO 2	1.60%	4.93%
TIPO 3	1.60%	0%
TIPO 4	0%	0%
TIPO 5	0.80%	1.60%

En la gráfica 7 que representa a la población de doce años, el tipo 0 es de 0.83% para niñas y de 0% para niños. El tipo 1 tiene un 3.33% en niñas y el 0.83% en niños. El tipo 2 tiene un 1.66% para niñas y un 0.83% para niños. El tipo 3 no presentó porcentaje femenino y en los niños solo un 1.16%. El tipo 4 y el 5 no presentaron frecuencia en ambos sexos.

Gráfica 7



CLASE I	NIÑAS	NIÑOS
TIPO 0	0.83%	0%
TIPO 1	3.33%	0.83%
TIPO 2	1.66%	0.83%
TIPO 3	0%	1.16%
TIPO 4	0%	0%
TIPO 5	0%	0%

Se identificaron medidas de tendencia central. El tipo 1 es el más predominante. Las medidas identificadas fueron media y mediana. La media en las frecuencias del tipo 1 en el sexo femenino tuvo el promedio aritmético del 14%. La mediana tuvo el mismo valor numérico que la media. La media en el sexo masculino fue del 14.5%, la mediana corresponde al mismo valor.

DISCUSIÓN

En nuestro país, el presente trabajo sólo tiene como referente el trabajo del C.D.M O Javier Hernández Palma y col. (1984)

El tamaño de la muestra del presente trabajo aún cuando es menor al mencionado trabajo, es más significativo, por haberse encaminado a un solo objetivo que fue la identificación de los tipos de Dewey-Anderson (D-A) para la Clase I de Angle

En cuanto a la determinación de frecuencia de cada tipo de maloclusión, se contabilizan porcentajes diferentes entre cada uno de los tipos de D-A.

En esta muestra el tipo 1, para todas las edades presenta el más alto porcentaje de ambos sexos. En el sexo femenino a los 9 años predominó con el 7.5% con respecto al sexo masculino que se encontró el 5%, siendo la diferencia del 2.5% entre ellos.

Cabe señalar que en la investigación de Hernández Palma los porcentajes para 8 años tienen una mínima diferencia con los de nueve años, y sin diferencia entre niñas y niños.

Para la edad de 10 años predomina el tipo 1 en niños, lo mismo en el estudio de 1984.

A los 11 años el tipo 1 de D-A es significativo en ambos sexos en comparación a los demás tipos.

A la edad de los 12 años llama la atención que el tipo 1 disminuye en ambos sexos aunque en las niñas se mantiene una prevalencia mayor.

En cuanto al tipo 0, se mantuvo fluctuante su porcentaje en ambos sexos, siendo de 0% a los nueve años en las niñas y a los doce años en los niños.

El tipo 2 es 50% menor en frecuencia que el tipo 1, alcanzando sólo el 23.33% para ambos sexos, constante en todas las edades.

El tipo 3 se mantuvo constante en el sexo femenino en todas las edades, pero en el sexo masculino presentó un 0% a los 10 y 11 años. En los doce años el porcentaje fue del 1.6%.

El tipo 4 no tuvo frecuencia significativa en el estudio fue de 0.83% que representa a un sólo individuo del sexo masculino de diez años.

El tipo 5 se presentó en un 10%, siendo más elevado en los niños que en las niñas, observando mayor presencia de caries interdental y pérdida prematura de órganos dentarios.

CONCLUSIONES

En la investigación se acepta la hipótesis y se alcanzó el objetivo general, pudiendo afirmar que la clasificación propuesta por Dewey-Anderson sí se identificó en la población de la escuela en niños de nueve a doce años.

El tipo 1 de D-A es el mas frecuente, le sigue en orden el tipo 2, el tipo 0, el tipo 5, el tipo 3 y por último el tipo 4.

El tipo 5 en este estudio siempre se relacionó con lesiones cariosas y extracciones prematuras. Esto invita a cirujanos dentistas y odontopediatras a realizar programas de salud con gran énfasis en la prevención de lesiones cariosas. Y orientar a los pacientes a fin de evitar malos hábitos de higiene y concientizar a los padres de familia para lograr educación dental responsable, evitándole al niño tratamientos ortodónticos drásticos, al mismo tiempo el profesional dirigirá sus tratamientos en base a diagnósticos fidedignos, al darle la importancia que merece la dentición mixta.

Es responsabilidad del odontólogo estar capacitado para identificar los patrones de desarrollo normal de los arcos dentales de un niño. El reconocimiento de la maloclusión, si bien no es la solución, pueden servir para incrementar la confianza del odontólogo en sí mismo. De igual manera se sugiere a la comunidad odontológica para continuar esta investigación y futuras que pudieran arrojar datos y diagnósticos en una explicación de estas modificaciones de Dewey-Anderson en la población mexicana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ackerman J L. Proffit W. R. **The characteristics of malocclusions: a modern approach to classification and diagnosis.** Am J. Orthod 56: 1969, pp 443.
2. Angle, E. H. **Classification of Malocclusions.** Dental Cosmos 41:1899, pp 248-264, 350-357.
3. Anderson G.M. **Ortodoncia Práctica.** Ed Mundi. Primera Edición. pp 110,115 Argentina 1962
4. Altamus : **Frequency of the Incidence of Malocclusion in American Black Children's Age 12-16.** Angle Orthod 29: pp 149 1959
5. Barber . **Odontología Pediátrica.** México D. F. Ed Manual Moderno Pp 245-276 1985
6. Bjork, A Kiebs and Solow: **Methods for Epidemiologic Registration of Malocclusion.** Acta Odontológica Escand. 23,pp 27-41, 1964
7. Descrivan de Saturno Luz . **Características de la Oclusión de 3630 Escolares del área metropolitana de Caracas.** Rev.Iberoamericana de Ortodoncia .3,2 pp 33-52 1983.
8. Dewey, M. and Anderson, G M **Practical Orthodontia,** St Louis, The Mosby Co, pp 38-42 1935
9. Dewey Martín, **Practical Orthodontia,** San Louis, Mo. 1928, Ed Mosby, cuarta edición, pp 50-57.
10. Finn B Sydney **Odontología Pediátrica** México, Edt Interamericana pp 293-301, 1987.

11. Gardier R.M. **Orthodontic Treatment Priority Index**. Publics Health Service Publication No.1000. Serie 2 No. 25.
12. Graber T.M **Ortodoncia Teoría y Práctica** México, Ed Interamericana, tercera edición pp 1-6,212-219
13. Gomezjara, F: **Salud comunitaria**. Nueva Sociología, México, Primera edición; 1982. pp 28-29
14. Hernández Palma Javier, Cornejo Gómez Maria Rosaura, **Frecuencia de la Maloclusión Clase I tipo 1 de Dewey-Anderson en el área urbana del Distrito Federal**. Facultad de Odontología División de Estudios de Posgrado, UNAM México,1984 pp 35-39.
15. Hernández Palma Javier, Trejo Quiroz Patricia, **Frecuencia de la Maloclusión Clase I tipo 2 de Dewey-Anderson en el área urbana del Distrito Federal**. Facultad de Odontología , División de Estudios de Posgrado, UNAM. México,1984 pp 39-45
16. Hernández Palma Javier , Valverde Cedillo Juan Manuel, **Frecuencia de la Maloclusión Clase I tipo 3 de Dewey-Anderson en el área urbana del Distrito Federal**. Facultad de Odontología, División de Estudios de Posgrado, UNAM México, 1984 pp 15-23.
17. Hernández Palma Javier, Heres Salgado Laura, **Frecuencia de la Maloclusión Clase I tipo 4 de Dewey-Anderson en el área urbana del Distrito Federal**. Facultad de Odontología, División de Estudios de Posgrado, UNAM. México 1984 pp 45-50.
18. Hernández Palma Javier, Fernández López Fernando **Frecuencia de la Maloclusión Clase I tipo 5 de Dewey-Anderson en el área urbana del Distrito Federal**. Facultad de Odontología, División de Estudios de Posgrado, UNAM. México 1984 pp 12-23.
19. Isiekwe, M.C: **Malocclusion in Lagos Nigeria**, Community Dent Oral Epidemiol.1983,pp 11 59-62.

20. Koch-Medecir **Alteraciones del Desarrollo y de la Función Oclusal. Enfoque Clínico.** México, Ed Panamericana, pp 29,211
21. Mc Donald. **Odontología Pediátrica y del Adolescente.** Buenos Aires, quinta edición, 1990, pp 515-516.
22. Martínez Sicilia Felechosa: **Prevalencia de las Maloclusiones en la Poblacion Infantil-Juvenil del Área Metropolitana de Oviedo-España.** Rev. Español de Estomatología 1987
23. Massler M. and Frankel, J. **Prevalence of Malocclusion in Children Age 14 to 18 years.** Am J. Orthod. 37 : 1951, pp 731-786
24. Otero Jaime : **Incidencia de Maloclusiones en una muestra de 894 mestizos peruanos.** Rev. Iberoamericana de Ortodoncia pp23-29 1986.
25. Ojeda León. **Prevalencia de Mordida Cruzada en niños Mexicanos.** México-Guadalajara, 1983, pp 33-36.
26. Proffit **Ortodoncia: Teoría y Práctica.** Madrid, España, Segunda edición, 1994, pp 175-178.
27. Pinkham. **Odontología Pediátrica.** México, Ed Interamericana, Segunda edición, 1991, pp 569-590
28. Rubin S David and Levin I. Richard **Estadística para Administradores.** México Ed. Prentice Hall sexta edición, 1998, pp 425-438.
29. Sampieri Hernández Roberto. **Metodología de la Investigación.** México Ed Mc GrawHill, 2000, pp 344-350
30. San Martín H: **Salud y Enfermedad** Prensa Médica Mexicana 9ª. Edición, México 1981, pp311-317

31. Sim M. Joseph. **Movimientos Dentarios Menores en Niños.** Ed .Mundi, Buenos Aires, 1973,pp 33-47
- 32 Wood F. Barry, **Captain:** Am J Orthod. October 1971.
33. Zimbrón Levy. **Odontología Preventiva.** México Ed Panamericana, 1993, pp 193

ANEXO No 1

Ficha de Registro de datos

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

DATOS GENERALES

NOMBRE:.....EDAD:.....

SEXO:GRADO:.....

DOMICILIO:TEL:.....

ODONTOGRAMA

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

TIPO DE OCLUSION CLASE I

TIPOS DE DEWEY ANDERSON	SI	DIENTES
TIPO 0-NORMOCCLUSIÓN		
TIPO 1 APIÑAMIENTO INFERIOR		
TIPO 2 ESPACIAMIENTO ANTERIOR SUPERIOR		
PROTRUSIÓN DENTAL		
MORDIDA ABIERTA		
TIPO 3 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR		
TIPO 4 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR		
TIPO 5 PÉRDIDA DE ESPACIO		

ANEXO No 2

Solicitud de Autorización

UNAM

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

19 de Febrero del 2001

ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA.

Por medio de la presente solicitamos a usted la autorización para que su hijo participe en el estudio de "Frecuencia de maloclusiones Clase I de Angle y sus modificaciones por Dewey- Anderson en niños de nueve a doce años en la escuela primaria "Grai. Juan N. Álvarez". Los resultados de este estudio serán empleados para el proceso de titulación de la pasante Scheznarda Montané Núñez

El examen dental que se realizará será una revisión de la forma en que cierra los dientes su hijo, este examen no tendrá ningún costo y se efectuará por medio de un espejo dental debidamente esterilizado, por lo tanto no implica ningún riesgo para la salud de su niño

ATENTAMENTE

Scheznarda Montané Núñez

Autorizo a mi hijo _____

a que participe en el mencionado estudio.

Nombre del padre o Tutor _____

Firma _____ Fecha _____

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Dra. Beatriz Núñez Flores por haberme brindado la oportunidad de vivir, por su gran amor, comprensión y apoyo moral constante al alentarme para continuar superándome y cumplir mis anhelos al servicio de la salud.

A mis queridas hermanas Karenina y Angélica por las alegrías compartidas, comprensión y su amor en cada etapa de mi vida.

A mi querido esposo Fulvio por su amor, comprensión y paciencia alentándome para cumplir mis aspiraciones a costa de su sacrificio personal.

A mis profesores

Para todos y cada uno de ellos con profundo respeto y admiración
Guiándome por el camino del saber, con gran entusiasmo, desinterés, inculcando
en mí el deseo de realizarme

A mis amigos Juan, Eleazar y Antonio por su apoyo incondicional.
Ayudándome técnica y moralmente para la elaboración de este trabajo

MTRA VIOLETA ZURITA MURILLO

C D.M.O.HÉCTOR ORTEGA HERRERA.

Con profundo respeto, admiración y cariño por su gran calidad moral al alentarme con sus consejos y experiencia para desarrollar éste trabajo

C D.M O.MARISELA GARCÍA MARTÍNEZ