



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE DEGLUCIÓN ATÍPICA Y SU RELACIÓN CON
MALOCLUSIONES DENTARIAS EN LOS ALUMNOS DE 6 A 12 AÑOS EN
EL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN, AREQUIPA-2017**

Tesis presentada por el Bachiller:
MIGUEL ANGEL ENRIQUE, CORNEJO SILVA
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

**AREQUIPA - PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A Dios quien me dio la fuerza para seguir adelante y no rendirme ante los problemas que se presentaban.

A mi padre German Cornejo Cornejo por brindarme los recursos necesarios y estar siempre a mi lado guiándome.

A mi madre Marcelina Silva Mendoza persona que siempre me supo aconsejar y guiar y darme su apoyo incondicional y tenerme tanta paciencia.

A mi enamorada y amigos presentes y pasados quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento y apoyo para efectuar mi tesis.

A los maestros que me guiaron y me dieron conocimiento para realizar mi tesis.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sinceramente a mi asesor de tesis Sandra Corrales Medina, por su esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador. A su manera ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración.

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo establecer la prevalencia de deglución atípica y de maloclusiones y luego determinar si la primera tiene relación con la segunda. Para lograr este objetivo, se trabajó con los alumnos de 6 a 12 años del Colegio Inmaculada Concepción, trabajándose con la población que reunieron los criterios de inclusión y exclusión.

El trabajo se ajusta al tipo no experimental y a los diseños investigativos de campo, transversal, prospectivo y relacional. La técnica que se utilizó para llevar a cabo la recolección de datos fue la observación clínica y como instrumento para el registro de la información, se elaboró una Ficha de Recolección de Datos, la cual contiene información pertinente a nuestras variables.

Para la determinación de la deglución atípica y la clasificación de las maloclusiones, se llevó a cabo el examen intraoral de acuerdo a los parámetros establecidos para el diagnóstico de ambas entidades patológicas.

Los resultados han determinado que la prevalencia de deglución atípica observada fue de 53.5%, es decir, la mayoría de los estudiantes la padecía. Así mismo, la clase de maloclusión más frecuente fue la I (88.7%), estando ausente la Clase III. Además, se estableció que más de la mitad de los pacientes presentaron o mordida abierta (37.4%) o cruzada (14.8%). Se ha demostrado que la deglución atípica tiene relación con las maloclusiones, puesto que aquellos que la presentan tienen mayor tendencia a sufrir de maloclusiones, principalmente de la Clase II.

Palabras Clave:

Deglución Atípica. Maloclusiones. Tipo de Mordida. Clasificación de Angle.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to establish the prevalence of atypical swallowing and malocclusions and then to determine whether the former is related to the latter. To achieve this goal, we worked with students from 6 to 12 years of the Immaculate Conception School, working with the population that met the inclusion and exclusion criteria.

The work is adjusted to the non-experimental type and to the field, cross-sectional, prospective and relational research designs. The technique that was used to carry out the data collection was the clinical observation and as a tool for the registration of the information, a Data Collection Card was prepared, which contains information pertinent to our variables.

For the determination of the atypical swallowing and the classification of the malocclusions, the intraoral examination was carried out according to the parameters established for the diagnosis of both pathological entities.

The results have determined that the prevalence of atypical swallowing observed was 53.5%, that is, the majority of students suffered from it. Likewise, the most frequent malocclusion class was I (88.7%), with Class III absent. In addition, it was established that more than half of the patients had an open (37.4%) or crossed (14.8%) bite. It has been shown that atypical swallowing is related to malocclusions, since those who present it are more likely to suffer from malocclusions, mainly Class II.

Keywords:

Atypical deglutition. Malocclusions Type of Bite. Classification of Angle.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.2.1 PROBLEMA:.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	3
1.4 Justificación de la investigación	4
1.4.1 Importancia de la Investigación.....	4
1.4.2 Viabilidad de la Investigación.....	5
1.5 Limitaciones del estudio:.....	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación:.....	7
2.2 Bases Teóricas	10
2.2.1 Deglución Normal	10
2.2.2 Deglución Atípica.....	11
2.2.2.1 Causas:.....	12
2.2.2.2 Tipos de Deglución Atípica:.....	13
2.2.2.3 Consecuencias Anatómicas y Funcionales de la Deglución Atípica:	14
2.2.2.4 Tratamiento:.....	15
2.2.2.5 Evaluación Clínica de la Deglución Atípica:.....	15
2.2.3 Maloclusiones dentarias.....	16
2.2.3.1 Oclusión:.....	16
2.2.3.2 Maloclusión:	17
2.2.3.3 Etiología de la maloclusión:.....	17
2.2.3.4 Factores generales:.....	18
2.2.3.4.1 Factores Extrínsecos:	18
2.2.3.5 Factores locales	19

2.2.3.5.1 Factores Intrínsecos:	19
2.2.3.6 Clasificación	22
2.2.3.6.1 Clase I:	22
2.2.3.6.2 Clase II:	23
2.2.3.6.3 Clase III	24
2.2.3.6.4 Mordida abierta:.....	24
2.2.3.6.5 Mordida cruzada posterior:	25
2.2.3.6.6 Mordida cruzada anterior:	26
2.2.3.6.7 Paladar ojival sin mordida cruzada:	26
2.2.3.6.8 Mordida en tijera:	26
2.2.3.6.9 Sobremordida:	26
2.3 Definición de términos básicos.....	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Formulación de la hipótesis y derivadas	28
3.2 Variables; Definición conceptual y Operacional	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño Metodológico	30
4.2 Diseño Muestral	30
4.3 Técnicas de Recolección de Datos	31
4.4 Técnicas Estadísticas para el Procedimiento de la Información	33
4.5 Aspectos Éticos	34
4.5.1 Principios Éticos:.....	34
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1 Análisis Descriptivo	35
5.2 Análisis Inferencial	51
5.3 Comprobación de Hipótesis	53
5.4 Discusión	55
Conclusiones	57

Recomendaciones	58
FUENTES DE INFORMACIÓN	59
ANEXOS	62
ANEXO N° 1: FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA	63
ANEXO N° 2: FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA	64
ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	65
ANEXO N° 4: DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA	66
ANEXO N° 5: DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA	67
ANEXO N° 6: MATRIZ DE DATOS.....	68
ANEXO N° 6: SECUENCIA FOTOGRÁFICA	74

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Deglución Atípica se refiere a la postura inadecuada de la lengua durante el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias". La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución.³

Este mal hábito puede modificar la posición de los dientes su relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.³

La presente investigación tiene como objetivo determinar la deglución atípica y su relación con la presencia de maloclusiones. Cuando existen movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngea de la deglución, hablamos de deglución atípica, como un hábito no fisiológico. Sus objetivos pueden ser múltiples, actuando solos o simultáneamente de forma acumulativa. El tamaño de una lengua grande se ha encontrado como impedimento para corregir tales alternaciones, sin ser ésta una causa de originar la maloclusiones. Se destaca la importancia que tiene la aplicación de las terapias miofuncionales para la prevención y rehabilitación de los tejidos blandos, ya que éstos pueden causar maloclusiones y falta de desarrollo facial, afectando la estética del paciente.⁸

Aproximadamente a partir de los 6 años de edad, el desarrollo facial y dental puede verse alterado por la instauración de malos hábitos en el paciente; siendo las causas principales: respiración bucal, deglución atípica (posición incorrecta de la lengua al momento de tragar) y mentoniano hiperactivo. Estos hábitos miofuncionales son en su mayoría los causantes de los problemas dentales y maxilares. De allí, radica la importancia de conocer y saber atender a temprana edad estos hábitos miofuncionales con las Terapias específicas, para así

reducir las parafunciones, equilibrando las estructuras implicadas (ya sean óseas o musculares), mejorando de igual forma, la estética del paciente. El objetivo es identificar los diferentes tipos de deglución atípica que se puede encontrar. Así mismo, reconocer una macroglosia verdadera o relativa como obstáculo en el tratamiento y tener alternativas de cómo manejarlo.⁸

El diagnóstico entre oclusión y maloclusión se establece analizando las relaciones de contacto entre ambas arcadas cuando la mandíbula está en posición terminal de las fosas glenoideas.¹

Las maloclusiones son la causa más frecuente de la alteración o pérdida de la estética de una persona y constituye una de las razones por la cual los pacientes, fundamentalmente niños, adolescentes y jóvenes, acuden a la consulta de ortodoncia y estomatología.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con hábitos bucales así, concluyó que más del 60 % de los niños examinados presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no sean un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presentó maloclusiones. Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital.¹⁵

Este defecto se presenta desde edades muy tempranas en cualquiera de sus modalidades. Al respecto, su vigilancia y regulación, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación desde el nacimiento del niño, así como el control de los dientes y la oclusión en las denticiones temporal y mixta, favorecen la existencia de una población infantil y adulta joven con una oclusión

adecuada. Aunque no todas las maloclusiones pueden prevenirse o detenerse, sí es posible reducir su número y condición en la niñez. La oclusión puede ser alterada por distintas condiciones, tales como: tipo de alimentación, hábitos bucales deformantes, caries proximales, obturaciones defectuosas, extracciones dentarias prematuras, así como enfermedades que repercuten durante el proceso evolutivo de las denticiones mixta y permanente. Desde una perspectiva preventiva, es importante conocer las causas específicas de maloclusión porque permitirá diagnosticarlas, aunque solo representen una pequeña parte del conjunto. Alrededor de los 6 años de edad, comienza la dentición mixta temprana, donde será escenario de cambios adaptativos hacia la fase mixta tardía. En esta dentición se produce el mayor crecimiento. Es un período de particular importancia en la causa de las anomalías de la oclusión, puesto que durante estos años deben realizarse una serie de complicados procesos que conduzcan al cambio de los dientes temporales por los permanentes y se establezca la oclusión normal definitiva.¹

1.2 Formulación del problema

1.2.1 PROBLEMA:

¿Cuál será la prevalencia de deglución atípica y su relación con maloclusiones dentarias en alumnos de 6 a 12 años en el Colegio Inmaculada Concepción, Arequipa? 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

- Determinar la prevalencia de deglución atípica en alumnos de 6 a 12 según edad y sexo.
- Determinar la prevalencia de las maloclusiones dentarias en alumnos de 6 a 12 según edad y sexo.
- Relacionar la prevalencia de la deglución atípica con maloclusiones dentarias en alumnos de 6 a 12 años.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la Investigación

En niños es común diagnosticar alteraciones en la oclusión a causa de hábitos establecidos y no tratados, sino se identifica cualquiera de estas dos situaciones, se tendría consecuencias a posterior que requieran un tratamiento más complicado y muchas veces con pronóstico no adecuado.

El diagnóstico adecuado de un mal hábito permitirá identificar oportunamente el desarrollo de maloclusiones.

La prevalencia de maloclusiones generalmente ha constituido un problema de salud cuando se trata de evaluar su magnitud en función de las necesidades del tratamiento. Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población.

Científicamente el presente trabajo de investigación será relevante ya que esta información será de importancia para todos los profesionales odontólogos puesto que el éxito y reconocimiento radica en su eficacia para el diagnóstico precoz de cualquier alteración.

Los datos que se reportaron acerca de este tema permitió tener información pertinente que ayudará a tener una mejor certeza en el diagnóstico y poder obtener oportunamente, considerando que, el conocimiento sobre la deglución atípica puede ser el primer escalón para la prevención de las maloclusiones dentarias y más aún en niños que están en pleno desarrollo de su anatomía

Por otro lado, también se reconoce relevancia académica al presente trabajo de investigación ya que la información determinada será de utilidad para docentes y alumnos al

considerar que es necesario un diagnóstico oportuno y su repercusión en las maloclusiones.

La realización de esta investigación tendrá también relevancia social debido a que se podrá implementar y reforzar medidas de prevención específicas, además se podrá transmitir información a los padres de familia, por lo tanto, prevenir el desarrollo de diversas enfermedades dentales, mejorando así la calidad de vida de la población estudiada.

1.4.2 Viabilidad de la Investigación

La presente investigación es viable puesto se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución como se muestra a continuación:

RECURSOS:

A. HUMANOS:

INVESTIGADOR : Bach. Miguel Ángel Enrique
Cornejo Silva.

ASESORES TÉCNICO : Dra. Sandra Corrales Medina

B. FINANCIEROS:

La investigación fue financiada por el investigador.

C. MATERIALES:

Se utilizaron los siguientes recursos materiales como son:

- Papel
- Lapiceros
- Guantes
- Espejos bucales
- Baja lenguas
- Barbijo

- Campos de trabajo
- Impresora

D. INSTITUCIONALES:

- Universidad Alas Peruanas-Filial Arequipa
- Colegio Inmaculada Concepción

1.5 Limitaciones del estudio:

Las limitaciones del estudio se centran principalmente en la disponibilidad de las unidades de estudio, puesto que se contó con la autorización de los padres, el examen puede verse frustrado por la poca colaboración de los alumnos y la no disponibilidad de tiempo por las actividades propias de la institución educativa.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación:

A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Vera E, Agustín. RELACIÓN ENTRE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA, MORDIDA ABIERTA, DICCIÓN Y RENDIMIENTO ESCOLAR POR SEXO Y EDAD, EN NIÑOS DE PREESCOLAR A SEXTO GRADO EN DOS COLEGIOS DE CATIA, PRO PATRIA, EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO VENEZUELA. 2001. En la relación entre deglución atípica y la dicción se concluyó que, a mayor severidad de la deglución atípica, los niños presentaron mayor problema para pronunciar fonemas (dicción) o sea que presentaron una dicción mala. En la relación existente entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior, se determinó que, a mayor severidad de la deglución atípica, mayor será la severidad de la mordida anterior.²³

M. S. Discacciati de Lértora, m. F. Lértora, g. V. Quintero de lucas. RELACIÓN ENTRE MALOCLUSIONES Y DEGLUCIÓN ATÍPICA EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR. CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA. ARGENTINA 2008. Se evaluaron 90 niños de ambos sexos, edad promedio 8 y 5 años, dentición mixta, sin tratamiento ortopédico u ortodóntico previo, realizándose el estudio clínico del tipo de oclusión y patrón deglutorio, observándose un 70% de maloclusiones y un 40% de deglución anómala. Del total de niños con maloclusiones, el 57% presentó deglución atípica. Las anomalías que se relacionaron con la deglución atípica fueron: mordida abierta anterior (100%), protusión incisiva superior (87%) y distorrelación mandibular (66%).⁸

Mohedano Iranzo, M. LA DEGLUCIÓN ATÍPICA. FACTORES DE RIESGO Y TRASTORNOS ASOCIADOS. IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN; ESPAÑA 2011. Se evaluó un grupo de 680 estudiantes de ambos sexos de 4 a 16 años de edad, quienes fueron seleccionados

al azar. Los arcos de Baume tipo I y II en 50%. El alcance de la prevención es alto, ya que las relaciones intermaxilares definidas por los planos terminales, son óptimas en la mayoría de los niños, el 48% podría sostenerse en salud y el 62% podría modificarse el curso de las alteraciones diagnosticadas, ejercitando las funciones orales correctas, evitando y eliminando hábitos perniciosos, y desde luego, vigilando el curso normal del crecimiento y desarrollo. ¹⁴

B. ANTECEDENTES NACIONALES:

Del Águila Ochoa, María Alicia; Céspedes Porras, Jacqueline. RELACIÓN ENTRE DEGLUCIÓN ATÍPICA Y MORDIDA ABIERTA CON LA PRESENCIA DE DISLALIAS EN LOS NIÑOS DE SEIS A DIEZ AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO NUESTRA SEÑORA DEL CONSUELO. LIMA 2007. Se realizó un examen clínico para determinar cuántos niños tenían mordida abierta anterior, mordida abierta posterior y deglución atípica. Después, al grupo seleccionado se le realizó un examen ortofónico para determinar si presentaban alteraciones en el lenguaje: Se encontró que de 38 niños que presentaron mordida abierta y deglución atípica, la gran mayoría presentó alteraciones en el desarrollo del lenguaje. ⁷

Vergaray Solano, Albina Karen. EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ESQUELÉTICAS Y DENTALES DE PACIENTES DEGLUTORES ATÍPICOS SEGÚN PATRÓN ESQUELÉTICA. LIMA 2011. Se evaluó a 82 pacientes deglutores atípicos con dentición permanente, luego se los dividió en tres grupos esqueléticos: clase I, clase II y clase III. A cada grupo se le aplicó el análisis de McNamara para determinar sus características esqueléticas y dentarias. Los pacientes deglutores atípicos de la clase I, II y III, presentaron en predominio retrusión mandibular, altura facial anteroinferior aumentado, ángulo del plano mandibular abierto, tamaño de la nasofaringe estrecho, tamaño de la orofaringe normal e incisivo inferior protruido. La posición de la maxila en la clase I y III presentó de manera predominante, maxila

retruída y en la clase II, protruida. El ángulo del eje facial en la clase I y II presentó de manera predominante, crecimiento facial vertical y en la clase III, horizontal. La posición del incisivo superior en la clase I y III presentó de manera predominante, posición protruida y en la clase II, posición normal y protruida en proporciones similares.²²

Zapata Dávalos, Mónica Josefina. PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 06 A 12 AÑOS EN EL COLEGIO LOS EDUCADORES. LIMA 2013. Se observa en mayor porcentaje el hábito de onicofagia, en segundo la succión digital y en tercer lugar se encuentra el bruxismo, y en porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración bucal. De 154 niños evaluados se pudo observar que la maloclusión dentaria que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6 % y la clase III con un 7.8%. De los 154 niños evaluados solo el 4.5 % presentó mordida abierta anterior y el 29.9% presentó mordida profunda.²⁴

C. ANTECEDENTES LOCALES

Salas Acosta, Socorro Rosalía. RELACIÓN DEL TIPO DE DEGLUCIÓN CON LA CLASE ESQUELETAL MANDIBULAR EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DE LA I.E JESUS INFANTE PAUCARPATA, AREQUIPA 2013. Los niños con síndrome de Down presentaron deglución atípica siendo básicamente del tipo II (54.3%); en cuanto a la clase esquelética, el mayor porcentaje correspondió a la clase III (77.1%), siendo un hallazgo interesante que ninguno de ellos presentó clase I. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el tipo de deglución y la clase esquelética, puesto que los niños con deglución tipo I y II tienden a clase esquelética III, mientras que los niños con deglución tipo II, tienden a la clase esquelética II.¹⁶

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 DEGLUCIÓN NORMAL

La deglución normal es aquella que al momento de tragar los labios contactan sin esfuerzo, los dientes ocluyen en armonía, la lengua se apoya en el paladar en la zona posterior a los incisivos superiores sin contactarlos y después se establece el movimiento deglutorio.²⁵

Según Jorge Gregoret se define como el tránsito del bolo alimenticio o la saliva desde la cavidad bucal al estómago.⁹

2.2.1.1 Fases de la Deglución Normal⁴

- a. Fase Preoperatoria: Incluye desde que el alimento es troceado e introducido en la cavidad oral, su trituración mediante la masticación y su insalivado y homogenización hasta formar una masa compacta llamada bolo alimenticio.
- b. Fase Oral: Inicia las fases rápidas del proceso. El bolo está sobre la lengua. La mandíbula se eleva y la lengua se acopla al paladar duro quedando el ápice a la altura de los alveolos y los rebordes laterales sellando la zona frontal impidiendo que el alimento pueda ser impulsado fuera de la boca. La lengua queda inclinada favoreciendo que el bolo avance hacia la parte posterior de la boca. La lengua inicia un movimiento peristáltico hacia atrás que conduce al bolo hasta la parte posterior de la boca.
- c. Fase Faríngea: Se inicia el proceso involuntario o reflejo de la deglución cuando el bolo toca los pilares anteriores. El velo del paladar se contrae alcanzando la pared faríngea e impidiendo que el alimento sea vaya a la rinofaringe. El dorso de la lengua llega a tocar el velo del paladar impidiendo que el alimento pueda regresar a la boca.

d. Fase Esofágica: El bolo llega al esófago y es conducido hasta el estómago. La fuerza de gravedad basta para impulsar a los líquidos, pero los movimientos de la pared esofágica realizan el trabajo en el caso de los sólidos. Esta acción suele ser suficientemente eficaz para vaciar totalmente la boca dejándola prácticamente libre de restos de comida. Solo si los alimentos son muy densos y secos se repite varias veces hasta que la boca queda lista para una nueva ingesta.

2.2.2 DEGLUCIÓN ATÍPICA:

La deglución infantil es la ausencia de contacto entre ambos maxilares por interposición lingual, donde la deglución es iniciada y, en gran medida, guiada por intercambio sensorial entre los labios y la lengua interpuesta.³

La palabra atipia se emplea para indicar que algo se aleja de lo común. En nuestra opinión el término "deglución atípica" define mejor el concepto que el de "deglución infantil" que también se emplea en la literatura. La deglución a la que nos referimos no es exactamente un estadio evolutivo sino una forma diferente o atípica de deglutir que puede ser la consecuencia o la causa de alteraciones anatómicas. Puede verse en niños o en sujetos adultos de edad avanzada. En ocasiones los defectos oclusales producen adaptaciones atípicas en alguna de las fases de la deglución y en otras ocasiones las atipias de la deglución pueden haber originado defectos oclusales.⁵

Si persiste el patrón de deglución de los primeros meses de vida, la lengua se apoyará entre ambos grupos incisivos, originando generalmente una mordida abierta anterior y protrusión de estos dientes, creando también una disfunción muscular en la deglución porque la actividad no será ya de maseteros y temporales sino de la musculatura perioral, exactamente lo contrario que en la

deglución adulta. Esto es debido a la necesidad de crear un cierre bucal anterior.⁹

2.2.2.1 Causas:

- Respiración Bucal: En la respiración bucal los labios quedan entre abiertos y la lengua, baja, perdiendo con ella su capacidad morfofuncional que permitirá un desarrollo transversal correcto del maxilar produciendo mordidas cruzadas posteriores, unilaterales o bilaterales.³
- Desequilibrio del control nervioso: son niños que, por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora; en consecuencia, tampoco mantienen equilibrio, muscular durante la deglución.²¹
- Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.²¹
- Frenillo lingual anormal: o lengua aprisionada la corrección se hace mediante una cirugía.²¹
- Pérdida dentaria temprana y diastemas anteriores: hacen que el niño comience a colocar la lengua en esos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual.²¹
- Desnutrición; ocasionan un cuadro de disturbio neurológico.²¹

2.2.2.2 Tipos de Deglución Atípica: ¹¹

- Deglución con Presión Atípica de Labio: (Interposición labial). Se presenta en los casos de resalte anterior o vestibulo-versión, donde para conseguir el contacto labial la mandíbula tiene que adelantarse, pero al deglutir se desliza hacia atrás para ocluir, por lo que el labio inferior la acompaña y se va suavemente ubicando sobre las caras palatinas de los dientes antero-superiores.
- Deglución con Contracción Comisural: Es una deglución, en la cual se observa la producción de hoyuelos cerca de las comisuras de la boca. Se trata de la contracción de los risorios. En estos casos se puede observar, una endognatia (palabra que deriva del griego endo y gnatos = maxilar hacia dentro), de los maxilares a nivel de los caninos, sumada a la endognatia total a causa de la ausencia de la lengua en el paladar al momento de deglutir, y de esta manera no lo estimula transversalmente.
- Deglución con Presión Atípica de Lengua: En esta, la lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose, a veces, entre premolares y molares. De igual manera se observa contracción de las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción. Esta deglución puede ser de 2 tipos: con empuje lingual simple o con empuje lingual complejo.

2.2.2.3 Consecuencias anatómicas y funcionales de la deglución

Atípica: ⁴

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica:

- Labios hipotónicos.
- Lengua descansando entre los dientes.
- Tendencia a la respiración bucal.
- Maxilar superior o inferior avanzado o retrasado.
- No realiza una deglución adecuada porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores: quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la cavidad bucal.
- Saca alimentos fuera de la boca y no degluten con tanta frecuencia.
- Realiza movimientos excesivos como: elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente o hacer muecas o ruidos al tragar.
- Falta de sellado labial, durante el acto de deglutir, dejando la boca abierta.
- Labios de tono muscular disminuido, es decir, la musculatura del músculo orbicular de los labios está poco desarrollado.
- Lengua hipotónica en posición avanzada o interdental, es decir, la lengua se interpone entre los incisivos en la parte frontal o lateral ("interposición lingual") o presiona contra su cara posterior durante la fase de deglución.
- Presencia de maloclusiones: dentales y maxilares, incorrecta posición de las piezas dentarias no permite el sellado correcto de la boca durante el acto de la deglución.

2.2.2.4 Tratamiento:

- Para la corrección de la presión atípica del labio se usa una Placa Labiactiva o Lip Bumper. Es arco de alambre ortodóntico de 1,2 mm con la parte anterior revestida de acrílico. Este aparato puede encajarse en los tubos de bandas cementadas en los primeros molares inferiores (si el paciente ya tiene las raíces de las molares completas) o a una placa de Hawley inferior. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.²¹

2.2.2.5 Evaluación Clínica de la Deglución Atípica: ⁵

- Posición Frontal de la lengua desde la fase oral: El ápice de la lengua se sitúa en posición interdental
- Contracción de los Labios: contracción excesiva del orbicular de los labios se da para compensar la impulsión al exterior de la lengua evitando así el escape de los alimentos.
- Escape de los alimentos: El sujeto no puede realizar un sellamiento de la lengua con las arcadas dentarias o compensarlo con la acción mentoniana o labial puede apreciarse escape de los alimentos.
- Falta de contracción de los maseteros: La lengua se fija en posición baja y por lo tanto no actúa la musculatura elevadora de la mandíbula.
- Contracción del mentón: Se aprecia en oclusiones clase II con overjet y debe interpretarse como un intento para sellar la cavidad oral e impedir la impulsión de los alimentos.

- Movimientos del cuello: en ocasiones puede apreciarse movimientos del cuello asociados a la mala masticación, si el bolo está mal formado los alimentos no están bien triturados o no está bien insalivado y puede presentar dificultades para ser introducido.
- Ruidos al Tragar; aparecen por que el sujeto realiza un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución.

2.2.3 MALOCLUSIONES DENTARIAS

2.2.3.1 Oclusión: ¹²

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto tanto en céntrica como en protrusión o movimientos laterales. La palabra “NORMAL” se usa por lo general para expresar un patrón de referencia o situación óptima en las relaciones oclusales. Se considera el patrón más adecuado para cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en armonía con el sistema estomatognático. ¹²

La oclusión normal es estable, sana y estéticamente atractiva. Se puede definir como 28 dientes correctamente ordenados en el arco y en armonía con todas las fuerzas estáticas y dinámicas que sobre ellos actúan. Los dientes presentan un resalte de 2,5 mm y una sobremordida de 1 a 2 mm de superposición vertical de los incisivos. ¹⁰

2.2.3.2 Maloclusión:

Las maloclusiones o problemas de la oclusión dental, son el resultado de la adaptación de la región oro facial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta las alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunción temporomandibular.²

La maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que los soportan, la articulación temporomandibular y la estética facial.¹⁵

2.2.3.3 Etiología de la maloclusión: ²¹

El conocimiento de la etiología de la maloclusiones es fundamental en el trabajo ortodóntico pues la mayoría de las veces hay necesidad de eliminar las causas para corregir las maloclusiones.

Hay veces en que las causas son desconocidas. En otras ocasiones, verificamos que el agente causal de las maloclusiones no está aislado sino asociado a otros factores

El profundo conocimiento de la etiología de las maloclusiones no debería ser exclusivamente atributo del ortodoncista, sino también de los odontopediatras, del odontólogo de práctica general y hasta del pediatra que tiene la oportunidad de actuar en la llamada edad preortodóntico en la que muchos factores etiológicos son más actuantes y factibles de control.

2.2.3.4 Factores generales:²¹

2.2.3.4.1 Factores Extrínsecos:

Son factores que actúan a distancia, muchas veces durante la formación del individuo y que, por tanto, son difícilmente controlables por el ortodoncista, excepto los hábitos bucales.

a. Hereditariadad:

Existe un determinante genético definido que afecta la morfología dentofacial, aunque pueden ser modificados por el ambiente prenatal. El patrón de conocimiento y desarrollo posee un fuerte componente hereditario.

b. Molestias o Deformidades Congénitas:

Así como los factores hereditarios, las molestias o deformidades congénitas tienen fuerte relación genética.

c. Ambiente Metabólico y Enfermedades

Predisponentes:

La poliomielitis, distrofia muscular, endocrinopatías principalmente de la hipófisis, tiroides y paratiroides, son algunas molestias que puede causar mal oclusión.

d. Postura:

La postura corporal inadecuada en general, es acompañada por un posicionamiento anormal de la cabeza, pudiendo reflejarse en el crecimiento anormal de las bases óseas. De ahí, la importancia de la evaluación de la postura en las diferentes formas de maloclusión dentaria.

2.2.3.5 Factores locales ²¹

2.2.3.5.1 Factores Intrínsecos:

a. Anomalías de Número:

Las anomalías de número, en su mayoría son de origen hereditario, pero también pueden estar asociados a las anomalías congénitas como labio leporino o patologías generalizadas como displasia ectodérmica y disostosis cleidocraneana.

- Dientes supernumerarios
- Ausencias dentarias.

b. Anomalías de Tamaño:

Las anomalías de tamaño están representadas por el gigantismo (macrodiente) o por el enanismo (microdiente) de todos o algunos elementos dentarios.

c. Anomalías de Forma:

Las anomalías de forma están íntimamente relacionadas con las anomalías de tamaño. Así también tenemos:

- Dientes conoides.
- Cúspides extras.
- Geminación.
- Fusión.
- Dientes de Hutchinson
- Molares en forma de frambuesa.

d. Frenillos labiales y bridas mucosas:

Los frenillos con inserción baja normalmente causan diastemas entre los incisivos centrales.

Cuando el frenillo labial es patológico, al levantar el labio superior, verificamos una isquemia en la región de la papila incisiva. Esto nos lleva a una indicación de la desinserción del frenillo labial y no a una simple frenectomía que puede tener como consecuencia la instalación de una sonrisa gingival.

e. Pérdida Prematura de Dientes Deciduos:

Ocasiona la disminución del perímetro del arco y consecuentemente una falta de espacio para la erupción del permanente.

La pérdida prematura de los dientes anteriores propicia la instalación del hábito de la deglución con interposición lingual anterior, queratinización

del tejido gingival, retrasando la erupción del permanente.

f. Retención Prolongada de dientes deciduos:

La retención prolongada por dientes deciduos es causada por:

- Falta de sincronía entre el proceso de rizólisis y rizogénesis.
- Rigidez del periodonto.
- Anquilosis del diente deciduo.
- Ausencia del diente permanente correspondiente.

Como consecuencia tendremos desvíos en la erupción del diente permanente o su erupción retrasada, además de modificaciones en el perímetro del arco.

g. Vía de Erupción Anormal:

Frecuentemente los dientes tienen su vía de erupción anormal por falta de espacio en el arco dentario. Por este motivo, los dientes que más encuentran dificultades, para la erupción son los caninos superiores, que permanecen retenidos o erupcionan por vestibular y los segundos premolares inferiores que quedan impactados o erupcionan por lingual.

2.2.3.6 Clasificación

2.2.3.6.1 Clase I:

De acuerdo con Angle, las relaciones anteroposteriores de las arcadas dentarias superiores e inferior son normales.²⁰

Los incisivos superiores están en una posición avanzada con respecto a los inferiores, el overjet y overbite son iguales a 2 mm aproximadamente.²⁰

En consecuencia, los incisivos inferiores se encuentran por debajo del cíngulo palatino de los incisivos superiores.²⁰

La relación anteroposterior del maxilar y de la mandíbula es la correcta, por lo que no habría que estimular el crecimiento de ninguno¹⁵

El ejercicio de la Ortodoncia incluye el diagnóstico, prevención, intercepción y tratamiento de todas las formas clínicas de maloclusión y anomalías óseas circundantes; el diseño, aplicación y el control de la aparatología terapéutica y el cuidado y guía de la dentición y estructuras de soporte con el fin de obtener y mantener unas relaciones dentoesqueleticas optimas en equilibrio funcional y estético con las estructuras craneofaciales¹²

Proffit y Ackerman sostienen que el diagnóstico y plan de tratamiento:¹²

- Reconocer las variadas características de la maloclusión y la deformidad dentofacial.
- Definir la naturaleza del problema incluyendo, cuando es posible su etiología.
- Proyectar una estrategia de tratamiento basada sobre las necesidades específicas del individuo.

2.2.3.6.2 Clase II:

Relaciones mesiodistales acerca de arcadas dentarias anormales; todos los dientes inferiores ocluyen distalmente con respecto a lo normal.²⁰

Los caninos superiores ocluyen en una posición avanzada con respecto a los caninos inferiores, la cúspide disto vestibular del primer molar superior ocluye con el surco intercuspideo del primer molar inferior; los incisivos inferiores se encuentran posteriormente con respecto al cingulo de los incisivos superiores.²⁰

Las maloclusiones de clase II se diversifican en dos divisiones:

- La 1ra, caracterizada por el maxilar contraído transversalmente, con los incisivos superiores protruidos y vestibuloinclinados con un overjet consecuentemente aumentado (+ 5 con respecto a la norma).²⁰
- La 2da, diferenciada por la mordida profunda (overbite + 4,5 mm), por la inclinación vestibular de los incisivos laterales superiores y por la inclinación lingual de los incisivos centrales superiores.²⁰

2.2.3.6.3 Clase III

Relación entre las arcadas dentarias es anormal, la mandíbula está en posición mesial con respecto al maxilar superior.²⁰

La mandíbula se encuentra adelantada con respecto al maxilar. El origen puede ser una hipoplasia maxilar, hiperplasia mandibular o una combinación de ambas. Hoy día, la actitud terapéutica, salvo en casos muy determinados, es la de protruir el maxilar, para evitar alteraciones en la articulación temporomandibular.¹⁵

2.2.3.6.4 Mordida abierta:

Este tipo de maloclusiones es muy frecuente en edades tempranas y durante el proceso de recambio dentario, pudiendo afectar según su localización al sector anterior, posterior o a ambas, a excepción de los molares.³

En la mordida abierta se observa una separación entre los incisivos superiores e inferiores con una sobremordida negativa, mientras que los dientes posteriores se encuentran en oclusión céntrica.¹⁰

Si el origen es esquelético, el paciente presenta una cara larga, y el tratamiento ortopédico debe ir encaminado a frenar el crecimiento vertical del maxilar y a favorecer la anterorrotación mandibular. El origen puede ser una falta de espacio, por lo que habría que proporcionar las anchuras adecuadas a las arcadas dentarias. Cuando el origen es funcional, es fundamental el control de los hábitos y la reeducación de la deglución. Hay que tener en cuenta que siempre que haya una mordida abierta, el paciente

presentará una deglución infantil, ya que para deglutir es necesario el sellado de la cavidad bucal. ¹⁵

La mordida abierta es una de las maloclusiones motivo de preocupación y un problema de la salud bucal desde hace más de un siglo. Además de las alteraciones estéticas se observa en estos pacientes trastornos de la masticación, la fonación y la respiración. ¹⁰

2.2.3.6.5 Mordida cruzada posterior:

La mordida cruzada posterior proviene del desarrollo deficiente en sentido transversal del arco superior, donde encontraremos menor inclinación bucal de los molares y premolares superiores, pudiendo establecer con los inferiores, desde una relación cúspide a cúspide, hasta una relación cúspide-fosa, por lo que las cúspides vestibulares de premolares y molares superiores engranarían en la fosa de premolares y molares inferiores. ³

Podemos encontrar este tipo de mordida cruzada:

- Ambas hemiarquadas, lo que constituirá una mordida cruzada posterior bilateral. ³
- Una sola hemiarquada, en cuyo caso estaremos ante una mordida cruzada unilateral, que podrá ser del lado derecho o izquierdo, afectando a uno o varios dientes. ³

Los dientes de la arcada superior muerden por dentro de los de la arcada inferior. El origen normalmente es esquelético, pero también puede ser dentario. ¹⁵

Las mordidas cruzadas de origen esquelético pueden ser por un maxilar hipoplásico o una mandíbula hiperplásica. En ambos casos, la actitud es la de expandir el maxilar, ya

que la sutura de la sínfisis se osifica a los 8 meses de vida, mientras que la osificación de la sutura palatina comienza a los 9 años.¹⁵

2.2.3.6.6 Mordida cruzada anterior:³

Es una oclusión invertida a nivel anterior, donde los incisivos superiores se sitúan por lingual de los inferiores.

Esta oclusión invertida puede afectar uno o varios dientes de forma aislada o por el contrario, la totalidad de ellos.

2.2.3.6.7 Paladar ojival sin mordida cruzada:

Puede coexistir una compresión del maxilar sin mordida cruzada, típico en pacientes respiradores orales o con hábitos, como la succión digital. En este caso, los molares superiores se inclinan hacia la parte vestibular para una correcta oclusión, pero fuerzan su situación dentro del hueso.¹⁵

2.2.3.6.8 Mordida en tijera:

Los dientes de la arcada superior muerden por fuera de los de la arcada inferior. Puede ser unilateral o bilateral (Síndrome de Brodie). Habrá que corregir las inclinaciones dentarias en el plano transversal para dar la oclusión necesaria y evitar impactos condilares.¹⁵

2.2.3.6.9 Sobremordida:

Los incisivos superiores cubren los incisivos inferiores en más de un tercio. El origen puede ser esquelético o simplemente una extrusión excesiva de los incisivos.

Si el origen es esquelético, la sobremordida coexiste con una cara corta y el tratamiento debe ir enfocado a la extrusión de los molares, para así corregir la cara corta y,

por tanto, los incisivos superiores cubrirán menos a los inferiores. Si el origen es dentario y el paciente muestra un exceso gingival en la sonrisa, la actitud será la de intruir los incisivos superiores para corregir la sobremordida y la sonrisa gingival. Si no muestra exceso de encía en sonrisa, lo que habrá que intruir son los incisivos inferiores.¹⁵

2.3 Definición de términos básicos

- **Prevalencia:**

La prevalencia es una proporción que indica la frecuencia de un evento. En general, se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado, y se denomina únicamente como prevalencia (p).¹⁰

- **Deglución:**

Es el conjunto de actos que garantizan el paso de alimentos sólidos y/o líquidos desde la boca hasta el estómago, atravesando la faringe y el esófago.¹⁴

- **Deglución atípica:**

Llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngeolaríngea de la deglución.⁸

- **Maloclusiones dentarias:**

Es la patología donde los controles anatómo-fisiológicos del sistema estomatognático se encuentran en desarmonía con los segmentos dentarios.¹³

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis y derivadas

a. HIPÓTESIS PRINCIPAL

Es probable que la Deglución Atípica tenga relación con el desarrollo de maloclusiones en alumnos de 6 a 12 años de edad.

b. Hipótesis secundaria:

Es probable que la deglución atípica no tenga relación con el desarrollo de maloclusiones en alumnos de 6 a 12 años de edad.

3.2 Variables; Definición conceptual y Operacional

a. VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLES
Deglución Atípica	Presenta No Presenta	Cualitativo	Nominal	Independiente
Maloclusiones dentarias	Mordida abierta anterior Mordida Cruzada No presenta Clasificación de Angle: - Clase I - Clase II - Clase III	Cualitativo	Nominal	Dependiente

VARIABLES SECUNDARIAS:

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLES
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativo	Nominal	Secundaria
Edad	Años	Cuantitativo	Razón	Secundaria

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño Metodológico

A. TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación es de tipo No experimental; puesto que los fenómenos se observaron mediante un examen clínico, es decir, no hay intervención y manipulación de las variables sobre las unidades de estudio por parte del investigador.

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo a la temporalidad; es transversal- porque se realizó una sola observación o evaluación sobre las unidades de estudio.

De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos; Es de campo porque las mediciones se realizaron directamente sobre las unidades de estudio es decir sobre su habitad natural.

De acuerdo al momento de la recolección de datos; es Prospectivo porque los datos se obtuvieron después de realizar las encuestas e exámenes clínicos.

De acuerdo a la finalidad investigativa; es Relacional porque se relacionó la deglución atípica con la maloclusión.

4.2 Diseño Muestral

La población objetivo estuvo conformada por los alumnos de 6 y 12 años de edad de la Institución Educativa Inmaculada Concepción, cuyo total fue de 540, de ellos y considerando los criterios de exclusión e inclusión, la población de estudio terminó conformándose con un total de 230 alumnos, sobre los cuales se evaluaron las variables de interés. Por tanto, en nuestra investigación no hemos trabajado bajo el criterio de muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos con edades entre los 6 a 12 años del Colegio Inmaculada Concepción que presentaron deglución atípica para dicha investigación.
- Alumnos que demostraron cooperación para la investigación.
- Alumnos con dentición completa.
- Alumnos que accedieron con la autorización de los padres para realizar el estudio.
- Alumnos que presentaron deglución atípica.
- Alumnos que asistieron regularmente a la institución educativa.

A. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Niños con tratamiento ortodóntico previo.
- Niños con tratamiento ortodóntico actual.
- Niños con algún tipo de síndrome. (Síndrome de Alport, Síndrome de Goldenhard, Síndrome de Treacher Collins, entre otros.)
- Niños no colaboradores para llevar a cabo los procedimientos programados.

4.3 Técnicas de Recolección de Datos

A. TÉCNICA:

Se trabajó realizando la técnica de observación clínica.

B. INSTRUMENTO:

Se utilizaron fichas clínicas elaboradas específicamente para esta investigación.

B. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Se solicitó el permiso correspondiente a la Institución Educativa Inmaculada Concepción de José Luis Bustamante y Rivero.
- Luego, se efectuó una reunión con los docentes y padres de familia para explicar el procedimiento de la investigación. Y además dar una charla educativa sobre salud bucal, y además se expuso el objetivo de la investigación y se detalló el procedimiento a realizar.
- Después, se solicitó a los padres de familia la firma del consentimiento informado aceptando la participación de sus hijos en dicha investigación.
- Se solicitó la relación de los estudiantes comprendidos entre las edades de 6 a 12 años.
- Se dividió a los alumnos en grupos de trabajo para realizar la exploración clínica por sesiones.
- Se determinó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión los alumnos que se incluirán en el estudio.
- La evaluación, se realizó en un ambiente adecuado dispuesto para la investigación y contando con buena iluminación se procedió a realizar la evaluación clínica.
- Después, se procedió a la evaluación de cada niño utilizando espejos dentales, baja lenguas, guantes, mascarilla y luz del día.
- Se hizo diagnóstico de deglución atípica:
El paciente debe estar cómodamente sentado en actitud relajada.
Se le indico que beba un sorbo de líquido.
Se observó lo siguiente: El tipo de deglución, mediante la observación de la posición frontal de la lengua desde la fase oral, contracción de los labios, falta de contracción de maseteros, contracción del mentón, ruidos al tragar.
- Luego, se realizó el examen intrabucal, se observó los problemas de maloclusiones dentaria anteroposterior, vertical y transversal, exploración de las piezas dentarias, el tipo de arco dentario, el

tipo de deglución, el tipo de mordida el cual se registró en una ficha de observación.

- Todo lo observado se anotó en la ficha clínica diseñada para esta investigación.

4.4 Técnicas Estadísticas para el Procedimiento de la Información

Los datos, una vez recolectados, se procedió a tabularlos en una matriz de sistematización para los cual se utilizó una hoja de cálculo Excel versión (2010). A partir de esta se elaboró las tablas, de simple y doble entrada, y los gráficos, principalmente de barras.

El análisis estadístico que se aplicó tiene dos etapas, en la primera hallamos, frecuencias absolutas (N°) y relativas (%) para distribuir las variables, que en nuestra investigación, son de naturaleza cualitativa. En la segunda etapa se estableció, si existe o no relación entre la deglución atípica y las maloclusiones, para lo cual se utilizó la prueba estadística de CHI CUADRADO a un nivel de significancia del 95% (0.05).

La totalidad del proceso estadístico se llevó a cabo con ayuda del software EPI-INFO versión 6.0.

4.5 Aspectos Éticos

4.5.1 Principios Éticos:

- **Autonomía y respeto:** Este principio está dado por que la persona estuvo libre en participar o no en estudio que se realizará a sus menores hijos mediante el consentimiento informado.
- **Justicia:** consta en reconocer que todas las personas tienen el derecho equitativo a los beneficios, por lo que se procuró brindar de forma equilibrada la misma calidad en los procesos, procedimientos y servicios.
- **No maleficencia:** La norma mínima de este principio es no hacer ningún daño a los alumnos que participaron en el presente estudio.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA
CONCEPCIÓN SEGÚN SEXO

SEXO	N°	%
Masculino	116	50.4
Femenino	114	49.6
Total	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar la distribución numérica y porcentual de los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa según su sexo. Como se puede apreciar, el mayor porcentaje correspondió a los que eran del sexo masculino (50.4%), el resto fueron del femenino (49.6%).

Si bien es cierto en nuestra población de estudio hubo más hombres, sin embargo, la diferencia entre ambos sexos es mínima, pues casi la distribución se dio por mitades.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN SEGÚN SEXO

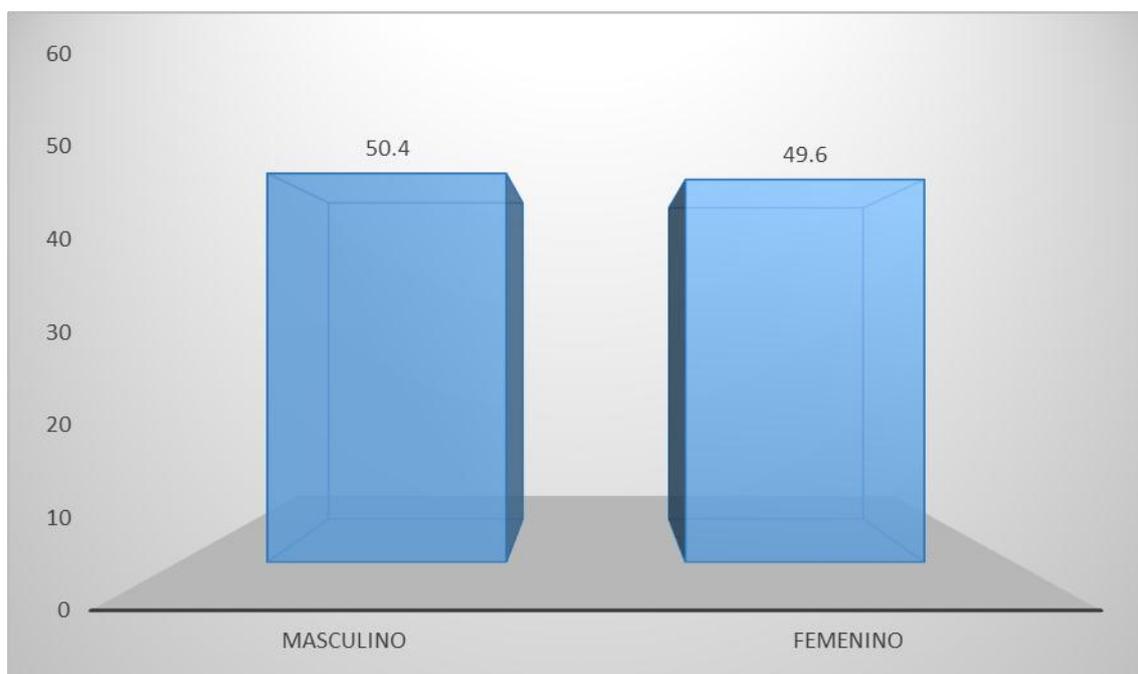


TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA
CONCEPCIÓN SEGÚN EDAD**

EDAD	N°	%
6 a 7 años	116	50.4
8 a 9 años	58	25.2
10 a 11 años	56	24.3
Total	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2 podemos observar la distribución numérica y porcentual de los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa según su edad, la cual se dividió en tres grupos etarios que se caracterizaron por tener igual número de años.

No se consideró al grupo etario de 12 años por no tener significancia estadística

Los resultados nos permiten evidenciar que el mayor porcentaje de nuestra población de estudio (50.4%) estaban entre los 6 y 7 años, mientras que el menor (24.3%) correspondió a los de 10 a 11 años, sin embargo, muy cerca de este porcentaje estuvieron los de 8 a 9 años (25.2%).

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN SEGÚN EDAD

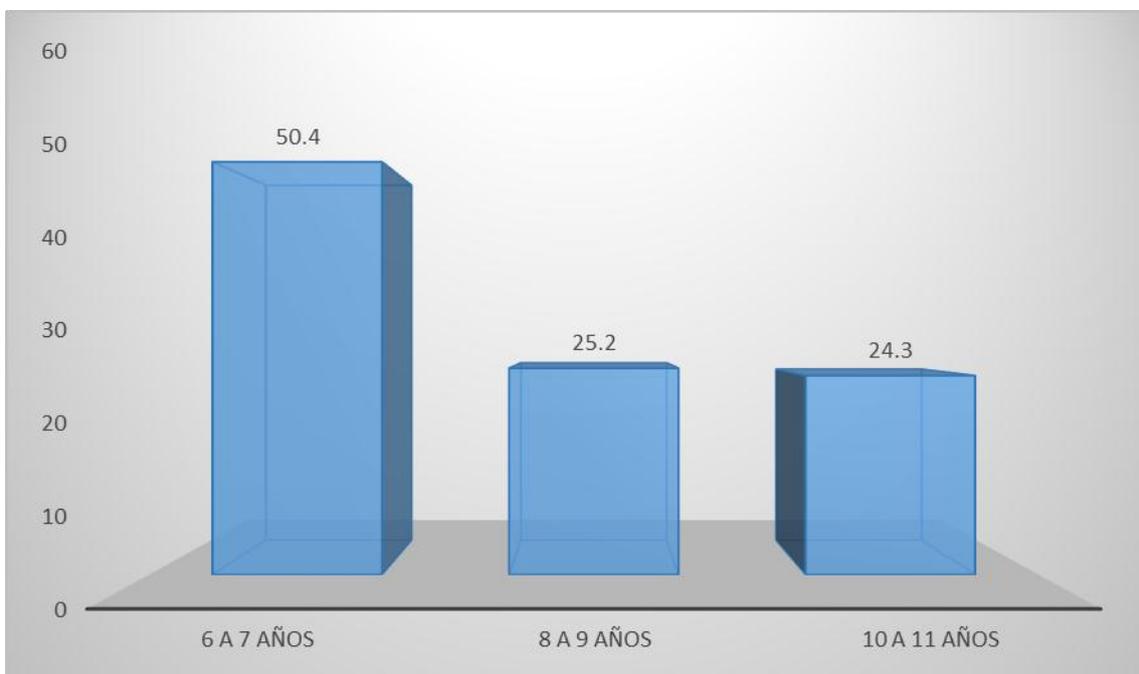


TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA
CONCEPCIÓN SEGÚN GRADO DE ESTUDIO**

GRADO	N°	%
Primer Grado	68	29.6
Segundo Grado	48	20.9
Tercer Grado	26	11.3
Cuarto Grado	32	13.9
Quinto Grado	34	14.8
Sexto Grado	22	9.6
Total	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La investigación se realizó en todo el nivel primario de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de la ciudad de Arequipa, por tanto, se trabajó con los alumnos desde el primer grado y hasta el sexto grado.

Los datos que se han encontrado nos muestran que el mayor porcentaje de los alumnos evaluados (29.6%) fueron los que cursaban el primer grado, en tanto el menor porcentaje (9.6%) correspondió a aquellos que estaban llevando a cabo el sexto grado.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

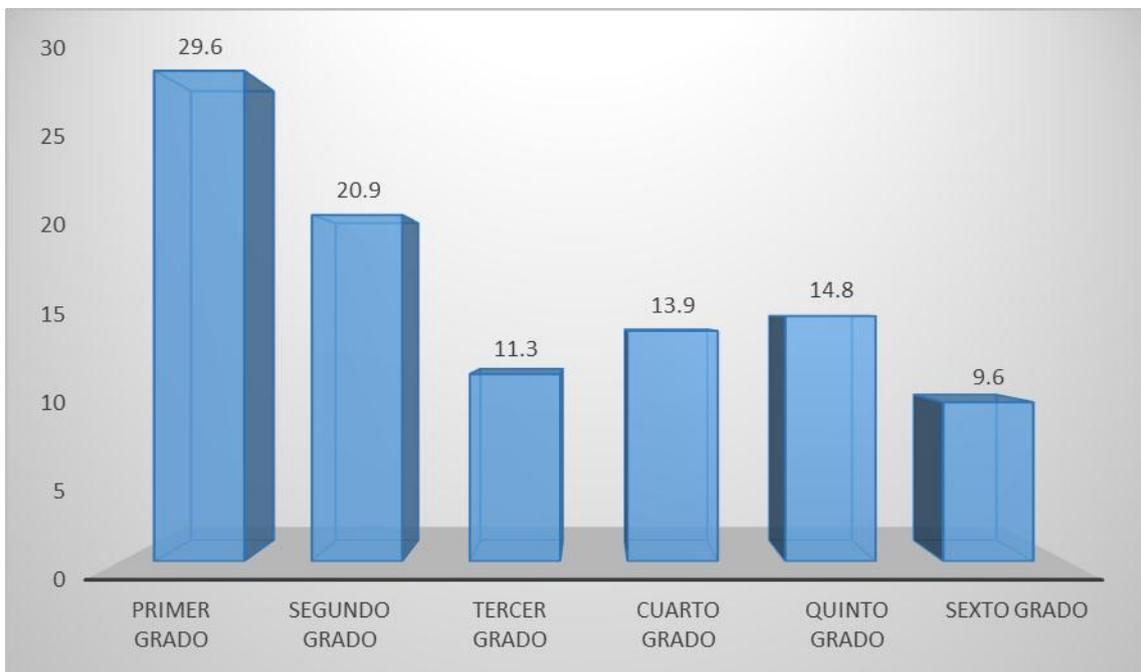


TABLA N° 4

**PREVALENCIA DE DEGLUCIÓN ATÍPICA EN LOS ALUMNOS DEL
COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN**

DEGLUCIÓN ATÍPICA	N°	%
Presenta	123	53.5
No Presenta	107	46.5
Total	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La deglución atípica fue una de nuestras variables principales investigativas y se evaluaron en los estudiantes de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa.

Como se puede apreciar de los resultados obtenidos del estudio, la prevalencia de deglución atípica fue del 53.5%, es decir, la mayoría de los alumnos la presentaban, por tanto, el resto de ellos (46.5%) estuvieron exentos de este problema.

GRÁFICO N° 4

PREVALENCIA DE DEGLUCIÓN ATÍPICA EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN

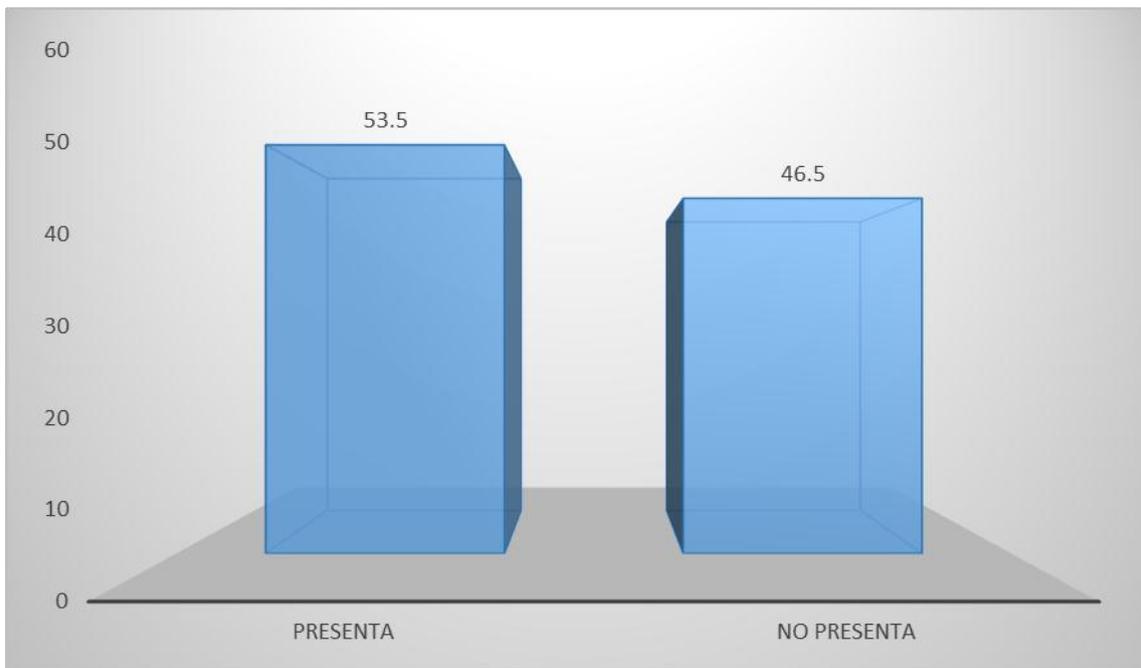


TABLA N° 5
MALOCLUSIÓN EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA
CONCEPCIÓN

MALOCLUSIÓN	N°	%
Clase I	204	88.7
Clase II	26	11.3
Clase III	0	0.0
Total	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla que precede la interpretación, muestra las clases de oclusión evidenciada luego del examen clínico en los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa.

Los resultados obtenidos nos demuestran que la gran mayoría de nuestra población (88.7%) estaban con una oclusión Clase I, es decir, estaban dentro de lo normal, en tanto el resto (11.3) presentaban maloclusión, correspondiente a la Clase II. Así mismo, se puede establecer que ninguna de nuestras unidades de estudio presentó la Clase III.

GRÁFICO N° 5

MALOCLUSIÓN EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN

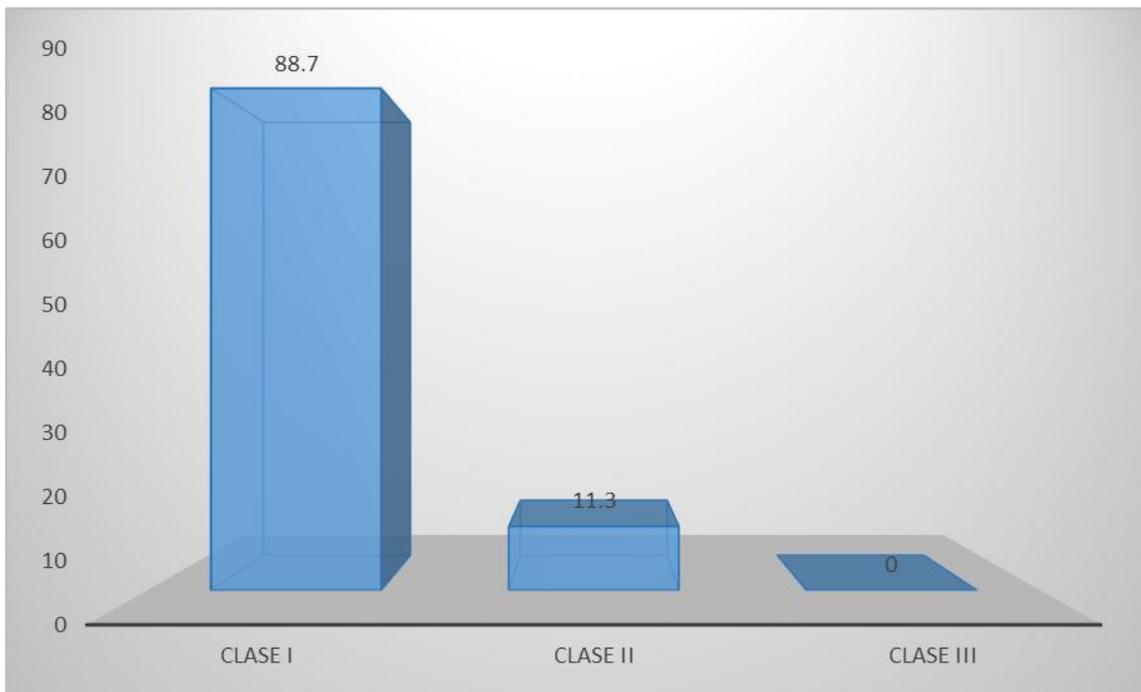


TABLA N° 6

**TIPO DE MORDIDA EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA
CONCEPCIÓN**

MORDIDA	N°	%
No presenta	110	47.8
Mordida abierta	86	37.4
Mordida cruzada	34	14.8
Total	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

El tipo de mordida que se pudo evidenciar fue otro parámetro para evaluar las maloclusiones en los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa.

Los resultados obtenidos nos permiten establecer que la mayoría de nuestra población que fue motivo de estudio (52.2%) presentaron algún tipo de mordida no fisiológica establecida dentro de las clasificaciones diagnósticas, ahora bien, la mordida abierta fue la que más se observó (37.4%) respecto a las mordidas cruzadas (14.8%).

GRÁFICO N° 6

TIPO DE MORDIDA EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN

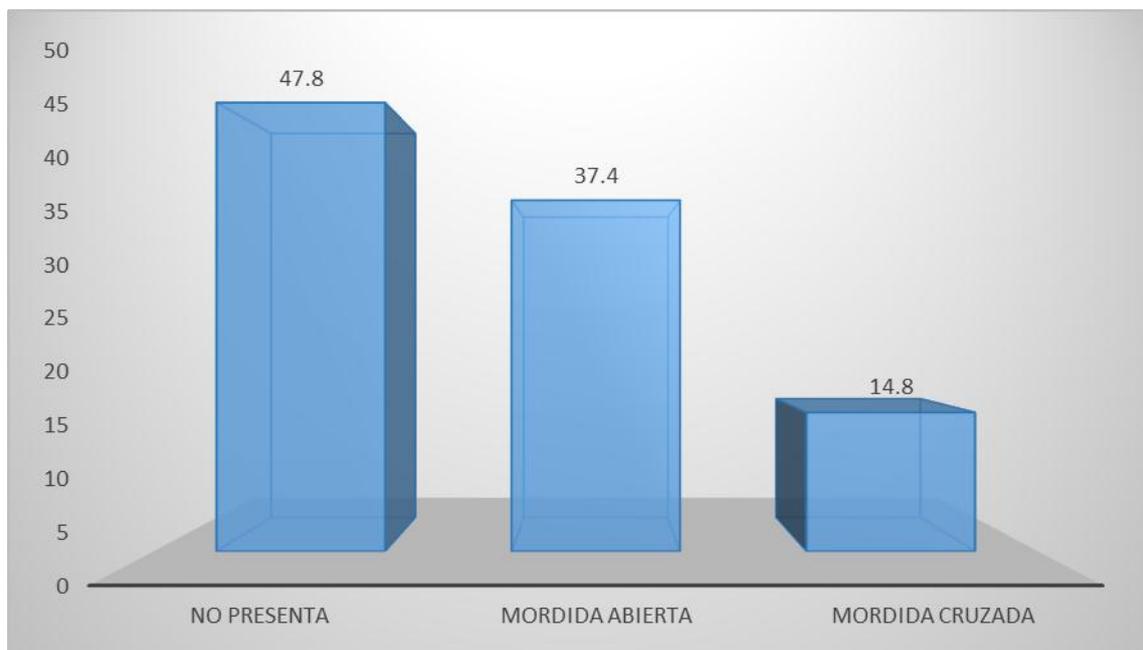


TABLA N° 7**RELACIÓN ENTRE DEGLUCIÓN ATÍPICA Y MALOCLUSIONES EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN**

Maloclusión	Deglución Atípica				Total	
	Presenta		No Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
Clase I	97	78.9	107	100.0	204	88.7
Clase II	26	21.1	0	0.0	26	11.3
Total	123	100.0	107	100.0	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla estamos relacionando la prevalencia de deglución atípica con las maloclusiones en los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa.

Como se observa de los resultados obtenidos, los que no presentaron deglución atípica, ninguno de ellos presentó maloclusiones, pues todos clasificaron en una Clase I, en tanto los que evidenciaron deglución atípica, casi la cuarta parte de ellos (21.1%) presentaban maloclusiones, las cuales fueron clasificadas dentro de la Clase II.

GRÁFICO N° 7

RELACIÓN ENTRE DEGLUCIÓN ATÍPICA Y MALOCLUSIONES EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN

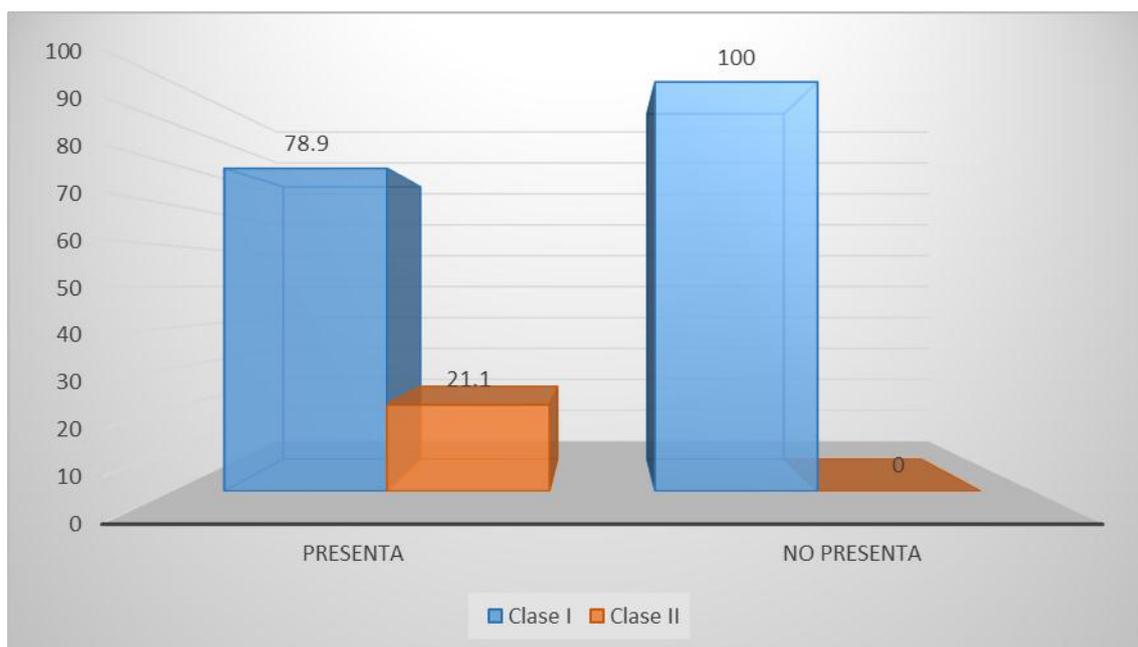


TABLA N° 8**RELACIÓN ENTRE DEGLUCIÓN ATÍPICA Y TIPO DE MORDIDA EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN**

Mordida	Deglución Atípica				Total	
	Presenta		No Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
No Presenta	3	2.4	107	100.0	110	47.8
Mordida abierta	86	69.9	0	0.0	86	37.4
Mordida cruzada	34	27.6	0	0.0	34	14.8
Total	123	100.0	107	100.0	230	100.0

Fuente: Matriz de datos

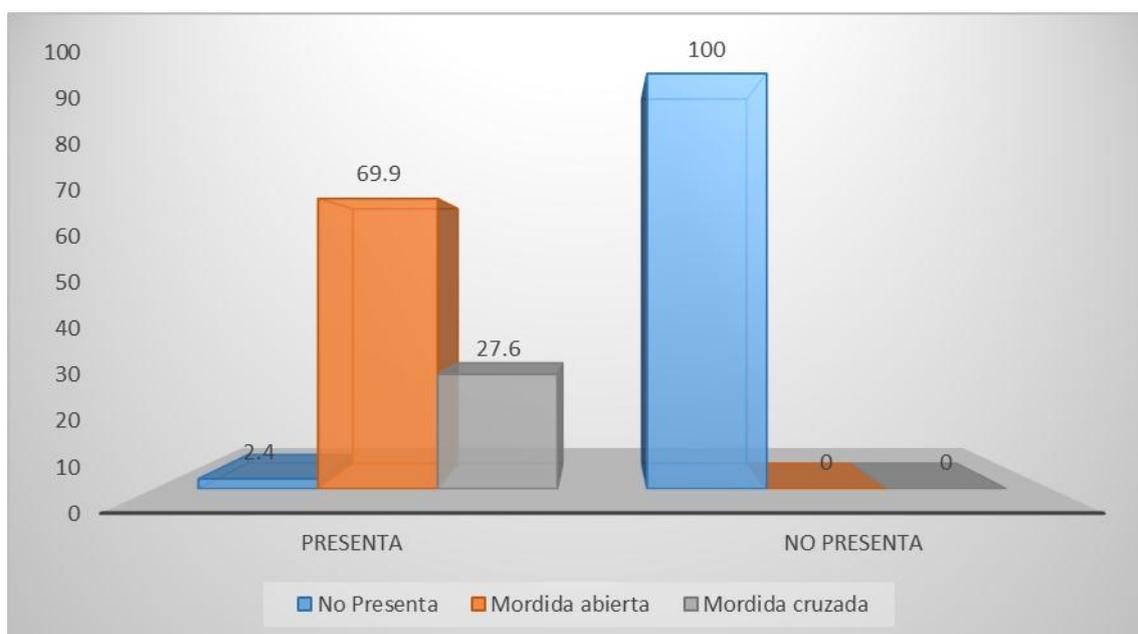
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla estamos relacionando el tipo de mordida con las maloclusiones en los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa.

Como se puede apreciar de los resultados obtenidos, los que no presentaron deglución atípica, ninguno de ellos presentó un tipo de mordida que fuera considerada como fuera de lo normal, en tanto los que presentaron deglución atípica, la gran mayoría de ellos (97.6%) tuvieron una mordida no fisiológica, siendo la más común la mordida abierta (69.95%) respecto a la mordida cruzada (27.6%).

GRÁFICO N° 8

RELACIÓN ENTRE DEGLUCIÓN ATÍPICA Y TIPO DE MORDIDA EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

TABLA N° 9

PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA PREVALENCIA DE DEGLUCIÓN ATÍPICA CON LAS MALOCLUSIONES EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN

DEGLUCIÓN ATÍPICA	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Maloclusiones	25.501	1	<u>0.000</u> (P < 0.05)

En la relación llevada a cabo de la prevalencia de deglución atípica con las maloclusiones (Tabla N° 7) de los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si hay o no relación significativa entre estas dos variables principales motivo de investigación.

Como se aprecia, según la prueba estadística aplicada, se ha encontrado relación significativa entre estas dos variables, puesto que ha quedado demostrado que aquellos alumnos que presentan deglución atípica tienen mayor tendencia a sufrir de maloclusiones, principalmente de la Clase II.

TABLA N° 10

**PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA PREVALENCIA DE
DEGLUCIÓN ATÍPICA CON EL TIPO DE MORDIDA EN LOS ALUMNOS DEL
COLEGIO INMACULADA CONCEPCIÓN**

DEGLUCIÓN ATÍPICA	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Mordida	218.271	2	<u>0.000</u> (P < 0.05)

En la relación llevada a cabo de la prevalencia de deglución atípica con el tipo de mordida (Tabla N° 8) de los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si hay o no relación significativa entre estas dos variables principales motivo de investigación.

Como se aprecia, según la prueba estadística aplicada, se ha encontrado relación significativa entre estas dos variables, puesto que ha quedado demostrado que aquellos alumnos que evidenciaron deglución atípica presentan mordidas abierta o cruzada, siendo más prevalente la primera que la segunda.

5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Hipótesis Principal:

Es probable que la Deglución Atípica tenga relación con el desarrollo de maloclusiones en alumnos de 6 a 12 años de edad.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tablas N° 9 y 10), procedemos a aceptar la hipótesis principal, pues hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, pudiendo afirmar que la deglución atípica condiciona el desarrollo de maloclusiones y mordida abierta o cruzada en los alumnos de 6 a 12 años de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa.

Hipótesis Derivada:

Es probable que la deglución atípica no tenga relación con el desarrollo de maloclusiones en alumnos de 6 a 12 años de edad.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tablas N° 9 y 10), procedemos a rechazar esta hipótesis, pues hemos encontrado relación entre la prevalencia de deglución atípica y el desarrollo de maloclusiones y mordidas, tanto abierta como cruzada, en nuestra población de estudio.

5.4 DISCUSIÓN:

La deglución atípica es un mecanismo anómalo que consiste en la colocación inadecuada de la lengua en el momento de tragar el alimento. Ésta provoca alteraciones anatómicas como las maloclusiones, las cuales son tratadas a través de un tratamiento ortodóncico y/o terapia miofuncional. El propósito de esta investigación fue determinar y relacionar la prevalencia de la deglución atípica con maloclusiones dentarias en alumnos de 6 a 12 años del Colegio Inmaculada Concepción.

Con respecto a la prevalencia de deglución atípica fue del 53.5%, es decir, la mayoría de los alumnos la presentaban. Similar al estudio de M. S. Discacciati de Lértora, m. F. Lértora, g. V. Quintero de Lucas, en la cual se determinó la prevalencia de la Deglución Atípica es de 57% el cual coincide con la presente investigación.

Con respecto a los tipos de maloclusiones se encontró; (88.7%) estaban con una oclusión Clase I, es decir, estaban dentro de lo normal, en tanto el resto (11.3%) presentaban maloclusión, correspondiente a la Clase II. Así mismo, se puede establecer que ninguna de nuestras unidades de estudio presentó la Clase III. En el estudio de Zapata Dávalos, Mónica Josefina. se determinó que en 154 niños evaluados se pudo observar que la maloclusión dentaria que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II con un 20,7%, y la clase III con un 7.8%.

Se relacionó la prevalencia de deglución atípica con las maloclusiones en los alumnos de la Institución Educativa Inmaculada Concepción de Arequipa, observando, los que no presentaron deglución atípica, ninguno de ellos presentó maloclusiones, pues todos clasificaron en una Clase I, en tanto los que evidenciaron deglución atípica, casi la cuarta parte de ellos (21.1%) presentaban maloclusiones, las cuales fueron clasificadas dentro de la Clase II.

Se relacionó la deglución atípica con las maloclusiones dentales, se encontró a los niños que no presentaron deglución atípica, ninguno

presentó maloclusiones, lo cual se clasificaron en una Clase I; en tanto los que evidenciaron deglución atípica, en un 21.1% presentaban maloclusiones, las cuales fueron clasificadas dentro de la Clase II, estos datos se relacionan con el estudio de Zapata Dávalos donde se observó que existe una relación altamente significativa entre deglución atípica y la maloclusión dentaria Clase II, obteniendo un 20.7% donde la deglución atípica, se clasificó en una clase II de maloclusiones dentarias, contrastando con el presente estudio.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La prevalencia de deglución atípica evidenciada en las unidades de estudio fue de 53.5%, es decir, la mayoría de los alumnos la presentaron.

SEGUNDA:

Respecto a las maloclusiones, la clase que con más frecuencia se presentó fue la I, con el 88.7%, seguida por la Clase II (11.3%), en ninguno de los estudiantes se observó la Clase III.

TERCERA:

Se demostró que existe relación entre la deglución atípica y las maloclusiones dentales, donde se encontró en los alumnos con clase I no presentaron deglución atípica, a comparación de los alumnos de la clase II que si se encontró la deglución atípica.

RECOMENDACIONES:

PRIMERA:

Se recomienda diagnosticar correctamente la deglución atípica para prevenir las maloclusiones, proporcionando una atención integral al alumno y una información completa a los padres del colegio Inmaculada Concepción del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

SEGUNDA:

Se sugiere programas preventivos para impulsar la participación de los padres, con el objetivo de disminuir los malos hábitos como la deglución atípica que es un desencadenante de maloclusiones dentarias del colegio Inmaculada Concepción del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

TERCERA:

Se recomienda realizar investigación en otras poblaciones, como pueden ser comunidades o diferentes instituciones educativas, debido a que no existe suficientes estudios sobre deglución atípica y su relación con maloclusiones dentarias.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arocha A. Alina, Aranda G. María S., Pérez P. Yisel, Granados H. Ana Elena; Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN Vol.20 N°.4santiago de Cuba. 2016.
2. Aliaga Del Castillo, Aron; Mattos Vela, Manuel; Aliaga Del Castillo, Rosalinda; Del Castillo Mendoza, Claudia; Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la amazonia de Ucayali, Perú. Recibido 2010; Aprobado 2011.
3. Baberia L. E., Boj Q. J.R, Catala P. M., Odontopediatria. 2da. Ed. España. 2002
4. Blanco Reyes, Vanessa; Quirós Oscar; Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. Venezuela. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Recibido 2013; Aceptado 2014.
5. Cervera José Fco., Ygual Amparo. Guía para la evaluación de la deglución atípica. España. Cuadernos de audicon y lenguaje nº3, sección A pag57:65 febrero 2002.
6. Camblor Adilén, Cogorno Valentina, Gutiérrez Hilda, Veitia Jesymar; Estudio retrospectivo de Maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antímano. Venezuela. Recibido2000, Aprobado 2007.
7. Del Águila Ochoa, María Alicia; Céspedes Porras, Jacqueline. Relación entre la deglución atípica y mordida abierta con presencia de displasias en los niños de 6 a 10 años de edad del centro educativo nuestra señora del consuelo. Perú. Disponible en www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2007/kiru2007.pdf. Kiru 2007; 4(1):20.23.Presentado 2009; Aceptado 2009.

8. Discacciati de Lértora, M.; Lértora F, M; Quintero de Lucas, V. Relación entre maloclusiones y deglución atípica en una población escolar argentina. *Odontología Pediátrica* Vol. 16 nº2 pp.99-107, 2008
9. Gregoret Jorge, Tuber Elisa, Escobar Luis, Matos de Fonseca Antonio. *Ortodoncia y cirugía ortognática*. Segunda edición. España .1998
10. Hernandez Mazon, Elisabet; Rodríguez Osorio, M.; Silva Contreras, A. Las Mordidas abiertas anteriores en pacientes de 9 a 14 años de edad. Cuba. Recibido 2015, Aprobado 2015.}
11. Jiménez Jiménez, Jonatan; Importancia de la deglución atípica en las Maloclusiones; Perú. Recibido 2016; Aprobado 2016.
12. López Huamán, Giovanni; Maloclusión; Universidad Católica Santa María. Arequipa. Primera Edición 2010.
13. Moreno Altamirano, Alejandra; López Moreno, Sergio; Corcho-Berdugo, Alexander. Principales medidas en epidemiología. México. 2000.
14. Mohedano Iranzo, M. La deglución atípica Factores de riesgo y trastornos asociados importancia de la prevención. España. 2011. Disponible en http://psicologopedicbarcelona.com/Articulos/Deglucion_atipica.pdf
15. Sada Myriam, Girón Javier. Maloclusión en la dentición temporal o mixta.; *An. Pediatría Contin* 2006; 4(1):66-70 España. 2006
16. Salas Acosta, Socorro Rosalía. Relación del tipo de deglución con la clase esquelética mandibular en niños con síndrome de Down de la I.E Jesús infante Paucarpata, Arequipa 2013.
17. Santiso Cepero, Armando; Torres Ulloa, Marisney; Álvarez Curbelo, Milenis; Cubero González Raúl; López Martín, Dayamí. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Cuba. 2010

18. Souto S; González L. Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Fisioterapia 2003; 25(5):248-92 España. 2003.
19. T. Carmen, Medina A., L. María, Laboren S., Viloría R. Carolina, Quirós A. Oscar, D´Jurisic Aura. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. Venezuela. 2010.
20. Testa, Mauro; Comparelli, Ugo; Kratzenberg, Georges. Técnicas Ortodónticas. Italia. Edición 2005
21. Vellini Ferreira, Flavio. Ortodoncia: diagnóstico y Planificación Clínica. Editorial artes Medicas LTDA. 1ra Edición. Sao Paulo, Brasil. 2002
22. Vergaray Solano, Albina Karen. Evaluación de las características esqueléticas y dentales de pacientes deglutores atípicos según patrón esquelético. Perú; Publicado 2009.
23. Vera AE, Chacón ER, Ulloa R, Vera S. Estudios de la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. Ortodoncia.ws [Internet]. 2004 Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art6.asp>
24. Zapata Dávalos, Mónica Josefina. Prevalencia De Hábitos Bucales Y Su Relación Con Maloclusiones Dentarias En Niños De 06 A 12 Años En El Colegio Los Educadores, Lima, Perú 2013.
25. Zaldivar I Martín Ledia; Peláez García Palaes; Expósito Martín Idelbys; Estrada Verdeja Viviana; Pérez Llanes Yoicet. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Cuba 2010. (Aprobado y aceptado 2010)

ANEXOS

ANEXO Nº 2

FICHA DE OBSERVACION CLÍNICA

(Ohanian, María; Fundamentos y Principios de la Ortopedia Dento-Maxilo-Facial; 1ra edición 2000, Editorial Amolca)

	CONTRACCIÓN ORBICULAR	CONTRACCION TEMPORAL
CON INTERPOSICION LINGUAL		
CON INTERPOSICION LABIAL		
CON CONTRACCION COMISURAL		

	PRESENTA	NO PRESENTA
DEGLUCION ATIPICA		

TIPOS DE MALOCLUSIONES	MORDIDA ABIERTA	MORDIDA CRUZADA
CLASE I		
CLASE II		
CLASE III		

ANEXO N° 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con DNI
N°

_____ autorizo al tesista Miguel Angel Enrique Cornejo Silva a
realizar

La Ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi menor hijo

_____.

Me han informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Se

Informó que se realizará un examen clínico para determinar los Factores
asociados a los

La Deglución Atípica y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06
a 14 años en el Colegio "Inmaculada Concepción" en el distrito de José Luis
Bustamante Y Rivero. El tiempo de duración será aproximadamente de 5
minutos por alumno.

El procedimiento se basa en determinar las maloclusiones dentarias causadas
por la Deglución Atípica en su menor hijo.

He comprendido las explicaciones que se me dio en el lenguaje claro y sencillo,
también se me otorgó la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso,
dando aclaración a toda duda presente.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi autorización para que se
realice este procedimiento.

Arequipa.....

Firma del Investigador

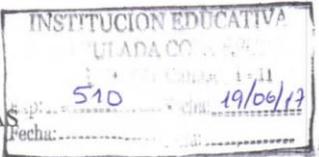
Firma del Apoderado

ANEXO N° 04

DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



Arequipa, 16 de junio del 2017

Lic. Eva Bellatín Pérez
Directora de la Institución Educativa Inmaculada Concepción
Presente.-

ASUNTO: Solicito Ingreso con Fines Investigativos.

De mi mayor consideración:

Reciba el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hacer de su conocimiento que el Sr. **MIGUEL ANGEL ENRIQUE CORNEJO SILVA**, con DNI 45686557, Bachiller en Estomatología, y para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación por sus respectivos Asesores es que, SOLICITO a su digno despacho permitirle el ingreso a las instalaciones de la Institución Educativa que acertadamente dirige para la recolección de muestras por un periodo de 30 días aprox., a partir del día martes 20 de junio al 20 de julio del presente año.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde al presente, es propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi alta consideración.

Atentamente,


Dra. María Luz Nieto Murriel
Coordinadora Académica
Escuela Profesional de Estomatología

RSOY duo cur sub. del de P. 19/06

Av. San Felipe 1109 - Jesús María - Lima - Perú Telf.: 266-0195 / 470-0953 Fax: 470-9838 / <http://www.uap.edu.pe> Email: webmaster@uap.edu.pe

1

ANEXO N° 05

DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA

	<p style="text-align: center;">INSTITUCIÓN EDUCATIVA "INMACULADA CONCEPCIÓN" CREADA POR R.S. N° 1182 DEL 14/09/1966 NUESTRO LEMA: DIOS Y PATRIA, VIRTUD Y CIENCIA</p>	
<p style="text-align: center;">"Año de la Consolidación del Mar de Grau"</p>		
<h3 style="text-align: center;"><u>CONSTANCIA DE RECOJO DE INFORMACIÓN</u></h3>		
<p>LA DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "INMACULADA CONCEPCIÓN" DE LA URBANIZACIÓN PEDRO DIEZ CANSECO, DEL DISTRITO DE JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO, PERTENECIENTE A LA UGEL SUR.</p>		
<p>HACE CONSTAR QUE EL ESTUDIANTE DE ESTOMATOLOGIA DE LA UAP MIGUEL ANGEL ENRIQUE CORNEJO SILVA , HA REALIZADO EL RECOJO DE INFORMACIÓN DE SU TESIS EN EL NIVEL PRIMARIO DE NUESTRA II.EE. , DEL 19 AL 29 DE JUNIO DEL PRESENTE, HABIENDOSE DESARROLLADFO SIN NOVEDAD Y EJECUTADO EN SU TOTALIDAD.</p>		
<p>SE EXPIDE LA PRESENTE CONSTANCIA A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA LOS FINES QUE ESTIME POR CONVENIENTE.</p>		
<p style="text-align: right;">AREQUIPA, JUNIO 30 DE 2017</p>		
<p style="text-align: center;"> Eva S. Bellatin Pérez DIRECTORA</p>		
<hr/> <p style="text-align: center;">Urb. Pedro Diez Canseco I-11 –Distrito de José Luis Bustamante y Rivero-Arequipa Email: ieinmaculadaconcepcion@hotmail.com fono 348936</p>		

ANEXO N° 06

MATRIZ DE DATOS

N° alumnos	De	Sexo	Edad	Grado	Deglución Atípica	Maloclusión (Según Angle)	Mordida
1		1	6	1	1	1	1
2		2	6	1	1	1	1
3		2	6	1	2	1	0
4		2	6	1	1	2	2
5		1	6	1	1	1	1
6		1	6	1	2	1	0
7		2	6	1	2	1	0
8		1	6	1	2	1	0
9		2	6	1	1	2	1
10		2	6	1	1	1	1
11		1	6	1	1	2	2
12		1	6	1	2	1	0
13		2	6	1	1	1	1
14		2	6	1	2	1	0
15		1	6	1	1	1	1
16		2	6	1	1	2	1
17		1	6	1	1	2	2
18		1	6	1	2	1	0
19		1	6	1	2	1	0
20		2	6	1	2	1	0
21		2	6	1	1	2	1
22		1	6	1	1	1	1
23		2	6	1	2	1	0
24		2	6	1	2	1	0
25		2	6	1	2	1	0
26		1	6	1	1	1	1
27		2	6	1	1	2	1
28		2	6	1	2	1	0
29		1	6	1	2	1	0
30		1	6	1	1	2	1
31		1	6	1	2	1	0
32		2	6	1	1	1	2
33		1	6	1	1	1	1
34		1	6	1	2	1	0
35		2	6	1	2	1	0
36		1	6	1	2	1	0

37	1	6	1	2	1	0
38	2	6	1	1	2	1
39	2	6	1	1	1	1
40	1	6	1	1	2	2
41	1	6	1	2	1	0
42	1	6	1	2	1	0
43	1	6	1	1	1	1
44	1	6	1	1	1	1
45	2	6	1	1	2	1
46	1	6	1	1	1	1
47	2	6	1	1	2	2
48	1	6	1	2	1	0
49	2	6	1	1	1	1
50	1	6	1	2	1	0
51	1	6	1	1	1	1
52	1	6	1	1	2	1
53	2	6	1	1	1	1
54	1	6	1	2	1	0
55	2	6	1	2	1	0
56	1	6	1	1	1	1
57	2	6	1	2	1	0
58	1	6	1	1	2	1
59	2	6	1	2	1	0
60	1	6	1	1	2	1
61	1	6	1	2	1	0
62	2	6	1	2	1	0
63	1	6	1	2	1	0
64	2	6	1	2	1	0
65	2	6	1	1	2	1
66	2	6	1	2	1	0
67	2	6	1	2	1	0
68	2	6	1	2	1	0
69	2	7	2	1	1	1
70	1	7	2	1	2	1
71	2	7	2	1	2	2
72	1	7	2	1	1	2
73	1	7	2	1	1	2
74	1	7	2	2	1	0
75	1	7	2	2	1	0
76	2	7	2	2	1	0
77	1	7	2	1	1	1
78	2	7	2	2	1	0
79	1	7	2	1	1	1
80	2	7	2	1	1	1

81	2	7	2	2	1	0
82	1	7	2	2	1	0
83	2	7	2	1	2	1
84	1	7	2	2	1	0
85	1	7	2	1	1	2
86	1	7	2	1	1	1
87	1	7	2	2	1	0
88	2	7	2	2	1	0
89	2	7	2	1	2	2
90	1	7	2	2	1	0
91	2	7	2	1	2	2
92	1	7	2	1	1	1
93	2	7	2	1	1	1
94	2	7	2	1	1	0
95	2	7	2	1	1	1
96	1	7	2	1	1	1
97	1	7	2	1	1	1
98	1	7	2	1	1	1
99	2	7	2	1	1	2
100	2	7	2	2	1	0
101	1	7	2	1	1	0
102	2	7	2	2	1	0
103	2	7	2	2	1	0
104	2	7	2	2	1	0
105	2	7	2	1	1	2
106	1	7	2	2	1	0
107	1	7	2	1	1	1
108	1	7	2	1	1	1
109	1	7	2	1	1	2
110	2	7	2	2	1	0
111	1	7	2	1	1	2
112	2	7	2	1	1	1
113	2	7	2	1	1	1
114	1	7	2	2	1	0
115	2	7	2	2	1	0
116	2	7	2	1	1	1
117	2	8	3	1	1	1
118	1	8	3	1	1	2
119	1	8	3	2	1	0
120	2	8	3	2	1	0
121	2	8	3	2	1	0
122	1	8	3	1	1	1
123	1	8	3	1	1	1
124	1	8	3	1	1	1

125	1	8	3	1	1	1
126	1	8	3	2	1	0
127	1	8	3	2	1	0
128	2	8	3	2	1	0
129	2	8	3	2	1	0
130	2	8	3	2	1	0
131	2	8	3	2	1	0
132	1	8	3	2	1	0
133	1	8	3	2	1	0
134	2	8	3	1	1	1
135	2	8	3	2	1	0
136	1	8	3	2	1	0
137	1	8	3	2	1	0
138	2	8	3	2	1	0
139	2	8	3	2	1	0
140	2	8	3	2	1	0
141	1	8	3	2	1	0
142	2	8	3	1	1	2
143	2	9	4	2	1	0
144	2	9	4	2	1	0
145	2	9	4	2	1	0
146	2	9	4	2	1	0
147	2	9	4	2	1	0
148	2	9	4	2	1	0
149	1	9	4	1	1	1
150	2	9	4	1	1	1
151	2	9	4	1	2	1
152	2	9	4	2	1	0
153	2	9	4	2	1	0
154	2	9	4	1	1	2
155	1	9	4	2	1	0
156	2	9	4	1	1	1
157	1	9	4	1	1	1
158	2	9	4	1	1	1
159	1	9	4	2	1	0
160	2	9	4	2	1	0
161	2	9	4	1	1	2
162	1	9	4	1	1	2
163	2	9	4	2	1	0
164	1	9	4	1	1	1
165	1	9	4	1	1	1
166	1	9	4	2	1	0
167	1	9	4	2	1	0
168	1	9	4	1	2	1

169	2	9	4	1	1	1
170	1	9	4	1	1	1
171	1	9	4	1	1	0
172	1	9	4	2	1	0
173	2	9	4	1	1	1
174	2	9	4	1	1	1
175	1	10	5	1	1	1
176	1	10	5	2	1	0
177	2	10	5	1	2	1
178	2	10	5	1	2	1
179	1	10	5	1	1	2
180	1	10	5	1	2	2
181	1	10	5	1	1	1
182	1	10	5	2	1	0
183	1	10	5	1	1	2
184	1	10	5	1	1	2
185	1	10	5	1	1	1
186	2	10	5	1	1	2
187	1	10	5	1	1	2
188	2	10	5	2	1	0
189	2	10	5	1	1	1
190	2	10	5	1	1	2
191	2	10	5	1	1	1
192	2	10	5	1	1	1
193	1	10	5	1	1	1
194	2	10	5	2	1	0
195	1	10	5	2	1	0
196	1	10	5	2	1	0
197	1	10	5	1	1	2
198	2	10	5	2	1	0
199	1	10	5	1	1	2
200	2	10	5	1	1	1
201	1	10	5	2	1	0
202	2	10	5	2	1	0
203	1	10	5	2	1	0
204	1	10	5	1	1	2
205	2	10	5	1	1	1
206	2	10	5	2	1	0
207	1	10	5	2	1	0
208	1	10	5	2	1	0
209	1	11	6	1	1	1
210	2	11	6	2	1	0
211	2	11	6	1	1	2
212	2	11	6	1	1	1

213	1	11	6	1	1	1
214	1	11	6	1	1	1
215	1	11	6	1	1	2
216	2	11	6	2	1	0
217	2	11	6	2	1	0
218	1	11	6	1	1	1
219	2	11	6	2	1	0
220	1	11	6	1	1	2
221	1	11	6	2	1	0
222	1	11	6	1	1	1
223	2	11	6	2	1	0
224	1	11	6	1	1	1
225	2	11	6	2	1	0
226	1	11	6	2	1	0
227	1	11	6	2	1	0
228	2	11	6	1	1	1
229	2	11	6	1	1	1
230	2	11	6	1	1	1

ANEXO N° 07

SECUENCIA FOTOGRÁFICA

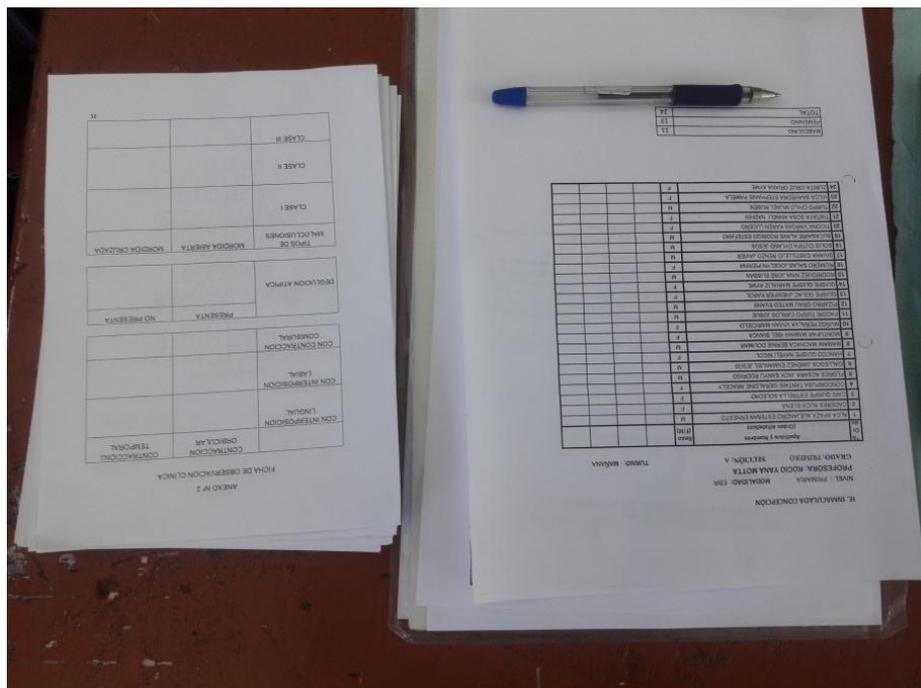


Ingresando al aula de los alumnos para previa charla





Instrumental para empezar con la exploración clínica en los alumnos con las respectivas fichas de trabajo





Siguiendo el procedimiento para la recolección de datos en el examen clínico



Alumna tomando el vaso de agua para observar algún tipo de alteración



Aquí vemos el tipo de mordida en los alumnos (mordida abierta)





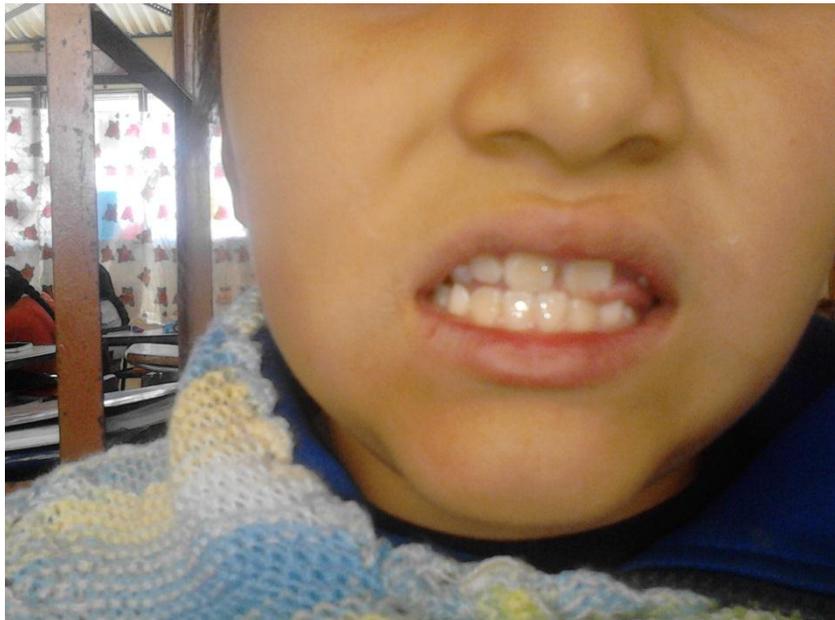
Alumno con presencia de mordida abierta

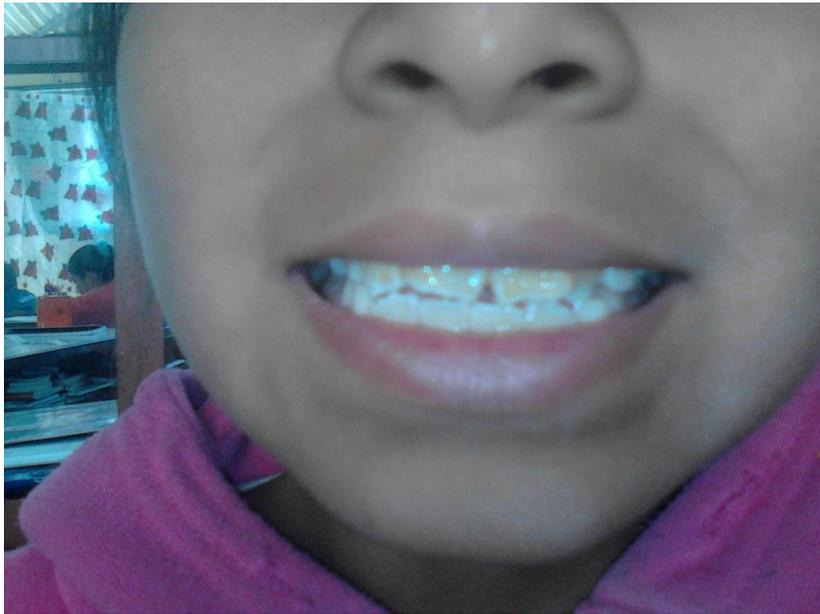


Sobremordida



Mordida cruzada posterior





Alumno con presencia de mordida abierta



Sobremordida



Alumnos con presencia de mordida abierta



Finalizando la recolección de datos y agradeciendo a los niños y docentes por su colaboración