



TESIS

DEGLUCIÓN ATÍPICA Y MALOCLUSIONES DENTALES EN LOS NIÑOS DE 6 -12
AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 54077 DEL DISTRITO DE
ANDAHUAYLAS - 2017

PRESENTADO POR:

BACHILLER: ARÉVALO CÁCERES, MAYDELY

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

ASESORA: MG. RIVERA NAVARRO SHIRLEY YADIRA

ANDAHUAYLAS – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Este trabajo en primer lugar se lo dedico a Dios por darme la vida, salud, sabiduría y paciencia para poder concluir con mis estudios.

A mis padres; mi madre Carmen Cáceres Lizana, mi padre Félix Arévalo Pacheco por darme la vida, por su apoyo incondicional para seguir adelante y por estar a mi lado dándome consejos que hicieron de mí una mejor persona. Gracias por su apoyo moral y económico.

A mi hermano, Juan Carlos Arévalo Cáceres por su motivación para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A la Magister y Especialista Shirley Yadira Rivera Navarro, mi asesora, por mostrarse siempre dispuesta a apoyarme, por su confianza depositada en mí y por su paciencia para encaminarme adecuadamente en esta investigación.

Al director de la Institución Educativa Arcadio Huacre Ramirez por brindarme las facilidades para la aplicación del instrumento para el desarrollo de la investigación.

Gracias a todos mis amigos, quienes me apoyaron en la aplicación del instrumento para la recolección de datos, también agradezco a los pacientes, y todas aquellas personas que contribuyeron para llevar a cabo este logro.

ÍNDICE

PÁG.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción De La Realidad Problemática.....	13
1.2. Delimitación De La Investigación.....	14
1.2.1. Delimitación Espacial.....	14
1.2.2. Delimitación Social.....	14
1.2.3. Delimitación Conceptual.....	14
1.2. Formulación Del Problema.....	15
1.3. Objetivos De La Investigación.....	15
1.4. Justificación De La Investigación.....	16
1.5. Importancia De La Investigación.....	17
1.6. Viabilidad De La Investigación.....	17
1.7. Limitaciones Del Estudio.....	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes De La Investigación.....	19
2.2. Bases Teóricas.....	23
2.2.1. Deglución.....	23
2.2.1.1. Fases de la Deglución.....	23

2.2.1.2. Elementos que participan en la deglución.....	24
2.2.2. Tipos De Deglución.....	24
2.2.2.1. Deglución Atípica.....	25
2.2.2.2. Etiología de la deglución atípica.....	25
2.2.2.3. Pasos Para Determinar La Deglución Atípica.....	25
2.2.2.4. Clasificación de la deglución atípica.....	27
2.2.2.5. Complicaciones de la deglución atípica.....	27
2.2.2.5. Tratamiento de la deglución atípica: Rehabilitación Miofuncional.....	28
2.2.3. Maloclusiones Dentales.....	29
2.2.3.1. Factores etiológicos de las maloclusiones dentales.....	30
2.2.3.3. Clasificación de las maloclusiones según Angle.....	31
2.3. Definición De Términos Básicos.....	33
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Formulación De Hipótesis Principal y Derivadas	34
3.2. Variables; Dimensiones e Indicadores y Definición Conceptual y Operacional	36
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	36
4.2. Método y Diseño de Investigación.....	37
4.3. Población y Muestra de la Investigación	37
4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	38
4.5. Ética de la Investigación.....	40
CAPÍTULO V: RESULTADOS	
5.1. Descripción del Trabajo de Campo.....	41
5.1. Análisis Descriptivo, Tablas de Frecuencia, Gráficos.....	43
5.2. Análisis de Interferencias, Pruebas Estadísticas Paramétricas.....	47
5.4. Discusión.....	64
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	68

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	73
Anexo 1: Matriz de Consistencia.	
Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos.	
Anexo 3: Validación de Expertos.	
Anexo 4: Copia de Data Procesada.	
Anexo 5: Consentimiento Informado.	
Anexo 6: Autorización de la Dirección de la Institución Educativa.	
Anexo 7. Declaratoria de Autenticidad.	
Anexo 8. Fotos.	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Estudiantes de la Institución Educativa N° 54077.....	38
Tabla 2: Muestreo de estudiantes de la Institución Educativa N° 54077.....	39
Tabla 3: Estadístico de fiabilidad de la deglución atípica.....	40
Tabla 4: Estadístico de fiabilidad de las maloclusiones dentales.....	40
Tabla 5: Porcentaje y frecuencia de los niños según sexo.....	43
Tabla 6: Distribución porcentual de la población según grupo etario.....	44
Tabla 7: Distribución porcentual de los tipos de deglución atípica.....	45
Tabla 8: Distribución porcentual de Maloclusiones dentales.....	46
Tabla 9: Tabla cruzada de la deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental Clase I	47
Tabla 10: Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental Clase I.....	47
Tabla 11: Tabla cruzada de la deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental Clase II	48
Tabla 12: Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental Clase II.....	48
Tabla 13: Tabla cruzada de la deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental Clase III.....	49
Tabla 14: Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental Clase III.....	49
Tabla 15: Tabla cruzada de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental Clase I.....	51
Tabla 16: Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental Clase I.....	51
Tabla 17: Tabla cruzada de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental Clase II.....	52
Tabla 18: Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental Clase II.....	52
Tabla 19: Tabla cruzada de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión	

	dental Clase III.....	53
Tabla 20:	Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental Clase III.....	53
Tabla 21:	Tabla cruzada de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase I.....	55
Tabla 22:	Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase I.....	55
Tabla 23:	Tabla cruzada de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase II.....	56
Tabla 24:	Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase II.....	56
Tabla 25:	Tabla cruzada de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase III.....	57
Tabla 26:	Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase III.....	57
Tabla 27:	Tabla cruzada de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase I.....	59
Tabla 28:	Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase I.....	59
Tabla 29:	Tabla cruzada de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase II.....	60
Tabla 30:	Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase II.....	60
Tabla 31:	Tabla cruzada de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase III.....	61
Tabla 32:	Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase III.....	61
Tabla 33:	Asociación de la deglución atípica y las maloclusiones dentales.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Porcentaje de los niños según sexo.....	43
Gráfico 2: Distribución numérica y porcentual de la población según grupo etario...44	44
Gráfico 3: Distribución porcentual de los tipos de deglución atípica.....45	45
Gráfico 4: Distribución porcentual de Maloclusiones dentales.....46	46
Gráfico 5: Porcentaje de la Deglución atípica I asociado con las maloclusiones dentales clase I, II Y III en los niños de la I.E. N° 54077.....50	50
Gráfico 6: Porcentaje de la Deglución atípica II asociado con las maloclusiones dentales clase I, II Y III en los niños de la I.E. N° 54077.....54	54
Gráfico 7: Porcentaje de la Deglución atípica III asociado con las maloclusiones dentales clase I, II Y III en los niños de la I.E. N° 54077.....58	58
Gráfico 8: Porcentaje de la Deglución atípica IV asociado con las maloclusiones dentales clase I, II Y III en los niños de la I.E. N° 54077.....62	62

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la asociación de la deglución atípica con las maloclusiones dentales, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas durante el año 2017.

El tipo de investigación es básico cuantitativo, de nivel descriptivo – correlacional, se aplicó el método inductivo con un diseño no experimental de corte transversal, se seleccionó por muestreo no probabilístico a 54 niños de 6 a 12 años de ambos sexos. La distribución porcentual según sexo es el 56% mujeres y el 44% varones.

Con los resultados obtenidos en la investigación se llegó a las siguientes conclusiones; el tipo de deglución atípica con mayor porcentaje es la deglución atípica tipo I con un 44%, seguido de la deglución atípica tipo II con un 28%, la deglución atípica tipo III con un 17% y la deglución atípica tipo IV con un 11%. Las maloclusiones dentales clase I se presenta con un 48%, maloclusión clase II con un 24% y la maloclusión clase III con un 28%. También se demostró que la deglución atípica tipo I se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I [P = 0,000]. La deglución atípica tipo II se asocia significativamente con la maloclusión dental clase II [P = 0.000]. La deglución atípica tipo III presenta una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase III [P = 0,004]; la deglución atípica tipo IV se asocia significativamente con la maloclusión dental clase III [P = 0,001].

Palabras Claves: Deglución atípica y maloclusiones dentales, asociación, tipo, clase.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the association of atypical swallowing with dental malocclusions in children aged 6-12 years of the Educational Institution N ° 54077 of the district of Andahuaylas - 2017.

The type of research is basic quantitative, descriptive level - correlational, inductive method with a non - experimental design of cross section, was selected by non - probabilistic sampling to 54 children from 6 to 12 years of both sexes. The percentage distribution by sex is 56% women and 44% men.

With the results obtained in the investigation, the following conclusions were reached; the type of atypical swallowing that occurs in a greater percentage is atypical swallowing type I with 44%, followed by atypical swallowing type II with 28%, atypical swallowing type III with 17% and atypical swallowing type IV with 11%. Class I dental malocclusions are presented with 48%, class II malocclusion with 24% and class III malocclusion with 28%. It was also shown that atypical swallowing type I is significantly associated with dental class I malocclusion [P = 0.000]. Atypical swallowing type II is significantly associated with dental class II malocclusion [P = 0.000]. Atypical swallowing type III presents an insignificant association with dental class III malocclusion [P = 0.004]. Atypical type IV swallowing is significantly associated with dental class III malocclusion [P = 0.001].

Key words: Atypical swallowing and dental malocclusions, association, type, class.

INTRODUCCIÓN

Durante la práctica odontológica, podemos evaluar y observar que la oclusión dental está afectada por múltiples factores. Los hábitos orales y la pérdida prematura de las piezas dentales son los principales factores que alteran la oclusión dental, dando lugar a las alteraciones dentomaxilares, las cuales producen múltiples problemas ya sea en la deglución, fonación y la masticación del individuo.

El funcionamiento del sistema estomatognático está en relación a la forma y función de las estructuras anatómicas que lo componen, la lengua es un componente importante porque estimula el crecimiento de los maxilares durante la etapa de desarrollo.

La deglución es el acto de ingerir alimentos, tanto líquidos como sólidos, y es una función necesaria para la alimentación del individuo. Este mismo proceso puede sufrir alteraciones producidas por la interposición lingual, generando un mal hábito el cual nos lleva a una deglución atípica, que se caracteriza por la presión anterior y lateral de la lengua contra las arcadas dentarias. La deglución atípica puede generar alteraciones de posición a nivel dental y puede retardar como acelerar el crecimiento y desarrollo de los maxilares. La función de la lengua es el de estimular con el desarrollo adecuado de las arcadas dentales para la correcta erupción de las piezas dentales deciduas los cuales guardarán espacio para la correcta erupción de las piezas dentales permanentes. Una oclusión ideal es importante porque las piezas dentarias se presentan correctamente alineados y tienen como función la masticación y trituración de los alimentos.

El objetivo de la investigación es determinar la asociación de la deglución atípica con las maloclusiones dentales, los resultados nos ayudarán a realizar las recomendaciones correspondientes a los cirujanos dentistas y especialistas para que puedan concientizar a los padres de familia, sobre el conocimiento de la deglución atípica y sus complicaciones, así se podrá promover el diagnóstico precoz de la deglución atípica a edades tempranas, disminuyendo la presencia de alteraciones dentales debido a que los tratamientos ortodónticos para corregir las maloclusiones dentales, se prolongan con el tiempo dependiendo a la severidad del caso.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

El mecanismo de deglución puede verse alterado por la mala posición de la lengua, al cual se denomina deglución atípica, esta se define como aquellos movimientos inadecuados de la lengua al momento de deglutir durante la fase oral de la deglución ya que esta fase se encarga del corte, masticación, trituración y acomodación del bolo alimenticio en la cavidad oral antes de ser deglutido.¹ Algunos hábitos orales a edades tempranas son beneficiosos, ya que estos estimulan al desarrollo de los maxilares, pero pueden constituirse como perjudiciales si se prolongan más allá de los 2 o 3 años de edad.¹ La fuerza, duración y frecuencia de la contracción de los músculos de la lengua durante la deglución están relacionadas con el desarrollo de la morfología de los huesos y dientes del sistema estomatognático y si esto no se realiza dentro de los parámetros normales provocará alteración en la oclusión dental, como la posición inadecuada de las piezas dentarias conocido como maloclusiones, presentando mordida abierta, mordidas cruzadas, mordidas profundas y apiñamientos dentales, los cuales afectarán al desarrollo adecuado de las arcadas dentarias en los niños.² La falta de educación en la función deglutoria conlleva a la alteración de la oclusión dental conocido como maloclusiones dentales.

Según la OMS, la maloclusión es una entidad patológica que ocupa el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal.² La maloclusión dental se caracteriza por la posición inadecuada de las piezas dentales, lo cual

significa que la mordida no está correctamente alineada y puede presentar muchas complicaciones como la incorrecta masticación de los alimentos.³

Mediante la recopilación de la opinión de varios profesionales cirujanos dentistas de la ciudad de Andahuaylas, la deglución atípica es un problema muy común en las consultas odontológicas básicamente en los niños de 6 a 12 años debido a que ellos se encuentran en una etapa de desarrollo. La maloclusión dental es otro problema muy común durante las consultas donde se observa la posición inadecuada de las piezas dentarias.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación Espacial

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa N°54077 del Distrito y Provincia de Andahuaylas.

1.2.2. Delimitación Social

El presente estudio se realizó a los niños de 6-12 años de la Institución Educativa N° 54077, contando para ello con la autorización de la dirección del plantel, docentes y padres de familia.

1.2.3. Delimitación Temporal

El presente estudio se realizó en un horizonte de siete meses, entre a Mayo a Noviembre del año 2017.

1.2.4. Delimitación Conceptual

El presente estudio se realizó a cabo en base a dos variables, los cuales fueron delimitados de la siguiente manera:

- **V₁: Deglución Atípica:** se clasificó en cuatro tipos; tipo I, tipo II, tipo III y tipo IV, en la investigación se realizó la distribución porcentual y su asociación con las maloclusiones dentales.

- **V₂: Maloclusiones Dentales:** se clasificó en; clase I, clase II y clase III, en la investigación se realizó su distribución porcentual y su asociación con los tipos de deglución atípica.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

- ¿Existe una asociación entre la deglución atípica y las maloclusiones dentales en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas - 2017?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la distribución porcentual de los tipos de deglución atípica en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas - 2017?
- ¿Cuál es la distribución porcentual de las clases de maloclusión dental en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas - 2017?
- ¿Cuál es la asociación de la deglución atípica tipo I con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017?
- ¿Cuál es la asociación de la deglución atípica tipo II con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017?
- ¿Cuál es la asociación de la deglución atípica tipo III con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017?
- ¿Cuál es la asociación de la deglución atípica tipo IV con las maloclusiones dentales clase I, II, III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la asociación entre la deglución atípica y las maloclusiones dentales en los niños de 6 - 12 años que acuden a la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas - 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la distribución porcentual de los tipos de deglución atípica en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.
- Determinar la distribución porcentual de las clases de maloclusión dental en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.
- Determinar la asociación de la deglución atípica tipo I con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.
- Determinar la asociación de la deglución atípica tipo II con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.
- Determinar la asociación de la deglución atípica tipo III con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.
- Determinar la asociación de la deglución atípica tipo IV con las maloclusiones dentales clase I, II, III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

1.5.1. Justificación

La deglución atípica es un problema al momento de deglutir los alimentos, se caracteriza por la posición inadecuada de la lengua al momento de deglutir, este

proceso en edades tempranas puede provocar una alteración en la posición dental; como el desarrollo inadecuado de las arcadas dentales, ya sea a nivel óseo o dental.

El diagnóstico de la deglución atípica a temprana edad puede evitar las posteriores complicaciones, como dificultad del habla cuando los niños no realizan una correcta articulación de las palabras, también se verá afectada la estética facial debido a que la posición dental y el tamaño de las arcadas no serán correctas, se observarán asimetrías y perfiles inadecuados, dificultad en la ingesta y masticación de alimentos, porque los niños al momento de deglutir los alimentos muchas veces expulsan la lengua hacia afuera y se observa que los alimentos escapan de la boca, así mismo al no haber una correcta posición de los dientes, la trituración de los alimentos no será correcta.

El conocimiento sobre la presencia de la deglución atípica permitirá realizar un diagnóstico adecuado en una edad determinada, planificando los tratamientos que deben ser indicados para cada caso, el cual debe ser tratado, evitando posteriores complicaciones.

1.5.2. Importancia

Las maloclusiones dentales son adquiridas por múltiples factores dentro de ellos tenemos a los hábitos orales. La deglución atípica es un hábito adquirido por la interposición anterior o lateral de la lengua, este mismo proceso altera la correcta oclusión dental que es importante para la masticación de los alimentos, la correcta articulación de las palabras, el adecuado desarrollo de las estructuras óseas en las arcadas dentales y el correcto desarrollo de músculos de la masticación.

Este estudio nos ayudará a promover conocimientos sobre como realizar la determinación de la deglución atípica y sus posibles complicaciones, el cual puede estar asociado a las maloclusiones dentales; con los resultados obtenidos en la investigación, se pretende incentivar a los profesionales de la salud a realizar despistajes de la presencia de deglución atípica mediante el cual se promoverá charlas, no solo relacionados a higiene oral sino también a la presencia de

maloclusiones dentales y hábitos orales dentro de los cuales se encuentra la deglución atípica.

Con los nuevos datos obtenidos en esta investigación se espera que; los profesionales de odontología concienticen a los padres de familia sobre el diagnóstico precoz y adecuado de la deglución atípica en edades tempranas, explicar a los padres a que la adecuada educación de la deglución es importante ya que así se evitará las posteriores complicaciones que llevan al desarrollo inadecuado de los maxilares y la posición incorrecta de las piezas dentarias, ya que el diagnóstico precoz permitirá realizar terapias preventivas el cuál ayudará a reducir los costos de los tratamientos dependiendo a la severidad del caso.

1.6. Factibilidad de la Investigación

El presente trabajo de investigación es viable por los siguientes motivos:

- **Recursos Financieros**

El investigador contó con los recursos financieros y económicos necesarios para la ejecución del presente estudio.

- **Acceso de Información y Conocimiento**

Se contó con el permiso de acceso a las informaciones por parte de las autoridades de la Institución Educativa, donde se realizó la investigación.

- **Recursos Humanos**

Se contó con un asesor de especialidad que ayudó a encaminar la investigación, así como un asesor metodológico, y con la gran ayuda de mis compañeros de estudio quienes me colaboraron en la recopilación de la información.

1.7. Limitaciones Del Estudio

La limitación del estudio, estuvo relacionada a los horarios predispuestos por la dirección de la Institución Educativa, el cual retardó el tiempo determinado para la aplicación del instrumento, tras el arduo trabajo finalmente se realizó la evaluación de la totalidad de la población de estudio.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

López SO, et al. (2017), realizan un estudio analítico titulado: “Relación molar, actividad y fuerza muscular en escolares entre siete y 12 años que presentaron deglución atípica”, donde se examinaron 88 niños, el objetivo del estudio fue evaluar la relación molar, actividad y fuerza muscular en escolares entre 7 y 12 años que presentaron deglución atípica. En los resultados se demuestra que los niños con deglución atípica realizan mayor actividad muscular a comparación de los niños sin deglución atípica, por lo tanto, los pacientes con deglución atípica tienen mayor frecuencia en la relación molar clase II y clase III bilateral. También demostraron que existen diferencias en la actividad muscular y en la fuerza de los maseteros entre los sexos predominando en las mujeres con y sin deglución atípica, esta diferencia se acentúa al aumentar la edad.⁶

Loor DL. (2016), realizó el trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 - 8 años de la escuela Apóstol Santiago de Ecuador”, donde obtuvo como resultado que el 51% de niños presentó clase molar II, mientras que los pacientes con clase molar I presentaron un 46% y solo un 3% presentó clase molar III; también evaluaron la prevalencia de plano terminal, donde encontró que un 63% de los pacientes presentó plano terminal recto, un 17% escalón mesial, y en un 4% escalón distal, el 16% de la población de estudio no presentaba segundos molares temporarios por lo que no pudieron ser evaluados.⁷

Estrada RM, et al. (2015), realizaron el trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de factores predisponentes de maloclusión dental estudio realizado en niños de 6 a 9 años de edad”, encontrando como resultados que, dentro del factor general el más prevalente es la deglución atípica con un 76.6 %. En cuanto a los factores locales, el más prevalente es el de anomalías dentarias con un 30.6 % y del grupo de los factores predisponentes el que ocupa el primer lugar es el de hábito del biberón con un 17.4 %. Con los resultados se concluye que la maloclusión dental está directamente asociada al hábito de deglución atípica.⁸

Valdivieso GA. (2014), realizó el trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de hábitos parafuncionales en los estudiantes de 18-30 años de edad, de la Universidad Nacional de Loja”, tuvo como muestra 894 estudiantes encontrando que, la mordedura de objetos se presentó con un 32%, el consumo de sustancias ácidas con un 30%, la onicofagia con un 20%, el destapar botellas con los dientes 14% y la deglución atípica con un 4%. Entonces la prevalencia de los hábitos parafuncionales en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja es considerado alto. Pero el hábito de menor frecuencia fue la deglución atípica.⁹

Aguilar MN, et al. (2013), realizaron el trabajo de investigación titulado: “Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del Estado de México”, después de la evaluación se llegaron a los siguientes resultados; la prevalencia de maloclusiones en esta población de estudio, según criterios de Angle, fue la clase I en 55.2%, seguido de la prevalencia de actitudes posturales incorrectas con un 52.5%. Los resultados del estudio muestran que cuando están presentes las alteraciones posturales hay presencia de maloclusiones; por el cual llegaron a la siguiente conclusión que las maloclusiones se presentan acompañadas de problemas posturales. Ambos son frecuentes en la población infantil y se debe a que en esta ocurren cambios morfológicos y funcionales que pueden afectar el correcto desarrollo musculoesquelético.¹⁰

Méndez HJ, et al. (2010), realizaron el trabajo de investigación titulado: “Posición de la lengua durante la fase preoperatoria y oral de niños que asistieron a la clínica de odontopediatría de la Universidad Santiago de Cali”, llegando a los siguientes resultados; que el 85% de los niños con deglución atípica presentaron movimientos de lateralización lingual y casi el 66% de la población con deglución atípica no presentó deformación a nivel oseo, el 55% de los niños presentó trituración insuficiente durante su proceso de masticación.¹¹

Zaldivar ML, et al. (2010), realizaron el trabajo de investigación titulado: “Comportamiento, características clínicas y etiopatogenia de la deglución atípica”, una vez realizado el estudio y obtenido los resultados llegaron a las siguientes conclusiones: que la deglución anormal es el hábito bucal deformante más frecuente en la población infantil. Así mismo la deglución anormal es una de las principales causas de las maloclusiones; agrava la respiración bucal, produce trastornos articulatorios, malformación de las arcadas dentarias y el paladar y altera el tono labial y la postura corporal general. Por lo tanto, recomiendan que la deglución anormal debe ser diagnosticada y tratada desde edades tempranas. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Camagüey Cuba.¹²

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Huacasi CV. (2017), realizó el trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de maloclusiones dentales en músicos que ejecutan instrumentos de viento”, la muestra fue de 92 músicos, en los resultados se demostró que la mayor prevalencia de maloclusiones dentales según Angle fue clase I para la relación molar derecha con 70,65% y molar izquierda con 66,30%. En conclusión, la maloclusión dental en relación al uso del instrumento que se presentó en mayor porcentaje fue clase I derecho seguido de la clase molar I izquierda.¹³

Rodríguez SJ. (2016), realizó el trabajo de investigación intitulada: “Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años” el grupo de estudio estuvo conformado por 352 escolares. Para la recolección de datos se utilizó dos fichas uno para registrar la maloclusión según Angle y el segundo para registrar la necesidad del tratamiento ortodóntico, una vez recolectado los datos se

llegó a los siguientes resultados: el 69% de escolares presentan maloclusión clase I, 19% presentaron maloclusión clase II y por último el 11,9 % presentaron maloclusión clase III.¹⁴

Zapata DM. (2013), realizó el trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de los hábitos bucales con las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los Educadores”, se seleccionó como muestra a 154 niños llegando a las siguientes conclusiones: Si existe relación entre hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores, la tasa de prevalencia de todos los hábitos bucales fue baja, no se observa diferencia estadísticamente significativa entre el sexo masculino y el sexo femenino en la maloclusión dentaria anteroposterior, maloclusión dentaria vertical y maloclusión dentaria transversal ($p>0.05$), 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, no se encontró mordida cruzada posterior y se halló mordida en tijera unilateral con un porcentaje de 0.6, 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.¹⁵

Aliaga DA, et al. (2011), realizaron el trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años”, donde la presencia de las maloclusiones fue evaluada utilizando la clasificación de Angle, la población estuvo constituido por 201 Sujetos. Una vez registrado los datos se obtuvieron los siguientes resultados, que la maloclusión más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I con un 59,6%, también encontraron que se evidencian alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos y las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario con un 28,4%, mordida cruzada anterior con un 17,4%, sobresalte exagerado con un 8,5%, sobremordida exagerada con un 5,0% y mordida abierta anterior con un 5,0%. Estudio desarrollado en el año 2011.¹⁶

2.1.3. Antecedentes locales

Después de una búsqueda minuciosa en las bibliotecas de las sedes de las universidades que ofertan la Escuela profesional de estomatología en nuestra región, no se encontró ningún trabajo de investigación relacionados a las variables de investigación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Deglución

La deglución es el mecanismo por el cual los alimentos y la saliva realizan el recorrido desde la boca hasta el estómago.¹⁷

La deglución normal se describe tradicionalmente en cuatro etapas. Dependiendo del sujeto esas etapas pueden tener una duración absoluta diferente.⁴

2.2.1.1. Fases de la Deglución

- **Fase preparatoria:** comienza inmediatamente por la entrada de líquidos en la cavidad bucal en el proceso que da inicio a la formación del bolo alimenticio, el cual se coloca sobre el dorso de la lengua en preparatoria para la deglución. En esta fase la lengua se encuentra en reposo.¹⁸
- **Fase oral:** puede ser voluntaria e involuntaria en la formación del bolo alimenticio, el bolo se mueve hacia atrás, la lengua efectúa un rápido movimiento apretándose contra el paladar progresivamente de la punta hacia atrás y expulsa la comida, la porción posterior de la lengua asciende por la contracción del estilgloso, su duración es menos de un segundo.^{17,19}
- **Fase faríngea:** Se inician el proceso involuntario o reflejo de deglución, el velo del paladar se contrae alcanzando la pared faríngea e impidiendo que el alimento sea impulsado a la rinofaringe; el dorso de la lengua llega a tocar el velo del paladar impidiendo que el alimento pueda regresar a la boca. La laringe asciende. La lengua lleva el bolo alimenticio hacia atrás contra la epiglotis para pasar por el orificio laringeano, el bolo alimenticio entra por los bordes laterales de la epiglotis en dirección al esófago.^{4,18}
- **Fase esofágica:** Comienza cuando los músculos faríngeos se relajan permitiendo que el alimento entre en el esófago. Al entrar en el esófago este periodo es

involuntario e inconsciente y se puede manifestar por contracciones reversas de flujo, vómitos.¹⁸

2.2.1.2. Elementos que participan en la deglución – Lengua.

Es el órgano sensorial por excelencia, elemento esencial en las funciones de masticación, fonación y deglución. En el recién nacido durante los primeros meses, la actividad de la lengua es constante, pero esa acción se realiza en muchos movimientos fuera de la boca, la introduce y la saca, le confiere continuos y variadísimos movimientos. Esta actividad lingual representa estímulos adecuados, para un crecimiento armónico de los maxilares, entre los 21 días a los 6 meses, fase de mayor crecimiento horizontal de los maxilares. En el recién nacido y el lactante, la lengua ocupa toda la capacidad de la boca; esto es solo en una fase de la vida, el lactante mantiene los labios separados y la lengua interpuesta, esto se puede decir que no es anormal, la lengua ocupa la totalidad de la boca y la respiración la hace por intermedio de la nariz.¹⁸

En la lengua se distinguen diferentes porciones:

- **Raíz.** Es la base de la lengua, que se sitúa por delante de la epiglotis.
- **Cuerpo.** Se sitúa entre la raíz y el vértice o punta.
- **Dorso.** Es convexo y se pone en contacto con el paladar duro y el velo del paladar cuando la boca está cerrada. Durante la deglución aplica el bolo alimenticio contra el paladar y lo empuja hacia el interior de la faringe.
- **Cara inferior.** Descansa sobre el suelo de la boca.
- **Vértice o punta.** Se sitúa habitualmente entre los incisivos.
- **Borde.** Contacta a cada lado con las encías y los dientes.¹⁹

2.2.2. Tipos de deglución

2.2.2.1. Deglución Atípica

La deglución atípica es un problema miofuncional que consiste en una posición alterada de la lengua durante el acto de deglutir.²⁰

El modelo fisiológico del mecanismo de deglución en la infancia induce a la posición de la lengua entre las bases óseas de las arcadas dentales de los maxilares, mientras que en adultos la punta de la lengua se pone al mismo nivel de la papila de la cara palatina de los incisivos.²⁰ La transición entre las dos fases se lleva a cabo gradualmente en un período de 15 meses, junto con la erupción dental. La transición incorrecta de este proceso se vuelve en un problema patológico conocido como deglución atípica.²⁰

En la deglución atípica la postura de la lengua es alterada, la punta toca la superficie palatina de los dientes frontales o se sitúa entre los arcos en lugar del paladar, el dorso está curvado hacia abajo y la base toca la parte posterior del paladar y la pared faríngea anterior.²⁰

2.2.2.2. Etiología de la deglución atípica.

- Amígdalas hipertróficas.
- Macroglosia (la cual es poco frecuente).
- Alimentación prolongada por medio de tetero.
- Pérdida prematura de los dientes temporales anteriores.
- Ingesta inadecuada de biberón
- Succión prolongada del pulgar
- Infecciones prolongadas de las vías respiratorias superiores y de las amígdalas
- La duración prolongada de la encía o los dientes puede provocar un cambio en patrón de deglución para evitar la presión sobre la zona sensible.^{21,22}

2.2.2.3. Pasos Para Determinar La Deglución Atípica

Para determinar la presencia de la deglución atípica se utiliza la observación y la manipulación.⁴

A).- Observación de la Deglución al Beber: Mediante la Observación Libre.

Deglutores atípicos suelen alargar la lengua para contactar con el vaso. En contraposición no veremos nunca el ápice lingual en un deglutor normal. Obsérvese

si la cabeza se inclina hacia delante cuando comienza a beber y si se inclina atrás después de completar la deglución.⁴

Se puede observar también excesiva actividad en los labios cuando el individuo está bebiendo.⁴

En otras ocasiones es posible observar el movimiento de la lengua al regresar a la boca cuando acaba la bebida.⁴

B).- Observación de la Deglución al Beber: Mediante la Manipulación de Labios.

Una técnica muy sencilla presentada por Hanson y Barret permite la evaluación de la deglución con líquidos.⁴ Se le pide al niño que tome un pequeño sorbo y no lo trague hasta que se le indique. El logopeda coloca suavemente el dedo pulgar en el cartílago tiroides del niño y le pide que trague el agua justo en el momento que la laringe asciende separa los labios rompiendo el sellado labial. Hay que indicarle al niño que facilite esta operación.⁴ Si la deglución atípica está presente se observa claramente la protrusión lingual. También puede apreciarse frecuentemente el exceso de actividad del mentón y la falta de contracción de los maseteros. Se puede emplear también un expansor de labios, para hacer esta observación. En este caso introduciremos una pequeña cantidad de agua en la boca usando una jeringuilla o cualquier pulverizador. Se le pide al niño que retenga unos instantes el agua y se le indica cuando debe tragar.⁴

C).- Observación Durante la Ingesta de Alimentos.

Se puede usar cualquier alimento sólido trozos o gajos de fruta o alguna pequeña galleta para realizar la observación. Se realizará primero de forma no intrusiva y luego mediante la maniobra de separación de labios. No es cómodo usar el expansor con los sólidos.⁴

Las observaciones más frecuentes en el caso de deglutores atípicos pueden ser:

- Protruyen la lengua para alcanzar los alimentos.
- Colocan el ápice lingual entre los incisivos superiores e inferiores
- Abren frecuentemente los labios durante la masticación.

- Empujan el ápice lingual contra los incisivos superiores o lo colocan entre los superiores e inferiores.
- Pueden necesitar más de una deglución por bocado.
- En el momento de la deglución o un instante antes mantienen los labios apretados con excesiva fuerza.
- Después de tragar parecen recoger y limpiar la boca y entonces vuelven a tragar.
- No contraen los maseteros en el instante de la deglución.
- En su cavidad oral o en la lengua se aprecian residuos después de tragar.⁴

2.2.2.4. Clasificación de la deglución atípica.²¹

Brauer y Holt.²¹ clasifican la deglución atípica en cuatro:

- **Tipo I:** empuje lingual no deformante en las estructuras óseas y dentarias.
- **Tipo II con presión lingual anterior deformante:** la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos.
- **Tipo III con presión lingual lateral deformante:** la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior.
- **Tipo IV:** con presión lingual anterior y lateral deformante.²¹

2.2.2.5. Complicaciones de la deglución atípica.

- Mordida abierta anterior y posterior.
- Mordida cruzada anterior y posterior.
- Mordida profunda.
- Inclinación de dientes anteriores.
- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico.
- Incompetencia labial.
- Hipertonicidad de la borda del mentón.^{21,22}

2.2.2.5. Tratamiento de la deglución atípica: Rehabilitación Miofuncional.

la Disciplina que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones que pueden interferir, tanto en la producción del habla como en las diferentes estructuras del sistema orofacial, desde el nacimiento hasta la vejez.²³

El objetivo principal de la Terapia miofuncional es la creación de una función muscular orofacial normal, y así, ayudar al crecimiento y desarrollo de la oclusión normal.²³

A).- Rehabilitación Miofuncional para los Labios.

- **Ejercicio de botón:** el paciente debe sujetar en el vestíbulo lingual un botón unido a un hilo dental.²⁴
- **Ejercicio de la cuchara:** se coloca el extremo de una cuchara de plástico entre los labios del paciente, sujetando en el plano horizontal.²⁴
- **Ejercicio del lápiz:** el paciente debe sujetar un lápiz en el centro de los labios, sin moverlo, durante 8 segundos, y posteriormente 15 segundos.²⁴
- **Ejercicio del depresor:** colocar un depresor por el medio entre los labios, y colocar peso en los extremos, el paciente debe mantenerlo el mayor tiempo posible.²⁴
- **Ejercicio de la goma:** el paciente debe colocarse una goma tubular bajo el labio superior y mantener los labios cerrados. Posteriormente debe realizarlo con a boca abierta, evitando que la goma se escape.²⁴
- **Ejercicio de la máscara:** el paciente debe sujetar el labio superior con los dedos, a la vez que tira hacia el labio inferior lo máximo posible. Debe conservar la posición todo lo que aguante.²⁴

B).- Rehabilitación miofuncional para la lengua.

- **Chasquear la punta de la lengua:** elevando la parte anterior de la lengua chasquearla contra el paladar duro.²⁴
- **Gomitas:** doblando una cañita por el medio y se introduce una gomita ortodóntica hasta la parte central.²⁴
- **Aros de metal:** el paciente debe intentar introducir la punta de la lengua, sin apoyarla en los dientes o los labios, en arcos de diferente diámetro.²⁴

- **Afilar o ensanchar la lengua:** sacar la lengua y apoyar la punta en un palillo, el paciente tendrá que estrechar y ensanchar la lengua sin mover la lengua hacia adelante o atrás.²⁴
- **Mover hacia los lados:** sacar la lengua en punta y moverla hacia la derecha e izquierda sin llegar a tocar las comisuras de los labios y sin mover la mandíbula.²⁴
- **Vibración de la lengua:** este ejercicio estimula la movilidad.²⁴
- **Deglución refleja:** se sujeta la punta de la lengua y simultáneamente se inyecta agua contra el paladar.²⁴
- **Sacar la lengua:** el paciente debe sacar la lengua y estirla lo máximo posible (con la boca abierta), sin tocar los dientes ni los labios.²⁵

2.2.3. Maloclusiones Dentales

La oclusión es la manera en que los dientes maxilares y mandibulares se articulan, involucrando no sólo los dientes, su morfología y angulación, sino también otras estructuras como los músculos de la masticación, estructuras esqueléticas y la articulación temporomandibular.²⁶

Las maloclusiones dentales suceden cuando nuestra mordida no está correctamente alineada y pueden producir alteraciones osteomusculares a nivel de la articulación temporomandibular y en distintas partes de la cavidad bucal, ya que pueden ir acompañadas de diversos signos y síntomas molestos para el paciente; además pueden producir alteraciones en la estética y funciones propias del sistema estomatognático como la masticación, respiración y fonación. Pueden aparecer en cualquier etapa del desarrollo dental, desde la dentición primaria hasta la dentición permanente y están relacionadas con diversos factores de riesgo que puede ocasionar algún tipo de alteración oclusal.²⁶

2.2.3.1. Factores etiológicos de las maloclusiones dentales

Su etiología involucra genética, anomalías congénitas y síndromes, enfermedades médicas, disfunciones orofaciales, hábitos, trauma, caries, anomalías del número de dientes, tamaño y forma del diente, y tamaño de la mandíbula. En el aspecto lateral, la inclinación del plano oclusal también puede influir en la extensión anteroposterior.²⁷

2.2.3.2. Crecimiento de los maxilares y su relación con el desarrollo dentario

El desarrollo transversal de ambos maxilares se realiza principalmente debido a la presencia de la sutura en el plano medio del maxilar y de la mandíbula, ambas estructuras son capaces de un crecimiento rápido; pero como la sincondrosis de la mandíbula se calcifica a los seis meses de edad, su potencial para el crecimiento transversal es eliminado tempranamente, después que la unión del hueso se ha establecido entre las dos hojas que la forman, el potencial de la actividad sutural se pierde. En contraste con esta situación, la sutura media del maxilar permanece hasta que se ha completado el desarrollo de la dentición y el crecimiento facial ha concluido.²⁸

Después que se ha establecido la oclusión en la región posterior, el desarrollo de los arcos se hace de manera coordinada y luego, el desarrollo posterior del maxilar en ese sentido será determinado principalmente por las limitaciones de la mandíbula, ya que la sincondrosis mandibular ya ha sido calcificada, como consecuencia, el potencial de crecimiento de la sutura media es solo parcialmente utilizada.²⁸

2.2.3.3. Clasificación de las maloclusiones según Angle.

La maloclusión, según Angle, es la alteración del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.²

La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle.²⁹ en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, por ser sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión dental a la que se refiere.²⁹ La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión, consideraba primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión.²⁹

Angle dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III.

A).- Maloclusión clase I: Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares, esto quiere decir que la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco vestibular del 1er molar inferior. En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior, la maloclusión está relacionada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados; el perfil facial puede ser recto.³⁰

B).- Maloclusión clase II: Cuando por cualquier causa los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula. La nomenclatura de la clasificación de Angle enfatiza la ubicación distal de la mandíbula respecto al maxilar superior en la clase II, pero en muchos casos el maxilar superior es prognático, una morfología cráneo facial muy diferente, pero que produce una relación molar similar y, por eso, la misma clasificación. Por lo tanto, La Clase II o distoclusión puede ser resultado una mandíbula retrógnata, de un maxilar prognata o una combinación de ambas.³⁰

Existen 2 subdivisiones de la clase II. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos.³⁰

- **División 1.** Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Encontramos el arco superior angosto y contraído en forma de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión

de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación a la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal.³⁰

El sistema neuromuscular es anormal; dependiendo de la severidad de la maloclusión, puede presentar incompetencia labial. La curva de Spee está más acentuada debido a la extrusión de los incisivos por falta de función y molares intruidos. Se asocia significativamente a casos de respiradores bucales, debido a alguna forma de obstrucción nasal. El perfil facial puede presentar divergencia anterior, labial convexa.³⁰

los pacientes Clase II división 1 tienen cara larga patrón facial leptoprosopo, con aumento o disminución de altura facial inferior que indica mordida abierta o profunda.³¹

- **División 2.** También se caracteriza por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores.²⁰ Generalmente no existe obstrucción nasofaríngea, la boca en la mayoría de los casos tiene un sellado normal, la función de los labios también es normal, pero causan la retrusión de los incisivos superiores desde su brote hasta que entran en contacto con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando en apiñamiento de los incisivos antero superiores. La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo.³⁰

C).- Maloclusión Clase III: El molar inferior situado mesialmente en relación con el molar superior, y puede tener un origen funcional o esquelético.³²

Desde el punto de vista de la ortopedia maxilar, el tamaño absoluto de los dientes no suele ser tan importante como la relación entre el tamaño dental y maxilar.³³

- **Funcional:** Asociada con la presencia de contactos prematuros en el sector anterior de los arcos dentales, que ocasionan deslizamiento mandibular anterior. Se pueden generar por la inclinación vestibular de los incisivos inferiores y palatina

de los superiores, ocasionándose una mordida cruzada anterior en oclusión habitual y borde con borde al buscarse la céntrica mandibular.³²

- **Esquelética:** Originada por un crecimiento mandibular excesivo, un desarrollo maxilar disminuido o una combinación de ambos factores. Es considerada una verdadera Clase III y su etiología tiene un componente genético.³²

Etiología de maloclusión clase III

- Características genéticas, raciales y familiares.
- Factores ambientales: los hábitos deletéreos de la musculatura orofacial como son el empuje lingual y la respiración oral pueden ser factores asociados con las maloclusiones Clase III.
- Las caries es una causa significativa de maloclusiones presentando pérdida prematura de dientes primarios, erupción precoz de los dientes permanentes y movimiento mesial de los mismos.³²

2.3. Definición de Términos Básicos

- **Atípica:** La palabra atípica se emplea para indicar que algo se aleja de lo común.⁴
- **Deglución:** Sucesión de contracciones musculares desde arriba hacia abajo o desde delante hacia atrás, por las que se hace avanzar el alimento desde la cavidad oral hacia el estómago.³⁴
- **Diente:** La palabra "diente" proviene del latín dens, dentis y "odontología" del griego antiguo odon. Se define como un órgano de consistencia muy dura y de color blanco, implantados en alveolos dentales del maxilar y la mandíbula.³⁵
- **Maloclusión:** Desviación de las relaciones inframaxilares y/o intermaxilares de los dientes, lo cual supone un riesgo para la salud oral del individuo.³⁴
- **Niños:** Normalmente, se considera que los niños son aquellos individuos que transcurren por la primera instancia de la vida conocida como infancia y que es anterior a la pubertad.³⁶

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Hipótesis general

H₁. La deglución atípica se asocia significativamente con las maloclusiones dentales en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas - 2017.

3.1.2. Hipótesis Específicas

H₁. El tipo de deglución atípica que se presenta en mayor porcentaje es la deglución atípica tipo I, seguido de la deglución atípica tipo II, la deglución atípica tipo III y el que se presenta en menor porcentaje es la deglución atípica tipo IV.

H₂. La maloclusión dental que se presenta en mayor porcentaje es la maloclusión dental Clase I, seguido de la maloclusión dental clase II y el que se presenta en menor porcentaje es la maloclusión dental clase III.

H₃. La deglución atípica tipo I se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.

H₄. La deglución atípica tipo II se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III,

en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.

H₅. La deglución atípica tipo III se asocia en significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.

H₆. La deglución atípica tipo IV se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.

3.2. Variables; Dimensiones e Indicadores y Definición Conceptual y Operacional.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA	VALOR FINAL
DEGLUCIÓN ATÍPICA	La deglución atípica consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglutir los alimentos. ⁴	La determinación de la deglución atípica se realizó mediante la observación directa. Se observa la posición de la lengua en el momento de deglución, utilizando una ficha clínica el cual sirve de guía para la determinación del tipo de deglución y una ficha de recolección de datos donde se registra la presencia y ausencia de la del tipo de deglución atípica, donde: Si = 1 No = 2	Tipo I	Interposición lingual no deformante.	SI NO	Nominal	Si = 1 No= 2
			Tipo II	presión lingual anterior deformante.			
			Tipo III	presión lingual lateral.			
			Tipo IV	presión lingual anterior y lateral.			
MALOCLUSIONES DENTALES	La maloclusión es el resultado de la anomalía morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático, los factores genéticos y el medio ambiente son los dos factores principales. ³⁸	Para la determinación de las maloclusiones dentales se utilizó la observación directa siguiendo la relación de los primeros molares permanentes. Los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos donde: Si = 1 No = 2	Clase I	Neutro oclusión de las primeras molares permanentes.	SI NO	Nominal	Si = 1 No = 2
			Clase II	Distalización del primer molar inferior permanente.			
			Clase III	Mecialización del primer molar inferior permanente.			

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y Nivel de Investigación

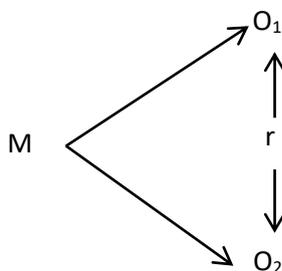
4.1.1. Tipo de Investigación

Es de tipo básico, cuantitativo, en cual consiste en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado.³⁹

4.1.2. Nivel de Investigación

El presente trabajo utilizó el nivel Descriptivo - Correlacional donde se investigan dos o más variables con el propósito de determinar el grado de relación y/o asociación que existente entre ambas variables.³⁹

El siguiente esquema corresponde a este tipo de estudio:



Dónde:

M: Muestra, conformado por todos los estudiantes de 06 - 12 años de edad de la Institución Educativa N° 54077 de Andahuaylas.

O1: Deglución atípica

O2: Maloclusiones dentales

r: Relación entre las variables deglución atípica y maloclusiones dentales.

4.2. Método y Diseño de Investigación

4.2.1 Método de la Investigación

Para la presente investigación se utilizó el método inductivo, en la cual se obtuvieron conclusiones generales a partir de premisas particulares, mediante diversas observaciones de los sucesos se desarrolla una conclusión con todos los sucesos observados.³⁹

4.2.2. Diseño de la Investigación

En el estudio se utilizó el diseño no experimental, de corte transversal, es una investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Estos diseños recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.³⁹

4.3. Población y Muestra de la Investigación

4.3.1. Población

La población está constituida por 255 estudiantes de 06 a 12 años, de la Institución Educativa N° 54077 del Distrito de Andahuaylas, el cual se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 1. *Estudiantes de la Institución Educativa N° 5407.*

sexo	cantidad
Hombre	150
Mujeres	155
Total	255

fuentes. Dirección de la Institución Educativa N° 54077 - Andahuaylas.

4.3.2. Muestra

Está constituida por 54 estudiantes de ambos sexos de la Institución Educativa N° 54077. Por consiguiente, la muestra que se desarrolló en la investigación es del tipo no probabilística, por conveniencia, puesto que solo se consideró a niños y niñas que presentaron deglución atípica.

Tabla 2. *Muestreo de estudiantes de la Institución Educativa N° 54077*

Sexo	cantidad
Hombre	24
Mujeres	30
Total	54

Fuente: Elaboración propia.

4.3.2.1. Criterios de Inclusión

- Estudiantes que presentan deglución atípica sin excepción alguna.
- Estudiantes que están dentro del grupo etario de 06 a 12 años de edad.
- Estudiantes que presentan consentimiento informado firmado.

4.3.2.2. Criterios de Exclusión

- Estudiantes que presentaron algún síndrome.
- Estudiantes que no presentaron su consentimiento informado firmado por sus padres o apoderados.
- Estudiantes que presentan destrucción coronal en los primeros molares permanentes.
- Estudiantes que no presentan deglución atípica.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.4.1. Técnicas

Se utilizó como técnica la observación directa y el examen clínico, además de la recolección de datos que a través de la observación el cual fue registrado en una ficha de recolección de datos con el fin de obtener la información necesaria para esta investigación.

4.4.2. Instrumentos

- **Ficha clínica:** Consiste en una serie de ítems los cuales nos servirán como guía para determinar la presencia del tipo de deglución atípica que presenta cada niño examinado, los ítems están diseñados para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos de la investigación.
- **Ficha de recolección de datos:** consiste en un recuadro donde se registró; la edad, sexo, los tipos de deglución atípica y los tipos de maloclusiones dentales estos términos fueron utilizados por el investigador los cuales van relacionados con el marco teórico, es un esquema donde se registra lo que se observa a cada paciente durante el examen clínico, este instrumento se utiliza para ambas variables de investigación.

4.4.3. Validez y Confiabilidad

Para la validez de la investigación se utilizó la prueba piloto y el juicio de expertos, donde, se distribuyó tres profesionales de la especialidad, quienes calificaron la redacción y contenido del instrumento el cual fue aplicado a la muestra de estudio, realizando la prueba binomial con un resultado del 0,001 para los tres expertos. Para la confiabilidad de la investigación se utilizó el alfa de Cronbach los cuales superaron el valor mínimo esperado de 0,750, esta técnica fue utilizada para ambas variables:

- Deglución atípica con un alfa de Cronbach de 0,886.

Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,886	14

- Maloclusión dental con un alfa de Cronbach de 0,755.

Tabla 4. Estadístico de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,755	3

4.4.4. Plan de Análisis de Datos

Las técnicas de análisis cuantitativo son aquellas que sirven para describir, graficar y resumir los datos obtenidos con los instrumentos.³⁹ Para el procesamiento de nuestros datos a nivel descriptivo correlacional se utilizó tablas y gráficos, los cuales fueron procesados con el programa estadístico SPSS 23 y Excel 2016 (tabla de frecuencias, gráficos de barras, correlación de Chi - cuadrado). Posteriormente se realizó el análisis e interpretación y descripción de los resultados.

4.5. Ética de la Investigación.

Según declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos son los siguientes:

- El deber del profesional de salud es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes.⁴⁰
- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.⁴⁰
- El objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos.⁴⁰
- En la investigación médica, es deber del profesional de salud proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.⁴⁰
- Los profesionales de salud deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos.⁴⁰
- La investigación de ciencias de la salud debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.⁴⁰
- La investigación de ciencias de la salud en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas.⁴⁰

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Descripción del Trabajo de Campo.

Se realizó el trabajo de campo con la finalidad de verificar la validez o error de la hipótesis. El trabajo de campo para el desarrollo de este estudio fue realizado en los meses de Mayo a Julio del 2017. En el desarrollo de la investigación se incluyeron las siguientes actividades:

- Elaboración de una propuesta para el desarrollo del estudio.
- Diseño del instrumento.
- En la operacionalización de las variables, se definieron las dimensiones y los indicadores, a partir de los cuales se elaboraron los reactivos o preguntas.
- Administración de una prueba piloto del instrumento a una muestra que no formó parte del estudio.
- Análisis de los datos obtenidos de la prueba piloto y realización de cambios pertinentes al instrumento.
- Una vez obtenida la autorización del director de la Institución Educativa N° “54077” de Andahuaylas que forman parte de la muestra, se procedió con la administración de la ficha clínica.
- Luego de que la ficha clínica fue suministrado a toda la muestra seleccionada, se procedió a la creación de la base de datos en el paquete estadístico SPSS 23 para luego vaciar la información.

- De acuerdo a los resultados obtenidos, se analizó la necesidad de elaborar posibles recomendaciones que serán de utilidad para las Instituciones Educativas.

5.2. Análisis Descriptivo.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de los estudiantes según sexo.

	Frecuencia(f)	Porcentaje (%)
Hombre	24	44%
Mujer	30	56%
Total	54	100.00%

Nota. *Frecuencia y porcentaje de los estudiantes de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas, según sexo.

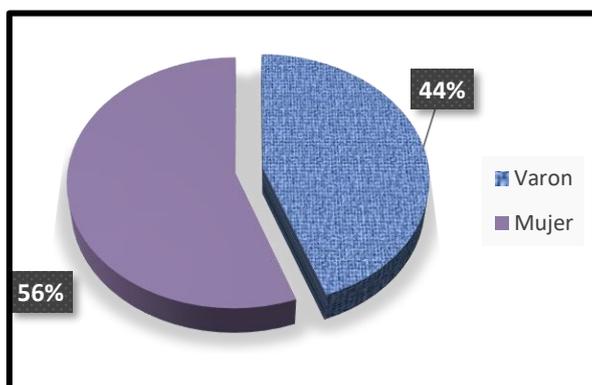


Gráfico 1. Porcentaje de los niños según sexo.

Los resultados de la tabla 5 y gráfico 1 demuestran que; del total de 54 niños, 30 son mujeres correspondiendo al 56% y 24 varones con un 44%.

Tabla 6. Distribución de frecuencia y porcentaje de la población según grupo etario.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
6	9	17%
7	7	13%
8	8	15%
9	10	18%
10	8	15%
11	7	13%
12	5	9%
Total	54	100.00%

Nota. * Frecuencia y porcentaje del grupo etario de los niños de la Institución Educativa N° 54077 del Distrito de Andahuaylas.

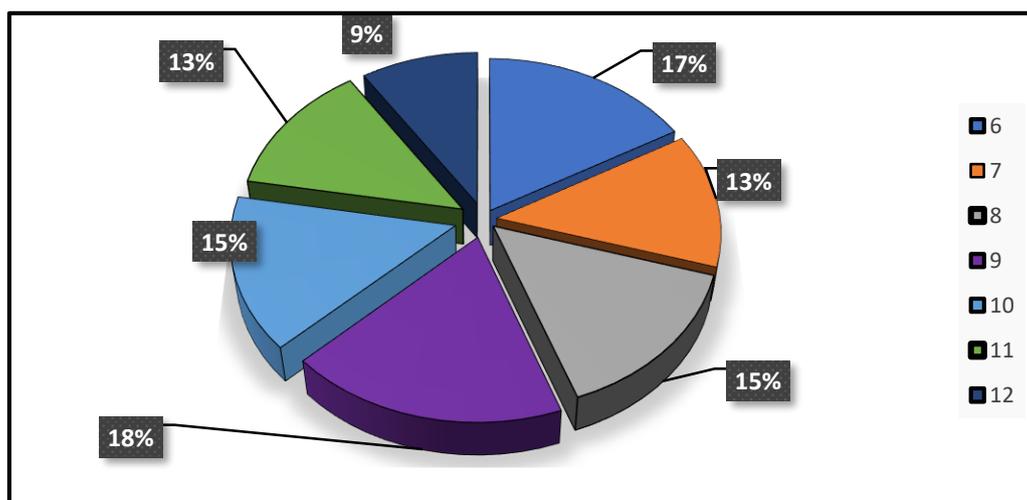


Gráfico 2. porcentaje de la población según grupo etario.

Los resultados de la tabla 6 y el gráfico 2 muestran que; del total de 54 niños 10 niños tienen la edad de 09 años con un 18%, 9 niños tienen 06 años con un 17%, 8 niños tienen la edad de 10 años con un 15%, 8 niños tienen 08 años de edad con un 15%, 7 niños tienen 11 y 07 años con un 13% y 5 niños tienen 12 años con un 9%.

Tabla 7. Distribución de frecuencia y porcentaje de los tipos de deglución atípica.

Tipos de deglución atípica		
	Frecuencia	Porcentaje
Tipo I	24	44%
Tipo II	15	28%
Tipo III	9	17%
Tipo IV	6	11%
Total	54	100.00%

Nota. *Frecuencia y porcentaje de los tipos de deglución atípica en los niños de la Institución Educativa N° 54077 del Distrito de Andahuaylas.

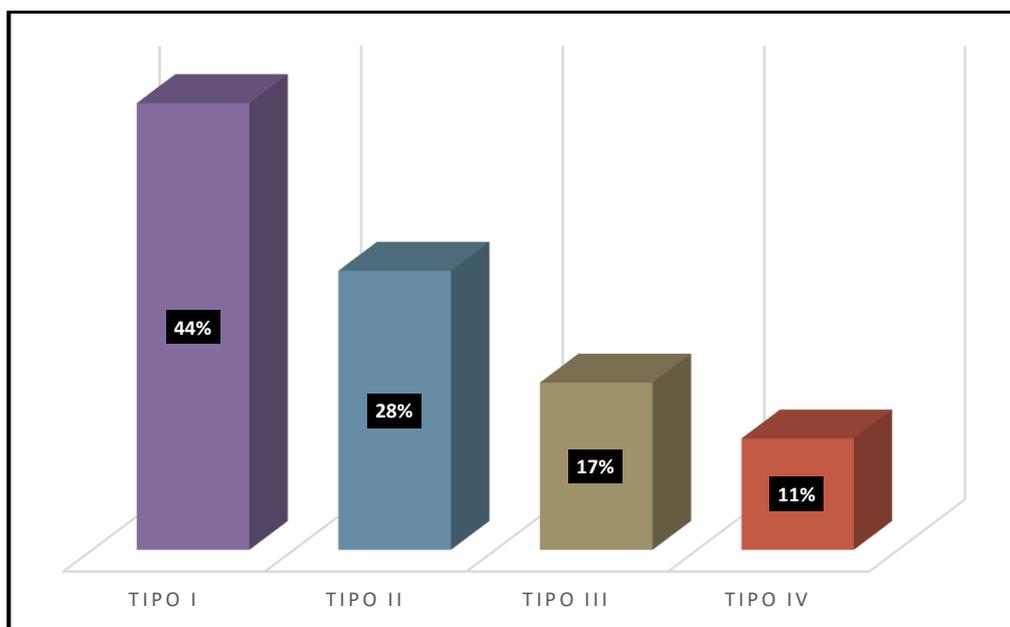


Gráfico 3. Distribución porcentual de los tipos de deglución atípica en los niños de la I.E. N° 54077 - Andahuaylas.

Los resultados de la tabla 7 y gráfico 3 muestran que; del total de 54 niños, 24 niños presentan deglución atípica tipo I con un 44%, 15 niños presentan deglución atípica tipo II con 28%, 09 niños presentan deglución atípica tipo III con un 17% y 06 niños presentan deglución atípica tipo IV con un 11%.

Tabla 8. *Distribución de frecuencia y porcentaje de Maloclusiones Dentales.*

Maloclusiones dentales		
	Frecuencia	Porcentaje
clase I	26	47%
clase II	13	25%
clase III	15	28%
Total	54	100.00%

Nota. *Frecuencia y porcentaje de las maloclusiones dentales en los niños de la Institución Educativa N° 54077 del Distrito de Andahuaylas.

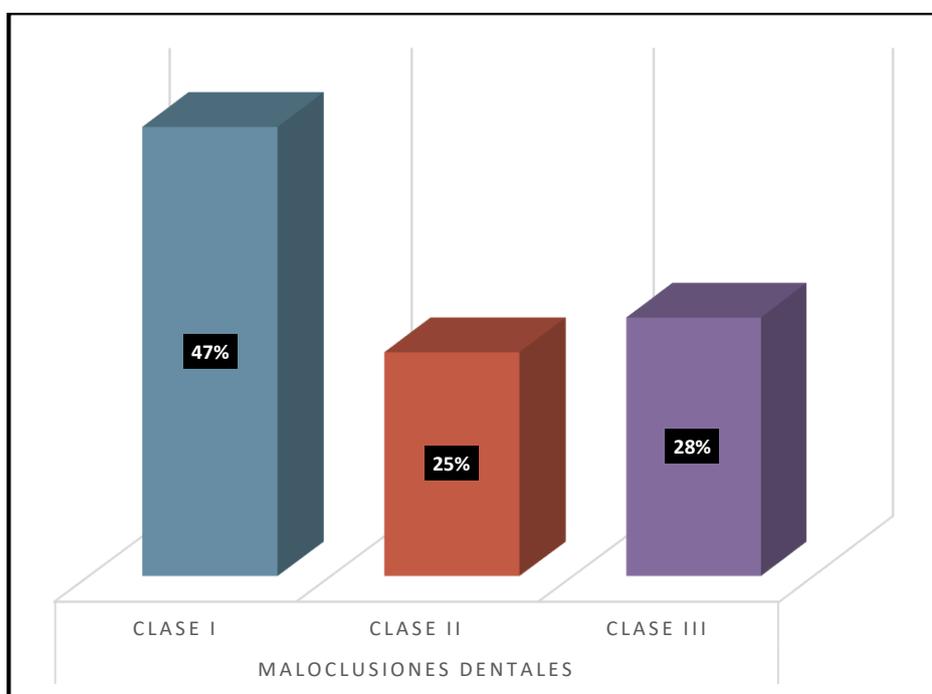


Gráfico 4. *Distribución porcentual de Maloclusiones Dentales en los niños de la I.E. N° 54077 del Distrito de Andahuaylas.*

Los resultados de la tabla 8 y el gráfico 4 muestran que; del total de 54 niños 26 niños presentan maloclusión clase I con un 47%, 15 niños presentan maloclusión clase III con un 28% y 13 niños presentan maloclusión clase II con un 25%.

5.2. Análisis Interferencial.

Tabla 9. *Tabla cruzada de la Deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental Clase I.*

		Maloclusión clase I			Total
		No	Si		
Deglución atípica tipo I	No	Recuento	23	7	30
		% del total	42%	14%	56%
	Si	Recuento	5	19	24
		% del total	10%	34%	44%
Total		Recuento	28	26	54
		% del total	52%	48%	100,0%

Nota. *Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo I asociado a las maloclusiones dentales clase I de los niños de la I.E. N° 54077 del Distrito de Andahuaylas.

Los resultados de la tabla 9 muestra que, del total de 54 niños, 19 niños presentan deglución atípica tipo I asociado a la maloclusión dental clase I, con un 34% y 5 niños que tienen deglución atípica tipo I no presentan maloclusión dental clase I con un 10%.

Tabla 10. *Prueba de chi-cuadrado de la deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental Clase I.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,649 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	14,487	1	,000		
Razón de verosimilitud	17,626	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,340	1	,000		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 10 muestra una asociación significativa de la deglución atípica tipo I con la maloclusión dental clase I, con un P valor de 0,000; el cual es menor al nivel de significancia del 0,05. De esta manera se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo I se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I en los niños de la I.E. N° 54077.

Tabla 11. *Tabla cruzada de la Deglución atípica tipo I asociado a la maloclusión dental clase II.*

		Maloclusión clase II			
		No	Si	Total	
Deglución atípica tipo I	No	Recuento	20	10	30
		% del total	37%	18%	56%
	Si	Recuento	21	3	24
		% del total	39%	6%	44%
Total		Recuento	41	13	54
		% del total	76%	24%	100,0%

Nota. *Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo I asociado a las maloclusiones dentales clase II de los niños de la I.E. N° 54077 del Distrito de Andahuaylas.

Los resultados de la tabla 11 muestra que, del total de 54 niños, 21 niños que tienen deglución atípica tipo I no presenta asociación con la maloclusión dental clase II con un 39% y 3 niños presentan deglución atípica tipo I en asociación con la maloclusión dental clase II, con un 6%.

Tabla 12. *Prueba de chi – cuadrado de la deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental clase II.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,166 ^a	1	,075		
Corrección de continuidad ^b	2,129	1	,145		
Razón de verosimilitud	3,333	1	,068		
Prueba exacta de Fisher				,111	,070
Asociación lineal por lineal	3,107	1	,078		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 12 muestra que no existe asociación de la deglución atípica tipo I y la maloclusión dental clase II, con un P valor de 0,075; el cual es mayor al nivel de significancia esperado del 0,05. Aceptando la hipótesis nula y rechazando la hipótesis de la investigación, la cuál afirma que la deglución atípica tipo I se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II, en los niños de la I.E. N° 54077.

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de la Deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental clase III.

Maloclusión clase III					
Deglución atípica tipo I	No	Recuento	No	Si	Total
		% del total	17	13	30
	Si	Recuento	31%	24%	56%
		% del total	22	2	24
Total	Recuento	41%	4%	44%	
	% del total	39	15	54	
			72%	28%	100,0%

Nota. *Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo I asociado a la maloclusión dental clase III de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 13 muestran que, del total de 54 niños, 22 niños que tienen deglución atípica tipo I no presentan asociación con la maloclusión dental clase III con un 41% y solo 2 niños presentan deglución atípica tipo I en asociación con la maloclusión dental clase III, con un 4%.

Tabla 14. Prueba de chi - cuadrado de la Deglución atípica tipo I asociado con la maloclusión dental clase III.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,142 ^a	1	,004		
Corrección de continuidad ^b	6,490	1	,011		
Razón de verosimilitud	8,989	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,006	,004
Asociación lineal por lineal	7,991	1	,005		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 14 muestran que hay una asociación poco significativa de la deglución atípica tipo I y la maloclusión dental clase III, con un P valor de 0,004 el cual es menor al nivel de significancia del 0,05. Rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de la investigación, la cuál afirma que la deglución atípica tipo I se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de la I.E. N° 54077.

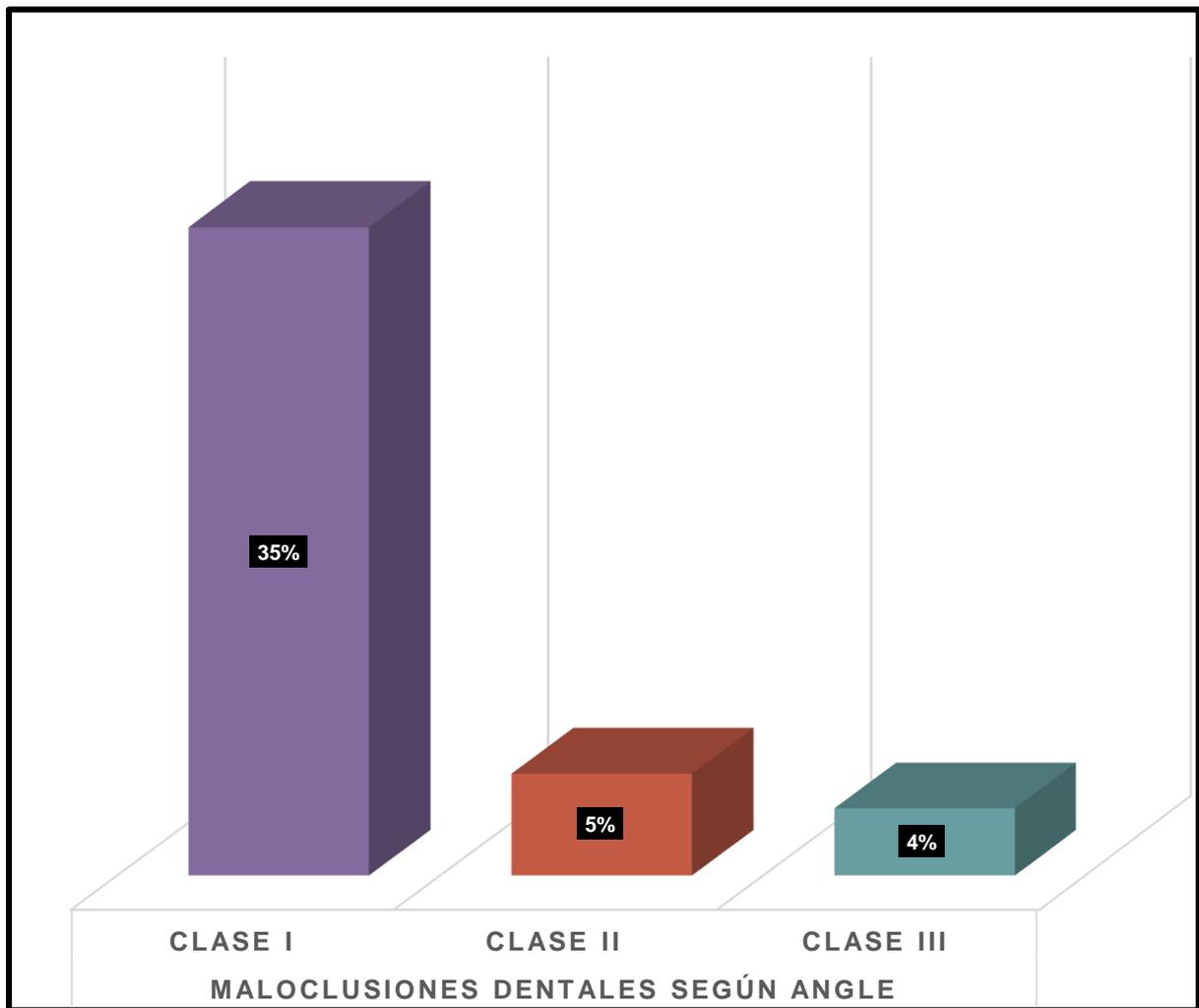


Gráfico 5. *Porcentaje de la Deglución atípica I asociado con las maloclusiones dentales clase I, II y III en los niños de la I.E. N° 54077.*

Los resultados del gráfico 5 muestran que; el 54% de los niños que presentan deglución atípica tipo I, el 35% tiene maloclusión dental clase I, el 5% tienen maloclusión dental clase II y el 4% tienen maloclusión dental clase III.

Tabla 15. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión clase I.*

		Maloclusión clase I			
		No	Si	Total	
Deglución atípica tipo II	No	Recuento	17	22	39
		% del total	32%	41%	72%
	Si	Recuento	11	4	15
		% del total	20%	7%	28%
Total	Recuento	28	26	54	
	% del total	52%	48%	100,0%	

Nota. * Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo II asociado a las maloclusiones dentales clase I de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 15 muestran que, del total de 54 niños, 11 niños que tienen deglución atípica II no presenta asociación con la maloclusión dental clase I con un 20% y 4 niños presentan deglución atípica tipo II en asociación con la maloclusión dental clase I, con un 7%.

Tabla 16. *Prueba de chi – cuadrado de la Deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental clase I.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,839 ^a	1	,050		
Corrección de continuidad ^b	2,740	1	,098		
Razón de verosimilitud	3,966	1	,046		
Prueba exacta de Fisher				,070	,048
Asociación lineal por lineal	3,768	1	,052		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 16 muestra que no hay una asociación de la deglución atípica tipo II y la maloclusión dental clase I, con un P valor de 0,050 el cual es igual al nivel de significancia del 0,05. Rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de la investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo II se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III en los niños de la I.E. N° 54077.

Tabla 17. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental clase II.*

		Maloclusión clase II			
			No	Si	Total
Deglución atípica tipo II	No	Recuento	35	4	39
		% del total	65%	7%	72%
	Si	Recuento	6	9	15
		% del total	11%	17%	28%
Total	Recuento	41	13	54	
	% del total	76%	24%	100,0%	

Nota. *Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental clase II de los niños de I.E.N° 54077.

Los resultados de la tabla 17 muestra que, del total de 54 niños, 6 niños que tienen deglución atípica tipo II no presentan asociación con la maloclusión clase II, 9 niños presentan deglución atípica tipo II en asociación con la maloclusión dental clase II, con un 17%.

Tabla 18. *Prueba de chi - cuadrado de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental clase II.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,665 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	12,070	1	,001		
Razón de verosimilitud	13,625	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,394	1	,000		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 18 muestra una asociación significativa de la deglución atípica tipo II con la maloclusión dental clase II, con un P valor de 0,000; el cual es menor al nivel de significancia del 0,05; de esta manera se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, el cual afirma que la deglución atípica tipo II se asocia significativamente con la maloclusión dental clase II y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de la I.E. N° 54077.

Tabla 19. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión dental clase III.*

		Maloclusión clase III			
			No	Si	Total
Deglución atípica tipo II	No	Recuento	26	13	39
		% del total	48%	24%	72%
	Si	Recuento	13	2	15
		% del total	24%	4%	28%
Total		Recuento	39	15	54
		% del total	72%	28%	100,0%

Nota. *Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo II asociado a las maloclusiones dentales clase III de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 19 muestra que, del total de 54 niños, 13 niños que tienen deglución atípica tipo II no presenta asociación con la maloclusión dental clase III con un 24% y 2 niños presentan deglución atípica tipo II en asociación con la maloclusión dental clase III, con un 4%.

Tabla 20. *Prueba de chi – cuadrado de la deglución atípica tipo II asociado con la maloclusión clase III.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,160 ^a	1	,142		
Corrección de continuidad ^b	1,278	1	,258		
Razón de verosimilitud	2,383	1	,123		
Prueba exacta de Fisher				,187	,128
Asociación lineal por lineal	2,120	1	,145		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 20 muestra que no existe una asociación de la deglución atípica tipo II y la maloclusión dental clase III; con un P valor de 0,142, el cual es mayor al nivel de significancia del 0,05. Aceptando la hipótesis nula y rechazando la hipótesis de la investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo II se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco con la maloclusión dental clase II y III en los niños de la I.E. N° 54077.

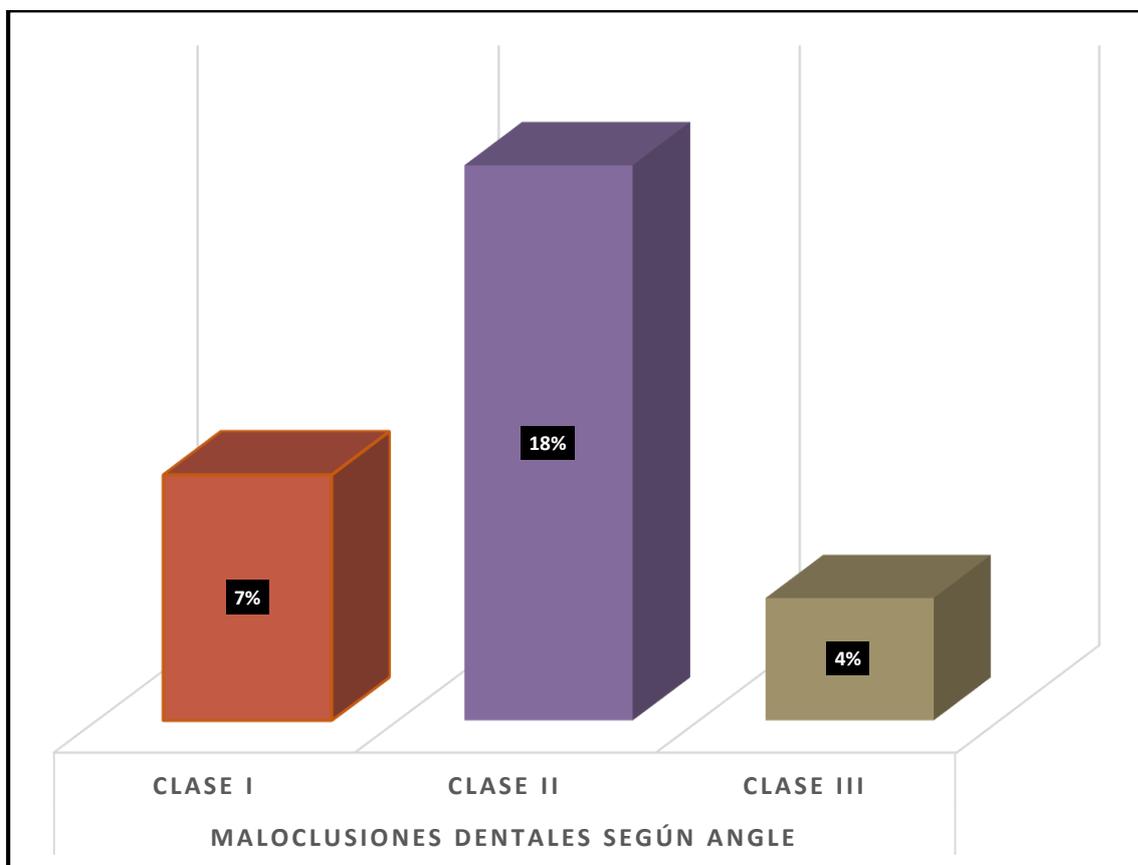


Gráfico 6. *Porcentaje de la Deglución atípica II asociado con las maloclusiones dentales clase I, II y III en los niños de la I.E. N° 54077.*

Los resultados del gráfico 6 muestra que, del 29% de los niños que presentan deglución atípica tipo II, el 18% tienen malocclusion dental clase II, el 7% tienen malocclusion dental clase I y el 4% tienen malocclusion dental clase III.

Tabla 21. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión clase I.*

		Maloclusión clase I			
			No	Si	Total
Deglución atípica tipo III	No	Recuento	21	24	45
		% del total	39%	44%	83%
	Si	Recuento	7	2	9
		% del total	13%	4%	17%
Total		Recuento	28	26	54
		% del total	52%	48%	100,0%

Nota. * Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo III asociado a las maloclusiones dentales Clase I de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 21 muestra que, de 54 niños, 7 niños que tienen deglución atípica tipo III no presentan asociación con la maloclusión dental clase I con un 13% y 2 niños presentan deglución atípica tipo III en asociación con la maloclusión dental clase I, con un 4%.

Tabla 22. *Prueba de chi – cuadrado de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión clase I.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,908 ^a	1	,088		
Corrección de continuidad ^b	1,795	1	,180		
Razón de verosimilitud	3,068	1	,080		
Prueba exacta de Fisher				,144	,089
Asociación lineal por lineal	2,854	1	,091		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 22 muestra que no existe una asociación de la deglución atípica tipo I y la maloclusión dental clase II, con un P valor de 0,088; el cual es mayor al nivel de significancia del 0,05. Aceptando la hipótesis nula y rechazando la hipótesis de la investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo III se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de la I.E. N° 54077.

Tabla 23. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase II.*

		Maloclusión clase II			
			No	Si	Total
Deglución atípica tipo III	No	Recuento	33	12	45
		% del total	61%	22%	83%
	Si	Recuento	8	1	9
		% del total	15%	2%	17%
Total		Recuento	41	13	54
		% del total	76%	24%	100,0%

Nota. * Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo III asociado a la maloclusión dental clase II de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 23 muestra que; de los 54 niños, 8 niños que tienen deglución atípica tipo III no presenta asociación con la maloclusión dental clase II con un 15% y 1 niño presenta deglución atípica tipo III en asociación con la maloclusión dental clase II, con un 2%.

Tabla 24. *Prueba de Chi – cuadrado de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase II.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,993 ^a	1	,319		
Corrección de continuidad ^b	,324	1	,569		
Razón de verosimilitud	1,137	1	,286		
Prueba exacta de Fisher				,428	,299
Asociación lineal por lineal	,974	1	,324		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 24 muestra que no existe una asociación de la deglución atípica tipo III y la maloclusión dental clase II; con un P valor de 0,319; el cual es mayor al nivel de significancia del 0,05. Aceptando la hipótesis nula y rechazando la hipótesis de la investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo III se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de la I.E. N° 54077.

Tabla 25. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase III.*

		Maloclusión clase III			
		No	Si	Total	
Deglución atípica tipo III	No	Recuento	36	9	45
		% del total	67%	17%	83%
	Si	Recuento	3	6	9
		% del total	6%	11%	17%
Total		Recuento	39	15	54
		% del total	72%	28%	100,0%

Nota. * Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo III asociado a las maloclusiones dentales clase III de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 25 muestra que; del total de 54 niños, 3 niños que tienen deglución atípica tipo III no presenta asociación con la maloclusión dental clase III con un 6%, 6 niños presentan deglución atípica tipo III en asociación con la maloclusión dental clase III, con un 11%.

Tabla 26. *Prueba de chi – cuadrado de la deglución atípica tipo III asociado con la maloclusión dental Clase III.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,142 ^a	1	,004		
Corrección de continuidad ^b	5,982	1	,014		
Razón de verosimilitud	7,317	1	,007		
Prueba exacta de Fisher				,010	,010
Asociación lineal por lineal	7,991	1	,005		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 26 muestra que existe una asociación poco significativa de la deglución atípica tipo III y la maloclusión dental clase III; con un P valor de 0,004; el cual es menor al nivel de significancia del 0,05. Rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de la investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo III se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de la I.E. N° 54077.



Gráfico 7. *Distribución porcentual de la deglución atípica III asociado con las maloclusiones dentales clase I, II y III.*

Los resultados del gráfico 7 muestra que; del 17% de los niños que presentan deglución atípica tipo III, el 11% tienen maloclusión clase III, el 4% tienen maloclusión clase I y el 2% tienen maloclusión dental clase II.

Tabla 27. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase I.*

		Maloclusión clase I			
		No	Si	Total	
Deglución atípica tipo IV	No	Recuento	23	25	48
		% del total	43%	46%	89%
	Si	Recuento	5	1	6
		% del total	9%	2%	11%
Total		Recuento	28	26	54
		% del total	52%	48%	100,0%

Nota. * Frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo IV asociado a la maloclusión dental clase I de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 27 muestra que; del total de 54 niños, 5 niños que tienen deglución atípica tipo IV no presenta asociación con la maloclusión dental clase I con un 9% y solo 1 niño presenta deglución atípica tipo IV en asociación con la maloclusión dental clase I, con un 2%.

Tabla 28. *Prueba de chi – cuadrado de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase I.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,680 ^a	1	,102		
Corrección de continuidad ^b	1,449	1	,229		
Razón de verosimilitud	2,920	1	,087		
Prueba exacta de Fisher				,194	,114
Asociación lineal por lineal	2,630	1	,105		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 28 muestra que; no existe asociación de la deglución atípica tipo IV y la maloclusión dental clase I, con un P valor de 0,102; el cual es mayor al nivel de significancia del 0,05. Aceptando la hipótesis nula y rechazando la hipótesis de la investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo IV se asocia con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión clase II y III, en los niños de la I.E. N° 54077.

Tabla 29. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase II.*

		Maloclusión clase II			
		No	Si	Total	
Deglución atípica tipo IV	No	Recuento	35	13	48
		% del total	65%	24%	89%
	Si	Recuento	6	0	6
		% del total	11%	0%	11%
Total		Recuento	41	13	54
		% del total	76%	24%	100,0%

Nota. *frecuencia y porcentaje de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental clase II de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 29 muestra que; del total de 54 niños, 6 niños que tienen deglución atípica tipo IV no presenta maloclusión dental clase II con un 11% y ningún niño presenta deglución atípica tipo IV en asociación con la maloclusión dental clase II, con un 0%.

Tabla 30. *Prueba de chi – cuadrado de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase II.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,140 ^a	1	,143		
Corrección de continuidad ^b	,915	1	,339		
Razón de verosimilitud	3,536	1	,060		
Prueba exacta de Fisher				,317	,174
Asociación lineal por lineal	2,101	1	,147		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 30 muestra que; no existe asociación de la deglución atípica tipo IV y la maloclusión dental clase II; con un P valor de 0,143, el cual es mayor al nivel de significancia del 0,05. Aceptando la hipótesis nula y rechazando la hipótesis de la investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo IV se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de la I.E. N° 54077.

Tabla 31. *Tabla cruzada de la deglución atípica tipo IV asociado con la maloclusión dental Clase III.*

		Maloclusión clase III			
		No	Si	Total	
Deglución atípica tipo IV	No	Recuento	38	10	48
		% del total	70%	19%	89%
	Si	Recuento	1	5	6
		% del total	2%	9%	11%
Total	Recuento	39	15	54	
	% del total	72%	28%	100,0%	

Nota. *Asociación de deglución atípica tipo IV y maloclusión dental clase III de los niños de la I.E. N° 54077.

Los resultados de la tabla 31 muestra que, del total de 54 niños, 1 niño que tiene deglución atípica tipo IV no presenta maloclusión dental clase III con un 2%, 5 niños presentan deglución atípica tipo IV en asociación con la maloclusión dental clase III, con un 9%.

Tabla 32. *Prueba de chi – cuadrado de la deglución atípica tipo IV asociado a la maloclusión dental Clase III.*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,385 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	7,503	1	,006		
Razón de verosimilitud	9,277	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,005	,005
Asociación lineal por lineal	10,192	1	,001		
N de casos válidos	54				

Los resultados de la tabla 32 muestra una asociación significativa de la deglución atípica tipo IV y la maloclusión dental clase III; con un P valor de 0,001, el cual es menor al nivel de significancia del 0,05. Rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de investigación, la cual afirma que la deglución atípica tipo IV se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III, en los niños de la I.E. N° 54077.

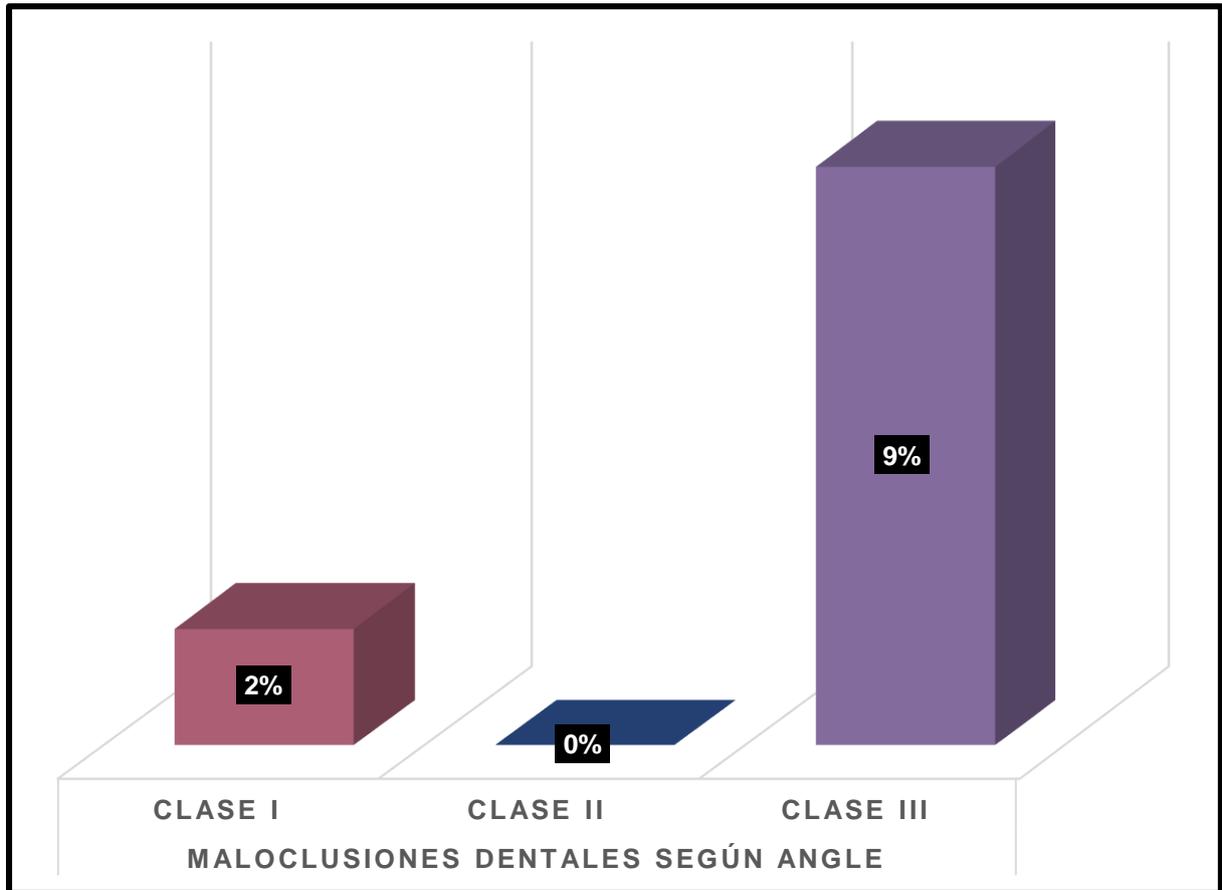


Gráfico 8. Distribución porcentual de la deglución atípica IV asociado con las maloclusiones dentales clase I, II y III.

Los resultados del gráfico 8 muestra que; del 11% de los niños que presentaron deglución atípica tipo IV, el 9% tiene maloclusión clase III, el 2% tiene maloclusión clase I y ningún niño presenta maloclusión clase II.

Tabla 33. Asociación de la deglución atípica y las maloclusiones dentales.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	370,134 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	455,087	12	,000
Asociación lineal por lineal	16,246	1	,000
N de casos válidos	54		

Nota. *Prueba de chi – cuadrado de la deglución atípica y las maloclusiones dentales.

Los resultados de la tabla 33 muestra una asociación significativa de la deglución atípica con las maloclusiones dentales, con un P valor de 0,000; el cual es menor al nivel de significancia del 0,05. De esta manera se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, la cual afirma que la deglución atípica se asocia significativamente con las maloclusiones dentales en los niños de la I.E. N° 54077.

5.4. Discusión

Si el mecanismo normal de la deglución se altera por mala posición de la lengua presentando una deglución atípica estaremos en presencia de un desequilibrio funcional del sistema estomatognático, del desarrollo de los maxilares, y las piezas dentarias están comprometidas desplazándose en el sentido de la fuerza mayor induciendo a las maloclusiones dentales. La deglución atípica y las maloclusiones dentales son alteraciones que se encuentran en pacientes de edades tempranas, con un diagnóstico adecuado se puede instaurar un tratamiento precoz y así evitar complicaciones los cuales ayudarán a reducir costos en los tratamientos.

En nuestro estudio la deglución atípica se describe según la clasificación de Brauer y Holt.²¹ quienes clasifican la deglución atípica en cuatro; los resultados demuestran que; la deglución atípica tipo I es un hábito que se caracteriza por la posición inadecuada de la lengua sin presentar deformación, el 44% de los niños presentan este tipo de deglución. La deglución atípica tipo II es un hábito que se caracteriza por la posición anterior de la lengua, el 28% de los niños presentan este tipo de deglución. La deglución atípica tipo III, se caracteriza por presentar una presión lingual lateral, el 17% de los niños presentan este tipo de deglución. La deglución atípica tipo IV, es un hábito que se caracteriza por la posición anterior y lateral de la lengua, el 11% de los niños presentan este tipo de deglución. A diferencia de nuestro estudio otros autores describen la deglución atípica con sus características generales sin clasificarlos, los autores mencionados a continuación encontraron altos porcentajes de deglución atípica, Méndez JH, et al.⁹ demostró que de los niños que asisten a la clínica de la Universidad Santiago de Cali de 04 a 11 años, el 66 % de los niños presentan deglución atípica sin deformación el cual sería correspondiente a la deglución atípica tipo I y el 85% presentaron deglución atípica con movimientos de lateralización lingual el cual corresponde a la deglución atípica tipo II. A si mismo Estrada RM, et al.⁷ en su estudio factores predisponentes de maloclusión dental demostró que, los niños de 6 a 9 años presentaron como factor más prevalente la deglución atípica con un 76.6%. Otros autores encontraron resultados de la deglución atípica en porcentajes mínimos, por ejemplo, Valdivieso GA.⁸ demostró que, de los 894 estudiantes que presentaron hábitos parafuncionales el 4% presentó deglución atípica. Zapata DM.¹³ en sus

resultados demuestra que, de los 154 niños que presentan hábitos bucales la deglución atípica se encuentra en porcentajes mínimos.

La maloclusión dental tipo I según Angle.³⁰ se caracteriza por la posición de las primeras molares permanentes ya que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. Los resultados de este estudio demostraron que; el 59% de los niños presentan maloclusión clase I. Resultados similares donde la maloclusión que se presenta en mayor porcentaje es la maloclusión clase I según Angle fueron encontrados por, Zapata DM.¹³ que de los 154 niños de su muestra la maloclusión dentaria que predomina es la clase I con un 71%, Aguilar MN, et al.¹² demostraron que la prevalencia de maloclusiones en su población de estudio, según criterios de Angle, fue la clase I en 55%, el estudio prevalencia de maloclusiones dentales realizado por Loo DL.¹¹ demostró que un 46% de sus pacientes presentaron maloclusión clase I. Rodríguez SJ.¹⁵ encuentra que la maloclusión dental que se presenta en mayor porcentaje es la maloclusión clase I.

La maloclusión dental clase II según Angle se caracteriza por la posición de las primeras molares permanentes donde los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores. Los resultados de este estudio demostraron que, el 24% de los niños presentaron maloclusión clase II. Resultados similares fueron encontrados por; Zapata DM.¹³ donde demostró que la maloclusión clase II división 1 tienen un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6 % esta maloclusión está menos frecuente que la clase I. a diferencia de nuestro estudio otros autores encontraron que la maloclusión clase II es más frecuente en su población, López OP. et al.⁶ en su estudio encontraron que; de los 88 estudiantes de 06 a 12 años la mayor frecuencia de relación molar es clase II y clase III en ambos lados. Loo DL.¹¹ en los resultados de su trabajo de investigación demostró que; la relación molar que se presentó con mayor frecuencia es la de clase II.

La maloclusión clase III según Angle se caracteriza por la posición de los primeros molares permanentes donde los molares inferiores ocluyen mesialmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Los resultados de este estudio demostraron que

el 28% de los niños presentaron maloclusión clase III. Estudios similares fueron encontrados por: Loo DL.¹¹ demostró que de toda su población solo un 3% presentó clase molar III. Zapata DM.¹³ demostró que, de los 154 niños evaluados un 7.8% presentó maloclusión clase III. A diferencia de ellos otros autores encontraron resultados donde la maloclusión dental clase III según Angle es más significativa, López OP, et al.⁶ demostraron que de los 88 escolares de 7 a 12 años la maloclusión dental más frecuente es la maloclusión clase II y clase III en ambos lados, Rodríguez SJ.¹⁵ encontró que de los 352 escolares de su muestra solo el 11,9% presentó maloclusión dental clase III según Angle.

La asociación de la deglución atípica y maloclusiones dentales se presenta, debido a la interposición ya sea anterior o lateral de la lengua el cual provoca una alteración en la oclusión dental. En nuestro estudio la deglución atípica se asocia significativamente con la maloclusión dental. La deglución atípica tipo I presenta una asociación significativa con la maloclusión clase I [P= 0,000], la deglución atípica tipo II se asocia significativamente con la maloclusión clase II [P= 0,000], la deglución atípica tipo III se asocia con la maloclusión clase III [P= 0,004] y la deglución atípica tipo IV se asocia significativamente con la maloclusión clase III [P= 0,001]. López SO, et al.⁶ demostraron que la deglución atípica se presenta con mayor frecuencia en la relación molar clase II y III bilateral, Estrada RM.⁷ evaluó los factores predisponentes de las maloclusiones dentales encontrando que la deglución atípica está asociado a la maloclusión dental.

CONCLUSIONES

1. La deglución atípica presenta una asociación significativa con las maloclusiones dentales.
2. El tipo de deglución atípica que se presenta en mayor porcentaje, es la deglución atípica tipo I con un 44%, seguido del tipo II con un 28%, el tipo III con un 17% y el tipo IV con un 11%.
3. La maloclusión dental que se presenta en mayor porcentaje, es la maloclusión clase I con un 47%, seguido de la maloclusión dental clase III con un 28% y por último la maloclusión dental clase II con un 25%.
4. La deglución atípica tipo I se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I [P = 0,000]. También Presenta una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase III, [P = 0,004]. Y no presenta asociación con la maloclusión clase II.
5. La deglución atípica tipo II se asocia significativamente con la maloclusión dental clase II [P = 0.000]. No presenta asociación con la maloclusión dental clase I y III.
6. La deglución atípica tipo III presenta una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase III [P = 0,004]. No presenta asociación con la maloclusión dental clase I y II.
7. La deglución atípica tipo IV se asocia significativamente con la maloclusión dental clase III [P = 0,001]. No presenta asociación con la maloclusión dental clase I y II.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al ministerio de salud que, dentro de sus registros estadísticos sobre la salud oral, debe estar incluido la deglución atípica y las maloclusiones dentales, para que así se pueda realizar diagnósticos precoces y tratamientos preventivos.
2. Se recomienda a los cirujanos dentistas, informar a los padres de familia sobre la deglución atípica, el diagnóstico, tratamiento y sus consecuencias, para obtener un diagnóstico adecuado y se puedan realizar los tratamientos adecuados.
3. Se recomienda a los estudiantes de la universidad Alas Peruanas Filial Andahuaylas, realizar charlas preventivas sobre la deglución atípica y las maloclusiones dentales, dirigidos hacia los padres de familia en las Instituciones Educativas de la Provincia de Andahuaylas, debido a que la presencia de la deglución atípica asociado a las maloclusiones dentales es significativa.
4. Se recomienda a los padres de familia, a informarse sobre la presencia de la deglución atípica y las maloclusiones dentales, para que así puedan realizar los tratamientos preventivos y evitar las posteriores complicaciones, en caso de los niños que presentan deglución atípica asociado a maloclusiones dentales se tiene que realizar los tratamientos correctivos correspondientes en cada caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acevedo SO, Mora PC, Capote FJ, Rosell SC, Hernández NY. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. *MediSur*. 2011; 9(2).
2. Eva CA. Necesidad de la terapia miofuncional en el tratamiento de la deglución atípica. [Tesis post grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2013.
3. Ciencia digital [En línea]. Araújo: Smart dental; 2017. [citado el 12 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://araujodental.com/blog/la-malocclusion-dental>.
4. Ygual A, Cervera M. Guía para la evaluación de la deglución atípica. año 2015.
5. Ciencia digital [En línea]. Portal odontólogos; 2017. [12 de mayo 2018]. Disponible en: <https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/2630/clasificacion-angle>.
6. López SO, López SL, Osorio FA, Restrepo PF. Relación molar, actividad y fuerza muscular en escolares entre 7 y 12 años con deglución atípica. *Revista ciencias de la salud*. 2017;15(3).
7. Loo DL, Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6-8 años de la escuela Apóstol Santiago. [Tesis de Pregrado]. Guayaquil : Universidad Católica De Santiago De Guayaquil; 2016.
8. Estrada MC, Lagos OA, López SJ. Prevalencia de factores predisponentes de maloclusión dental en niños de 6 a 9 años de edad, del colegio guardabarranco de Managua en el periodo octubre-noviembre del año 2015. [Tesis pregrado] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
9. Valdivieso GA. Prevalencia de hábitos parafuncionales en los estudiantes de 18-30 años de edad, de la universidad nacional de Loja, modalidad presencial, periodo mayo-2014. [Tesis pregrado]. Loja (Ecuador) : Universidad Nacional de Loja; 2014.
10. Aguilar MN, Taboada AO. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población en una población escolar del Estado de México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2013; 70(5).

11. Méndez HJ, Eugenia CL, Torres AM. Caracterización de la fase preoperatoria y oral de niños que asisten a la clínica de odontopediatría de la universidad Santiago de Cali. Revista colombiana. 2010; 9.
12. Zaldivar ML, Peláez GS, Expósito MI, Estrada VV, Pérez LIY. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Archivo médico de Camaguey. 2010; 14(6).
13. Hucasi CV. Prevalencia de maloclusiones dentales en músicos que ejecutan instrumentos de viento en la banda real majestad de la ciudad de Juliaca - Puno, 2017. [Tesis de Pregrado]. Puno (Perú): Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
14. Rodríguez SJ. Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años de Instituciones Educativas públicas – Trujillo 2015. [Tesis de Pregrado]. Trujillo – Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
15. Zapata DM. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los educadores. [Tesis de Pregrado]. Lima (Perú): Universidad San Martín de Porres; 2013.
16. Aliaga DA, Mattos VM, Aliaga DR, Del castillo MC. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Rev PMESP. 2011; 28(1): 87-91.
17. Madhukar TS. Tongue thrusting habit: A review. IJ of CD and MR. 2015; 26.
18. Vera EA, Chacón PE, Sara VR. Estudio de 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, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2004; 191(9).
19. Torres GB. [en línea]. UB: Anatomofisiología de la deglución; 2008. [citado el 12 de Mayo del 2018]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/16212043.pdf>.
20. Maspero C, Prevedello C, Galbiati G, Farronato G, Giannini L. Atypical swallowing: A review. Minerva Stomatologica. 2014; 63(6).
21. Brauer JS, Holt TV. Tongue thrust classification. Angle Orthod. 1965;35:106-12.

22. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2011. [citado el 12 de mayo del 201] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>.
23. Jiménez JJ. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Odontología Sanmarquina. 2016; 19(2).
24. Valcarcel MN. [en línea]. Terapia miofuncional en la deglución atípica; 2016. [consultado el 12 de mayo 2018] Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2595/Terapia%20miofuncional%20en%20la%20deglucion%20atipica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Alarcón AA. Deglución atípica – Revisión de la literatura. Odontología Venezolana. 2012; 51(1).
26. Botero P, Vélez N, Cuesta D, Gómez E, Gonzáles P, Cossio M, et al. Perfil epidemiológico de oclusión dental en niños que consultan a la Universidad Cooperativa de Colombia. Revista CES Odontología. 2009; 22(1).
27. Celar A, Tafaj E, Graf A, Lettner S. Association of anterior and posterior occlusal planes with different Angle and skeletal classes in permanent dentitions. J Orofac Orthop. 2018; 1(10).
28. Torres CM. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2009.
29. Ugalde MF. Clasificación de las maloclusiones en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM. 2007; 64(3).
30. Almandoz CA. Clasificación de maloclusiones. Investigación Bibliográfica de suficiencia profesional, [para obtener el título de Pregrado]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia: 2011.
31. Reyes RD, Etcheverry DE, Antón SJ, Muñoz QG. Asociación de maloclusiones clase I, II y III y su tratamiento en población infantil en la ciudad de Puebla, México. Revista Tamé. 2014; 2(6).
32. Avalos GG, Paz CA. Maloclusión clase III. Revista Tamé. 2014; 3(8).
33. Talley MM, Katagiri KM, Pérez TH. Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. Medigraphic. 2007; 11(4).

34. Mosby E. Diccionario de odontología. Barcelona: Elsevier España S.L; 2009.
35. Aravena TP. ¿Diente o pieza dentaria?. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2012; 5(1).
36. Ciencia digital [En línea]. Definición de niños. Definición ABC. [citado el 10 de mayo del 2018]. Disponible en: **<https://www.definicionabc.com/social/ninos.php>**.
37. García GV, Ustrell TJ, Sentís VJ. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Avances en odontoestomatología. 2011; 27(2).
38. Acevedo SO, Mora PC, Capote FJ, Rosell SC, Hernández NY. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. MediSur. 2011; 9(2).
39. Hernández Sampieri R, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación 6° ed. México: McGRAW – HILL/ Interamericana Editores, S.A. DE C.V; 1991.
40. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [internet]. Brazil 2018. [citado el 18 de Junio del 2018] disponible en: <http://www.ctomedicina.com/impugnaciones2014/bibliografiap202mir.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Existe una asociación entre la deglución atípica y las maloclusiones dentales en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar la asociación entre la deglución atípica y las maloclusiones dentales en los niños de 6-12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas - 2017.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La deglución atípica se asocia significativamente con las maloclusiones dentales en los niños de 6-12 años de la Institución Educativa N°54077 Andahuaylas - 2017.</p>	<p>Variable 1</p> <p>DEGLUCIÓN ATÍPICA</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo I • Tipo II • Tipo III • Tipo IV <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interposición lingual no deformante. • presión lingual anterior. • presión lingual lateral. • presión lingual anterior y lateral. 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Básico, Cuantitativo</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Inductivo</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>No experimental de corte transversal.</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuál es la distribución porcentual de los tipos de deglución atípica en los niños de 6 - 12 años que acuden a la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas - 2017?</p> <p>¿Cuál es la distribución porcentual de los tipos de maloclusión dental, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas - 2017?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Determinar la distribución porcentual de los tipos de deglución atípica en los niños de 6 - 12 años que acuden a la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017.</p> <p>Determinar la distribución porcentual de los tipos de maloclusión dental, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del Distrito de Andahuaylas – 2017.</p>	<p>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</p> <p>H1. el tipo de deglución atípica que se presenta en mayor porcentaje es la deglución atípica tipo I, seguido de la deglución atípica tipo II, la deglución atípica tipo III y el que se presenta en menor porcentaje es la deglución atípica tipo IV.</p> <p>H2. la maloclusión dental que se presenta en mayor porcentaje es la maloclusión dental clase I, seguido de la maloclusión dental clase II y el que se</p>	<p>Variable 2</p> <p>MALOCLUSIONES DENTALES</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III <p>Indicadores:</p> <p>Posición de las primeras molares permanentes.</p>	<p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Descriptivo, correlacional</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> O1 M --> O2 O1 <--> r O2 </pre> </div> <p>POBLACIÓN</p> <p>255 niños de la Institución Educativa N° 54077.</p> <p>MUESTRA</p>

<p>¿Cuál es la asociación de la deglución atípica tipo I con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017?</p>	<p>Determinar la asociación de la deglución atípica tipo I con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6-12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017.</p>	<p>presenta en menor porcentaje es la maloclusión dental clase III.</p> <p>H3. La deglución atípica tipo I se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III.</p>	<p>No probabilístico por conveniencia; consta de 54 niños de la Institución Educativa N° 54077. Solo aquellos que presentan deglución atípica.</p>
<p>¿Cuál es la asociación de la deglución atípica tipo II con la maloclusión dental clase I, II y III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017?</p>	<p>Determinar la asociación de la deglución atípica tipo II con las maloclusiones dentales clase I, II y III, en los niños de 6-12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017.</p>	<p>H4. La deglución atípica tipo II se asocia en significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III.</p>	<p>INSTRUMENTO</p> <p>V1: Ficha clínica para la observación y ficha de recolección de datos para su registro.</p>
<p>¿Cuál es la asociación de la deglución atípica tipo III con la maloclusión dental clase I, II y III en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017?</p>	<p>Determinar la asociación de la deglución atípica tipo III con las maloclusiones dentales clase I, II y III según Angle, en los niños de 6-12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017.</p>	<p>H5. La deglución atípica tipo III se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III.</p>	<p>V2: ficha de recolección de datos.</p>
<p>¿Cuál es la asociación de la deglución atípica tipo IV con la maloclusión dental clase I, II, III, en los niños de 6 - 12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017?</p>	<p>Determinar la asociación de la deglución atípica tipo IV con las maloclusiones dentales clase I, II, III según Angle, en los niños de 6-12 años de la Institución Educativa N°54077 del distrito de Andahuaylas – 2017.</p>	<p>H6. La deglución atípica tipo IV se asocia significativamente con la maloclusión dental clase I y tiene una asociación poco significativa con la maloclusión dental clase II y III.</p>	

ANEXO 2. INSTRUMENTO



**“DEGLUCIÓN ATÍPICA Y MALOCLUSIONES DENTALES EN LOS NIÑOS
DE 6 -12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “54077”
DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLAS – 2017”**

NOMBRE:

SEXO		EDAD	DEGLUCIÓN ATÍPICA				MALOCLUSIONES DENTALES			ESPECIFICACIONES
			TIPO I	TIPO II	TIPO III	TIPO IV	Observación clínica de la posición de las primeras molares permanentes.			
F	M									

FICHA CLÍNICA PARA DETERMINAR LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

REFERENTE: Ygual A, Cervera. Modificaciones realizadas por la autora de la investigación.

INGESTA DE LÍQUIDOS

OBSERVACIÓN LIBRE Y OBSERVACIÓN CON MANIPULACIÓN DE LOS LABIOS.

Material: vaso transparente con agua.

Procedimiento: se le entrega al niño un vaso y se le indica que beba con naturalidad.

Procedimiento con manipulación de labios:

a) Se le pide al niño que tome un pequeño sorbo y no lo trague hasta que se le indique. Justo en el momento que la laringe asciende separa los labios rompiendo el sellado labial. Hay que indicarle al niño que facilite esta operación.

b) Se pide al niño que aguante un sorbo de agua dentro de la boca. Que flexione la cabeza (como para mirar sus zapatos) y trague en esa posición. En el caso de deglución atípica suele dejar escapar parte del agua al no cerrar totalmente.

Observación: observar cómo posiciona la lengua mirando a través del vaso.

Posición de la lengua para contactar con el vaso:

- Presenta interposición lingual sin deformación.
- Presenta Interposición lingual anterior con deformación.

La lengua a la altura de los incisivos:

- Interposición sin deformación
- Protrusión.
- Interposición lingual anterior con deformación.
- Interposición lateral de la lengua.
- Interposición anterior y lateral de la lengua.

Inclinación de la cabeza:

- Presenta interposición anterior de la lengua e inclina hacia delante cuando comienza a beber.
- Presenta interposición lateral de la lengua e inclina hacia delante cuando comienza a beber.
- Presenta interposición anterior y lateral de la lengua e inclina hacia delante cuando comienza a beber.
- Inclina hacia atrás después de completar la deglución.

Actividad de los labios:

- Presenta interposición anterior y se observa excesiva actividad en los labios cuando está bebiendo.
- Presenta interposición lateral y se observa excesiva actividad en los labios cuando está bebiendo.
- Presenta interposición anterior y lateral de la lengua y se observa excesiva actividad en los labios cuando está bebiendo.
- Deja escapar fuera de la boca el alimento.

ANEXO 3. VALIDACIÓN DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DE EXPERTO 1

Estimado Experto Validador:

Es grato dirigirme a Usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, el cual será aplicado a la presente investigación, habiéndolo seleccionado, por cuanto consideramos que sus observaciones y subsecuentes aportes serán de gran utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que estamos realizando, esto con el objeto de presentarla como requisito para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Para efectuar la validación del instrumento, usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado, en donde se pueden seleccionar entre dos alternativas (positiva o negativa) de acuerdo a vuestro criterio personal y profesional. Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo, el cual debe ser colocado en la columna de observaciones.

Gracias por su aporte

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

N°	PREGUNTAS	Si	No	OBSERVACIONES
1	¿El instrumento de medición cumple con el diseño adecuado?	X		
2	¿El instrumento de recolección de datos tiene relación con el título de la investigación?	X		
3	¿En el instrumento de recolección de datos se mencionan las variables de investigación?	X		
4	¿El instrumento de recolección de datos, facilitará el logro de los objetivos de los objetivos de la investigación?	X		
5	¿El instrumento de recolección de datos se relaciona con las variables de estudio?	X		
6	¿La redacción de las preguntas es con sentido coherente?	X		
7	¿Cada una de las preguntas del instrumento de medición, se relacionan con cada uno de los elementos de los indicadores?	X		
8	¿El diseño del instrumento de medición facilitará el análisis y procesamiento de datos?	X		
9	¿Del instrumento de medición, son entendibles sus alternativas de respuesta?	X		
10	¿El instrumento de medición será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
11	¿El instrumento de medición es claro, preciso y sencillo para que contesten y de esta manera obtener los datos requeridos?	X		
TOTAL				


 Jorge Ramírez P. Art. 10
 CIRUJANO DENTISTA COP 1022

VALIDACIÓN DE EXPERTO 2

Estimado Experto Validador:

Es grato dirigirme a Usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, el cual será aplicado a la presente investigación, habiéndolo seleccionado, por cuanto consideramos que sus observaciones y subsiguientes aportes serán de gran utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que estamos realizando, esto con el objeto de presentarla como requisito para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Para efectuar la validación del instrumento, usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado, en donde se pueden seleccionar entre dos alternativas (positiva o negativa) de acuerdo a vuestro criterio personal y profesional. Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo, el cual debe ser colocado en la columna de observaciones.

Gracias por su aporte

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

N°	PREGUNTAS	Si	No	OBSERVACIONES
1	¿El instrumento de medición cumple con el diseño adecuado?	✓		
2	¿El instrumento de recolección de datos tiene relación con el título de la investigación?	✓		
3	¿En el instrumento de recolección de datos se mencionan las variables de investigación?	✓		
4	¿El instrumento de recolección de datos, facilitará el logro de los objetivos de los objetivos de la investigación?	✓		
5	¿El instrumento de recolección de datos se relaciona con las variables de estudio?	✓		
6	¿La redacción de las preguntas es con sentido coherente?	✓		
7	¿Cada una de las preguntas del instrumento de medición, se relacionan con cada uno de los elementos de los indicadores?	✓		
8	¿El diseño del instrumento de medición facilitará el análisis y procesamiento de datos?	✓		
9	¿Del instrumento de medición, son entendibles sus alternativas de respuesta?	✓		
10	¿El instrumento de medición será accesible a la población sujeto de estudio?	✓		
11	¿El instrumento de medición es claro, preciso y sencillo para que contesten y de esta manera obtener los datos requeridos?	✓		
TOTAL				


UAP UNIVERSIDAD
 YADIRA ANTONINO SOTO
 EXP. ORTODONCIA Y ORTODONCIA MANILAR
 COT 82586 / RNE 1482

VALIDACIÓN DE EXPERTO 3

Estimado Experto Validador:

Es grato dirigirme a Usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, el cual será aplicado a la presente investigación, habiéndolo seleccionado, por cuanto consideramos que sus observaciones y subsecuentes aportes serán de gran utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que estamos realizando, esto con el objeto de presentarla como requisito para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Para efectuar la validación del instrumento, usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado, en donde se pueden seleccionar entre dos alternativas (positiva o negativa) de acuerdo a vuestro criterio personal y profesional. Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo, el cual debe ser colocado en la columna de observaciones.

Gracias por su aporte

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

N°	PREGUNTAS	Si	No	OBSERVACIONES
1	¿El instrumento de medición cumple con el diseño adecuado?	X		
2	¿El instrumento de recolección de datos tiene relación con el título de la investigación?	X		
3	¿En el instrumento de recolección de datos se mencionan las variables de investigación?	X		
4	¿El instrumento de recolección de datos, facilitará el logro de los objetivos de los objetivos de la investigación?	X		
5	¿El instrumento de recolección de datos se relaciona con las variables de estudio?	X		
6	¿La redacción de las preguntas es con sentido coherente?	X		
7	¿Cada una de las preguntas del instrumento de medición, se relacionan con cada uno de los elementos de los indicadores?	X		
8	¿El diseño del instrumento de medición facilitará el análisis y procesamiento de datos?	X		
9	¿Del instrumento de medición, son entendibles sus alternativas de respuesta?	X		
10	¿El instrumento de medición será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
11	¿El instrumento de medición es claro, preciso y sencillo para que contesten y de esta manera obtener los datos requeridos?	X		
TOTAL		X		


 Dr. Izquierdo Salazar Harold M.
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 20394

Ng. CO. Harold Izquierdo S

ANEXO 4.

COPIA DE LA DATA PROCESADA 1

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	p1	Númérico	8	0	Deglución atipi...	{1, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	p2	Númérico	8	0	Deglución atipi...	{1, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	p3	Númérico	8	0	Deglución atipi...	{1, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	p4	Númérico	8	0	Deglución atipi...	{1, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	p5	Númérico	8	0	Maloclusión cla...	{1, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	p6	Númérico	8	0	Maloclusión cla...	{1, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	p7	Númérico	8	0	Maloclusión cla...	{1, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Vista de datos **Vista de variables**

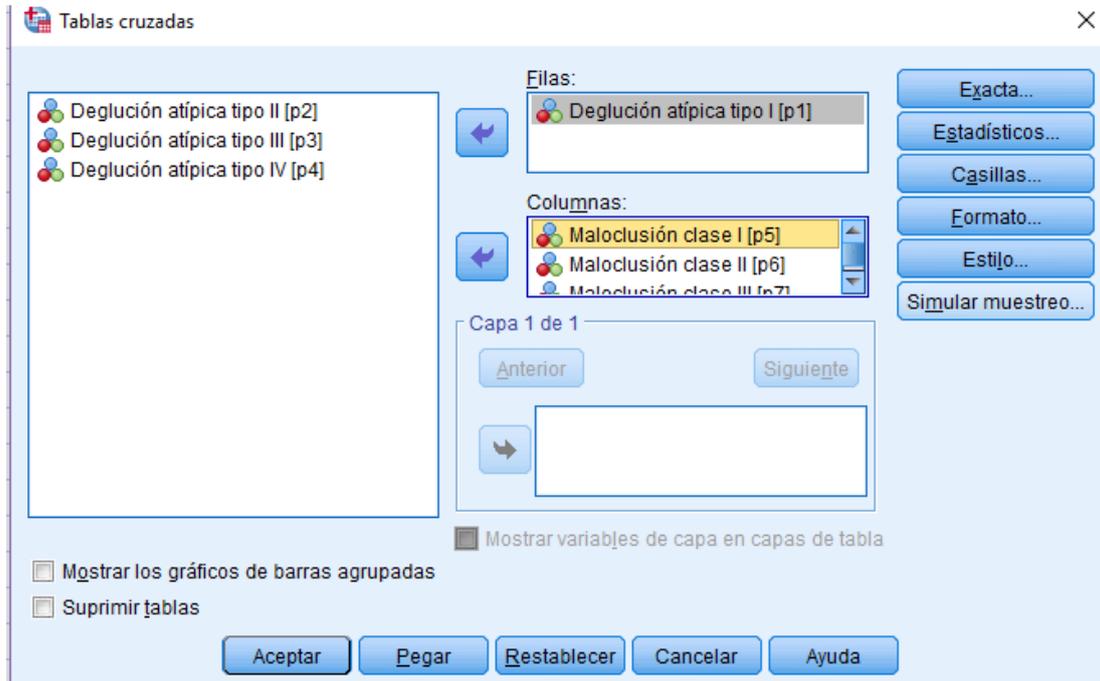
COPIA DE LA DATA PROCESADA 2

correlacion pearson.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	var	var	var	var
1	2	1	1	1	2	1	1				
2	2	1	1	1	2	1	1				
3	2	1	1	1	2	1	1				
4	2	1	1	1	2	1	1				
5	2	1	1	1	2	1	1				
6	1	2	1	1	1	2	1				
7	1	1	2	1	1	1	2				
8	1	2	1	1	1	2	1				
9	2	1	1	1	2	1	1				
10	1	1	1	2	1	1	2				
11	1	2	1	1	2	1	1				
12	1	2	1	1	1	1	2				
13	1	1	1	2	2	1	1				
14	1	1	2	1	1	2	1				
15	2	1	1	1	2	1	1				
16	2	1	1	1	2	1	1				
17	1	2	1	1	2	1	1				
18	1	1	1	2	1	1	2				
19	1	1	2	1	2	1	1				
20	1	2	1	1	1	2	1				
21	1	2	1	1	1	2	1				
22	1	1	2	1	1	1	2				
23	2	1	1	1	2	1	1				

Vista de datos **Vista de variables**

COPIA DE LA DATA PROCESADA 2



COPIA DE LA DATA PROCESADA 4

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Resultado
 Registro
 Tablas cruzadas
 Título
 Notas
 Conjunto de datos
 Resumen de proc
 Deglución atípica
 Título
 Tabla cruzada
 Pruebas de c
 Deglución atípica
 Título
 Tabla cruzada
 Pruebas de c
 Deglución atípica
 Título
 Tabla cruzada
 Pruebas de c

Deglución atípica tipo I * Maloclusión clase I

Tabla cruzada

		Maloclusión clase I		Total
		No	Si	
Deglución atípica tipo I	No	Recuento 23	7	30
		% del total 42,6%	13,0%	
	Si	Recuento 5	19	24
		% del total 9,3%	35,2%	
Total		Recuento 28	26	54
		% del total 51,9%	48,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,649 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	14,487	1	,000		
Razón de verosimilitud	17,626	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,340	1	,000		
N de casos válidos	54				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,56.
 b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

ANEXO 5.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Thon Quipe Alvaray identificado con DNI N° 15601263 autorizo a la tesista Maydely Arévalo Cáceres a realizar la Ficha Odontológica mediante el Examen Clínico de mi menor hijo Josue Quipe Huarrán

Me han informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Se informó que se realizará un examen clínico para determinar "Deglución atípica y las maloclusiones dentales en los niños de 6 -12 años de la Institución Educativa N° 54077 del distrito de Andahuaylas-2017" El tiempo de duración será aproximadamente de 5 minutos por alumno.

El procedimiento se basa en determinar la presencia de la deglución atípica y su asociación con las maloclusiones dentarias 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.

Andahuaylas.....07-07-2018.....



Firma del Investigador



Firma del Apoderado

ANEXO 6.

AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

 **UAP**
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ANDAHUAYLAS
"Año del buen servicio al ciudadano"

Andahuaylas, 05 de Julio del 2017.

OFICIO N° 009-2017-UAP-COOR-FMHyCS

Señor:

ARCADIO HUACRE RAMIREZ

Directo de la IE. 54077

Presente.-

Asunto:

**SOLICITA EL ACCESO PARA LA ELABORACION
DE TESIS DE PREGRADO**

Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarlo y al mismo tiempo solicitarle le permita, a la bachiller Maydely Arévalo Cáceres con código 2012137665 de la EP de Estomatología, acceder a las a las diferentes áreas de su establecimiento que usted dignamente dirige con la finalidad de obtener información para desarrollar su proyecto de investigación titulado DEGLUCIÓN ATÍPICA Y MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 06 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA 54077- ANDAHUAYLAS - 2017, para el taller de tesis.

Por lo tanto espero que acceda a mi petición por ser de justa razón.

Atentamente.



Aurea Cárdenas

06-07-17

CC.
Archivo
C/Salud


C.D. Froyla F. Lemoche Rosales
COORDINADOR ACADÉMICO DE CIENCIAS DE LA SALUD



ANEXO 7.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Maydely Arévalo Cáceres, de Nacionalidad Peruana con documento de identidad N° 70378839, alumna de pregrado de la Universidad Alas Peruanas Filial Andahuaylas, Bachiller en Estomatología, Natural del Departamento de Apurímac, Provincia de Chincheros del distrito de Chincheros. Autora de la tesis titulada "DEGLUCIÓN ATÍPICA Y MALOCLUSIONES DENTALES EN LOS NIÑOS DE 6 – 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 54077 DEL DISTRITO DE ANDAHUAYLAS – 2017"

DECLARO QUE:

1. El presente trabajo de investigación, tema de la tesis presentada para la obtención del Título de Cirujano dentista es original, siendo resultado de mi trabajo personal, el cual no he copiado de otro trabajo de investigación, ni utilizado ideas, fórmulas, ni citas completas, así como ilustraciones diversas, sacadas de cualquier tesis, obra, artículo, memoria, etc., (en versión digital o impresa). Caso contrario, menciono de forma clara y exacta su origen o autor, tanto en el cuerpo del texto, figuras, cuadros, tablas u otros que tengan derechos de autor.
2. Declaro que el trabajo de investigación que pongo en consideración para evaluación no ha sido presentado anteriormente para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno. Soy consciente de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer plagio, es objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumo cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en la tesis. Asimismo, me hago responsable ante la universidad o terceros, de cualquier irregularidad o daño que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado. De identificarse falsificación, plagio, fraude, o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, responsabilizándome por todas las cargas pecuniarias o legales que se deriven de ello sometiéndome a la normas establecidas y vigentes de la UAP.

Andahuaylas 18 de Junio del 2018



Firma

DNI 70378839

ANEXO 8.

FOTOS

Foto 1.



Ingesta de líquido para la determinación del tipo de deglución atípica.

Foto 2.



Ingesta de líquido para la determinación del tipo de deglución atípica.

Foto 4.



Registro de los resultados del examen clínico.