Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología

Nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista

AUTOR

Yulissa Katherine USTO HUACAC

ASESOR

Dra. Juana Rosa BUSTOS DE LA CRUZ

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Usto Y. Nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2024.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Yulissa Katherine Usto Huacac
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72082458
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-1745-2423
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Juana Rosa Bustos de la Cruz
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06014527
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7035-7302
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Katia Luz Medina Calderón
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10272570
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Jéssica Margoth Arieta Miranda
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25849860
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Juana Rosa Bustos de la Cruz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06014527

Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Edificio: Facultad de Odontología de la UNMSM País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Latitud: -12.054583 Longitud: -77.085246
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Mayo 2023 – Junio 2023
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE
(UNAYOE)
"Año del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

A C T A DE SUSTENTACIÓN

PRESENCIAL N°016

Los Docentes que suscriben, reunidos el 18 de julio de 2024 en la ciudad de Lima, siendo las 10:00 horas, por encargo del Señor Decano de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista de la Bachiller:

USTO HUACAC, YULISSA KATHERINE

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis **«NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS PARA LA MALOCLUSIÓN DENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE»** y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

..... Sobresaliente .....
(escala)

siendo calificado con un promedio de: ..... Dieciocho .... 18 .....
(en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los dieciocho días del mes de julio del año dos mil veinticuatro.

PRESIDENTE DEL JURADO

Mg. Katia Luz Medina Calderón

MIEMBRO SECRETARIO

Mg. Jéssica Margoth Arieta Miranda

MIEMBRO VOCAL (ASESOR)

CD. Juana Rosa Bustos de la Cruz

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios: Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Juana Rosa Bustos de la Cruz** en mi condición de asesor acreditado con oficio virtual N°0346/FO-VDAC-UNAYOE/2023 de la tesis, cuyo título **es "Nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue",** presentado por la bachiller **Yulissa Katherine Usto Huacac**, para optar el título profesional de Cirujano Dentista.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual (RR 002616-2023-R).

Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 2% de similitud, nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado académico correspondiente.





_____
Firma del Asesor

DNI: **06014527**

Nombres y apellidos del asesor: **Juana Rosa Bustos de la Cruz**

Huella digital

DEDICATORIAS

A DIOS, por su gracia y misericordia quien ha sido bueno conmigo en todo momento, siendo mi fuente de sabiduría, fortaleza y luz en cada paso de este viaje. Que Él continúe guiando mis pasos y usando este esfuerzo para su gloria.

A **MIS PAPITOS, ELISEO Y JACINTA; Y MI HERMANITO DONALD,** que fueron mi soporte y siempre creyeron en mí, gracias por la confianza y por motivarme a ser mejor cada día.

A **MIS TIOS, GOYITO Y VIRGINIA,** quien me han apoyado en todo momento y en toda mi formación profesional.

A **MI PRIMA RUTH**, quien ha sido un apoyo emocional constante y por todas sus palabras de aliento.

A **MIS AMISTADES,** por todas sus palabras de apoyo.

AGRADECIMIENTO

A la **facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos**, mi alma mater querida, donde viví una de las mejores etapas y enriquecedoras de mi vida y donde adquirí los conocimientos fundamentales y los valores que me han preparado para desempeñarme como profesional en este campo.

A mi asesora, **Dra. Juana Bustos**, mi mentora en este proceso, cuya amable orientación y constante paciencia fue fundamental a lo largo de la elaboración del presente trabajo de tesis.

A la **Dra. Catherine Ruiz Yasuda**, por su asesoría, sus consejos y buena predisposición en todo el transcurso de la elaboración del presente trabajo.

A mis jurados, **Dra. Katia Medina Calderón y Dra. Jessica Arieta Miranda** por todas las recomendaciones brindadas durante la elaboración de este estudio.

Al **Hospital Nacional Hipólito Unanue** y a todos los doctores que posibilitaron con su ayuda la aplicación de esta investigación en dicha institución.

A todos los participantes (mamitas y niños) por colaborar en la ejecución de esta investigación, sin ello no hubiera sido posible.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, observacional, correlacional y transversal que incluyó la participación de 120 niños entre los 8 y 10 años, y sus respectivas madres. La medición del conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos se realizó utilizando el Cuestionario de Conocimiento de Hábitos Orales Nocivos. Asimismo, se examinó la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños utilizando el cuestionario CPQ 8-10 (Cuestionario de percepción de salud bucal en niños de 8 a 10 años). Para el análisis de la relación entre las variables se utilizó Correlación de Spearman. **Resultados:** El nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria de las madres fue deficiente en el 56.7%. La calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños fue mala en un 80.8%. Existe una correlación positiva y significativa entre el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria de la madre con la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. (rho = 0.233, p = 0.047 < 0.05). **Conclusión:** Existe relación entre el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria de la madres y la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de 8 a 10 años.

Palabras Clave: Hábitos orales nocivos, conocimiento, calidad de vida relacionada a la salud bucal

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge of mothers about oral habits harmful to dental malocclusion and their relationship with the quality of life of children between 8 and 10 years of age attending the pediatric service of the Hospital Nacional Hipólito Unanue. **Methodology:** This is a descriptive, observational, correlational and cross-sectional study that included the participation of 120 children between 8 and 10 years of age, and their respective mothers. The mothers' knowledge of harmful oral habits was assessed by means of the Questionnaire of Knowledge of Harmful Oral Habits. On the other hand, the oral health-related quality of life of the children was assessed using the CPQ 8-10 questionnaire (Oral Health Perception Questionnaire for children aged 8-10 years). Spearman's correlation was used to relate the variables. **Results:** The level of knowledge of oral habits harmful to dental malocclusion of the mothers was deficient in 56.7%. The quality of life related to oral health in children was poor in 80.8%. There is a positive and significant correlation between the level of knowledge of oral habits harmful to dental malocclusion of the mother and the quality of life related to oral health of the children attending the pediatric service of the Hospital Nacional Hipólito Unanue (rho = 0.233, $p = 0.047 < 0.05$). **Conclusion:** If there is a relationship between the level of knowledge of mothers about harmful oral habits for dental malocclusion and oral health-related quality of life in children aged 8 to 10 years.

Keywords: Harmful oral habits, knowledge, oral health-related quality of life.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 1
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 2
2.1 ÁREA PROBLEMA 2
2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA 3
2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 4
2.4 OBJETIVOS 4
2.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 5
2.6 LIMITACIONES 5
III. MARCO TEÓRICO 6
3.1 ANTECEDENTES 6
3.2 BASES TEÓRICAS 8
3.2.1 CONOCIMIENTO 8
3.2.2 HÁBITOS 13
3.2.3 DEGLUCIÓN 16
3.2.4 SUCCIÓN 18
3.2.5 HÁBITO DE MORDER 21
3.2.6 RESPIRACIÓN ORAL 22
3.2.7 OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN 24
3.2.8 CALIDAD DE VIDA (CV) 32
3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 35
3.4 HIPÓTESIS 36
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 37
IV. METODOLOGÍA 39
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN 39
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA 39
4.2.1 POBLACIÓN 39
4.2.2 MUESTRA 39
4.3 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS 39
4.3.1 VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS: 40
4.3.2 VARIABLE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD BUCAL: 41
PRUEBA PILOTO 41
EJECUCIÓN 42
4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS 42
4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS 43
4.6 ASPECTOS ÉTICOS 44
V. RESULTADOS 44

VI. DISCUSIÓN 51
VII. CONCLUSIONES 56
VIII. RECOMENDACIONES 57
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58
X. ANEXOS 65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Grado de relación según coeficiente de correlación de Spearman..... 43

Tabla N°2. Características sociodemográficas de la madre y el niño atendido en el servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024..... 44

Tabla N°3. Nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria, quienes acudieron al servicio de pediatría del HNHU durante el Dperiodo de febrero - abril 2024 45

Tabla N°4. Nivel de conocimientos sobre hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024... 46

Tabla N°5. Nivel de la dimensión conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024 46

Tabla N°6. Nivel de conocimiento sobre las medidas que evitan los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024..... 46

Tabla N°7. Nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños que acuden al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024 47

Tabla N°8. Relación entre el nivel de conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y calidad de vida relacionada a la salud bucal 47

Tabla N°9. Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la calidad de vida relacionada a la salud bucal 48

Tabla N°10. Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión Bienestar emocional..... 48

Tabla N°11. Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión Bienestar social..... 49

Tabla N°12. Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión Síntomas orales 49

Tabla N°13. Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión Limitación funcional..... 50

Tabla N°14. Confiabilidad de los instrumentos de estudio 79

Tabla N°15. Análisis de la normalidad de variables de estudio 80

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01: Cuestionario de conocimiento sobre los hábitos orales nocivos 65
Anexo 02: Cuestionario CPQ8-10..... 67
Anexo 03: Consentimiento Informado..... 72
Anexo 04: Asentimiento Informado..... 74
Anexo 05: Estadística de pacientes entre los 8 a 10 años atendidos en el servicio de pediatría del HNHU entre febrero y abril del 2024 75
Anexo 06: Carta de presentación de la Facultad de Odontología para el HNHU 76
Anexo 07: Aprobación del proyecto por parte de Comité de Ética en Investigación del HNHU..... 77
Anexo 08: Certificado de aprobación por el Director del HNHU y pase de Ejecución 78
Anexo 09: Confiabilidad de los Instrumentos..... 79
Anexo 10: Análisis de Normalidad..... 80
Anexo 11: Evidencia Fotográfica de la Ejecución de Tesis..... 81
Anexo 12: Matriz de Consistencia 82

I. INTRODUCCIÓN

La salud bucal juega un papel fundamental en el bienestar general de los niños y tiene un impacto significativo en su calidad de vida. Uno de los problemas más graves en la salud bucodental en la actualidad son los hábitos orales nocivos, los cuales afectan negativamente la estructura y función de la cavidad bucal, impactando directamente en el bienestar diario del individuo. Algunos de estos hábitos perjudiciales incluyen el uso prolongado de chupones o chuparse el dedo, la deglución atípica, la respiración oral y la onicofagia. Estos hábitos pueden tener consecuencias negativas en la salud oral de los niños, como el desarrollo de maloclusiones dentales, problemas de habla y respiración, así como el aumento del riesgo de caries y enfermedades periodontales[1,2]. Es importante destacar que estos hábitos no solo afectan la salud bucal de los niños, sino que también pueden tener un impacto en su bienestar emocional y social. Los niños que sufren de problemas orales relacionados con hábitos nocivos pueden experimentar baja autoestima, dificultades para relacionarse con sus pares y limitaciones en actividades diarias como comer, hablar y sonreír[3].

Esta responsabilidad recae tanto en los padres como en los profesionales de la salud. Es imprescindible comprender la relación entre el conocimiento de las madres sobre estos hábitos perjudiciales y la calidad de vida relacionada con la salud bucal en los niños. Cuando las madres cuentan con un mayor conocimiento, pueden crear una mayor conciencia sobre la importancia de la higiene bucal, una alimentación saludable y la prevención de enfermedades dentales. Todo esto puede tener un impacto positivo en la calidad de vida oral de sus hijos.

En este estudio, se investigará la conexión entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos y la calidad de vida en relación a la salud bucal de los niños. Se examinarán diversos aspectos que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud bucal, como los síntomas orales, el bienestar emocional, el bienestar social y las limitaciones funcionales. El objetivo principal es identificar posibles correlaciones y determinar la relevancia del conocimiento materno en la salud bucal de los niños.
Los resultados obtenidos en este estudio podrían ser de gran utilidad para el desarrollo de intervenciones y programas educativos destinados a las madres. El fin sería mejorar su conocimiento acerca de los hábitos orales nocivos y fomentar una mejor calidad de vida relacionada con la salud bucal en los niños. Además, los hallazgos obtenidos podrían brindar a los profesionales de la salud bucal una comprensión más completa de los factores que influyen en la salud oral de los niños. Esto les permitiría desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas en beneficio de la salud bucal de los niños[4].

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 ÁREA PROBLEMA

La salud bucodental es un aspecto esencial de la salud que desempeña un papel fundamental en el bienestar general de un individuo y tiene un impacto significativo en su calidad de vida. Es esencial que todas las personas gocen de una salud bucodental, independientemente de su edad o situación socioeconómica, para permitirles realizar actividades y funciones cotidianas y experimentar sensaciones que les permitan interactuar con los demás, fomentar su desarrollo emocional, social y personal y, por ende, mejorar su calidad de vida[1,2].

A nivel mundial, uno de los problemas de salud bucodental más graves en la actualidad son los hábitos orales nocivos que perjudican la estructura y la función de la cavidad bucal, afectando directamente en el bienestar del individuo día a día [1]. Dado que los hábitos orales nocivos son una práctica constante que se adquiere por repetición y que puede tener múltiples causas, es fundamental conocerlos para evitar que se conviertan en un hábito inconsciente y perjudicial para la salud bucodental[5,6]. La succión digital (chuparse el dedo), la respiración bucal, la deglución atípica, la queilofagia, la onicofagia, la interposición lingual y la masticación de objetos son ejemplos de hábitos no fisiológicos que con el tiempo y su persistencia pueden conducir al desarrollo de maloclusiones [7–9].

En consecuencia, la clave para evitar hábitos orales nocivos es la educación en salud bucodental y la práctica diaria, siendo compromiso y responsabilidad tanto de los padres como de los profesionales sanitarios. La mayoría de los hábitos orales nocivos se forman en la infancia y pueden tener consecuencias negativas a largo plazo. Por ello, es fundamental que los padres inculquen a sus hijos el cuidado de la salud bucodental desde una edad temprana [5,10].

La presencia y aparición de enfermedades bucodentales que repercuten significativamente en la calidad de vida es frecuente desde la infancia. Estas enfermedades no sólo afectan a la primera infancia, causando molestias, dolor y problemas estéticos, sino que también pueden tener efectos a largo plazo en la salud oral, social, profesional y financiera del individuo. Es fundamental destacar que prevenir estas enfermedades a una edad temprana es fundamental para mantener una alta calidad de vida a lo largo de la vida[5,6].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción que tiene una persona de su entorno sociocultural y de los valores en los que vive en relación con sus objetivos y expectativas. Esto resalta la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental (OHRQoL), que mide cómo la salud y las enfermedades bucodentales afectan a las actividades cotidianas de una persona y a su bienestar general. Así por ejemplo, como se muestra en el estudio de Reyes[11], la succión digital es el hábito oral más común asociado con la maloclusión y la insatisfacción con la apariencia, y se identificaron varios factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo físico y emocional del niño si estos hábitos orales nocivos se mantienen en el tiempo [6,11–14].

A nivel tanto nacional como internacional, la prevalencia de los hábitos orales nocivos ejercen un impacto significativo en la salud bucodental, afectando la calidad de vida de los

escolares. En este contexto, la responsabilidad de los padres adquiere un papel fundamental al inculcar a sus hijos prácticas saludables para el cuidado bucodental. Estudios a nivel nacional respaldan esta premisa, como los que se ha llevado a cabo por Rodríguez[15] y Mendoza[16], quienes han obtenido resultados contrastantes en relación con el conocimiento de las madres, siendo Rodríguez quien identificó un conocimiento deficiente, mientras que Mendoza reportó un nivel de conocimiento regular. Por lo tanto, es esencial llevar a cabo una investigación exhaustiva sobre los hábitos orales nocivos y sus impactos en la salud bucodental, especialmente en el caso de niños y adolescentes. Esta investigación se torna fundamental dada a las consecuencias en la salud física, biológica y emocional, es decir, en la calidad de vida. Estudios anteriores han empleado instrumentos de medición validados para identificar de manera objetiva el impacto de los hábitos orales nocivos en la calidad de vida[13,14]

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar que incluye la salud física, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades o afecciones. Por lo tanto, si una persona tiene algún tipo de maloclusión, ya sea dental u ósea, no goza de una salud ideal.

Las anomalías dentofaciales preocupan mucho a la sociedad porque pueden afectar tanto al aspecto como a la funcionalidad del aparato bucal y maxilofacial debido a un desequilibrio entre los maxilares y/o entre los maxilares y los dientes. Aunque estas anomalías no son potencialmente mortales, pueden tener un impacto significativo en las relaciones sociales de los niños, especialmente con sus compañeros[17].

Las anomalías dentofaciales suelen deberse a pequeños cambios en el proceso normal de desarrollo, más que a procesos patológicos[11]. Estos problemas surgen debido a la compleja interacción de diversos factores durante el crecimiento y el desarrollo, por lo que resulta difícil señalar causas específicas. Según Proffit en 1993, los factores externos tienen la capacidad de influir en el equilibrio, y se hace resaltante en que la duración de una fuerza ambiental es más importante que su intensidad. Del mismo modo, los hábitos orales nocivos no tratados pueden alterar el desarrollo craneofacial normal, manifestándose como anomalías morfológicas y funcionales y afectando tanto al desarrollo físico como emocional del niño[11,18].

En consecuencia, la madre del niño es la figura clave en la promoción de la salud bucodental, ya que es quien puede poner en marcha medidas preventivas para evitar la aparición de hábitos orales nocivos que pueden desencadenar diversos trastornos bucodentales[5].En consecuencia, es fundamental conocer los mecanismos que influyen en el alineamiento de los dientes, así como estar informado sobre los hábitos orales nocivos, sin olvidar los factores extrínsecos que pueden provocar maloclusiones[19].

Es esencial comprender los factores individuales y ambientales que influyen en la relación entre la función orofacial, la salud bucodental y la calidad de vida en los niños. Las anomalías dentofaciales y diversas afecciones orales, como caries, maloclusión, labio leporino y paladar hendido, pueden impactar negativamente en estos aspectos importantes desde muy temprana edad[17]. Por lo tanto, es necesario adoptar un enfoque

integral para evaluar el impacto de estos problemas, no solo en términos de la funcionalidad oral, sino también en relación con el bienestar psicológico y social, utilizando diversas herramientas de medición para este indicador. Debe prestarse especial atención a cómo los hábitos orales afectan la calidad de vida de los niños y su salud bucodental[20].

Esta investigación abarcó el grupo de 8 a 10 años, que forma parte de etapa escolar o la segunda infancia que comprende entre los 6 a 12 años, debido a las significativas transformaciones que experimentan en su desarrollo cognitivo, emocional, social y lingüístico durante este periodo. En esta etapa, los niños son capaces de comprender y expresar con mayor claridad sus sentimientos, molestias y percepciones en comparación con los niños más pequeños. Según el desarrollo psicológico, a partir de los 6 años comienza el pensamiento abstracto, y entre los 7 y 10 años, el concepto estético se incorpora en la mente del niño, integrándose al concepto de autoestima; incluso los niños empiezan a comparar su físico y personalidad con otros niños, lo que puede limitar la construcción de su autoconcepto, pensamiento y personalidad, afectando negativamente su calidad de vida[21].
Asimismo, esta investigación se enfocó en este grupo de edad porque investigaciones anteriores, como las realizadas por Chamorro A. (2016)[22], Reyes D. (2014)[11] y Garces Y. (2015)[7], han revelado que los hábitos orales nocivos son más prevalentes en niños de 8, 9 y 10 años. Por consiguiente, para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud bucal, se utilizó el cuestionario CPQ 8-10 (Cuestionario de percepción de salud bucal en niños de 8 a 10 años).

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación, es determinar el nivel de conocimiento que tiene la madre acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria, e identificar la relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo febrero – abril del 2024?

2.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo febrero – abril del 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo febrero – abril del 2024.

- Identificar la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo febrero – abril del 2024.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo febrero – abril del 2024.

2.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La justificación de este estudio se fundamenta en que los malos hábitos relacionados con la salud bucodental representan un factor de riesgo que puede interferir con el desarrollo oral normal, dando lugar a problemas tanto en los dientes como en la estructura ósea [6,23]. Es común que estos malos hábitos aparezcan en los primeros tres años de vida, pero si persisten y se repiten, pueden tener consecuencias perjudiciales que empeoran negativamente en el aspecto físico, psicológico y social de los niños[3,11]. Estos hábitos dañinos pueden ocasionar dificultades en el habla, así como alterar el desarrollo físico y emocional del niño, incluyendo aspectos estéticos, la capacidad de masticar y respirar adecuadamente, su equilibrio y su calidad de vida en general; para esto, existen estudios que han empleado herramientas de evaluación acreditadas que convierten la apreciación subjetiva de la calidad de vida en evaluaciones objetivas que cuantifican el impacto de la calidad de vida en el individuo afectado[6,20,22].

La investigación que se llevó a cabo posee una relevancia metodológica considerable pues este estudio tiene como objetivo investigar el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la influencia de los hábitos orales nocivos en la maloclusión dental de los niños de entre 8 y 10 años de edad, y cómo esto se relaciona con su calidad de vida: teniendo el propósito de comprender la situación de nuestra población y, eventualmente, sensibilizar a la sociedad sobre los aspectos que se vinculan con los hábitos orales nocivos, acciones preventivas y estrategias para detener o abordar estos comportamientos nocivos que provocan problemas de salud bucodental.

La presente investigación tiene una significativa relevancia social pues la salud oral es un componente imprescindible del bienestar general y la calidad de vida de las personas. De modo que, al comprender mejor los hábitos orales nocivos y su relación con la calidad de vida, esta investigación puede contribuir significativamente a la promoción de la salud y el bienestar en la sociedad. Estos programas podrían ayudar a educar sobre la importancia de la salud bucal desde una edad temprana y fomentar prácticas saludables que contribuyan a reducir los problemas causados por los hábitos orales nocivos y, en última instancia, a mejorar la calidad de vida de la población. Además, al despertar la atención de los expertos en salud, se espera motivarlos a tomar medidas preventivas más efectivas, lo que podría tener un impacto positivo en la salud oral de la comunidad en su conjunto[1,24]

2.6 LIMITACIONES

- Tras aplicar los criterios de selección algunas madres decidieron no formar parte del estudio debido a falta de disponibilidad de tiempo o la falta de interés en responder el cuestionario.

- La ausencia de investigaciones previas que vinculen el nivel de conocimiento sobre hábitos orales perjudiciales con la calidad de vida en términos de salud bucal.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

Abd-Elsabour y col. (2022) estudiaron la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) y disfunción orofacial en niños con hábitos bucales en 60 niños de 5 a 7 años. Usando el CPQ y el Nordic Orofacial Test-Screen (NOT-S). Obteniendo como resultado que los niños con hábitos orales nocivos presentaban una peor CVRSB. En tanto se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la CVRSB y la disfunción orofacial en el grupo con hábito. Concluyendo que los niños con hábitos orales nocivos experimentan una mayor disfunción orofacial y una baja CVRSB[25].

Loayza M. (2022) realizó un estudio con el fin de establecer el nivel de conocimiento y actitud de 120 madres sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al programa de vaso de leche del centro poblado de villa Ampay, Abancay. Dentro de los resultados se encontró que 39.2% tienen un deficiente conocimiento y 35.8% conocen regularmente sobre estos hábitos. Se concluye que las madres que acuden al programa de vaso de leche tienen un conocimiento malo respecto a los hábitos orales nocivos[26]

Mamani (2022) realizó un estudio donde el objetivo fue determinar la relación de higiene bucal y calidad de vida en escolares de 8 a 10 años de la I. E. P. N.º 70558, Juliaca, 2023. Se encontró que el 51,6 % presenta una mala higiene bucal y un 48,4 % regular; y en la calidad de vida el 77,4 % presentó una buena calidad de vida y el 22,6 % regular. Llegando a la conclusión que existe una relación significativa entre la higiene bucal y calidad de vida[27]

Egúsquiza (2021) realizó un estudio para determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a los hábitos bucales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden a la Clínica Dental Calderón, en una muestra de 90 madres. Los resultados hallados reflejaron que el 60% de las madres presentaron un nivel de conocimiento regular. Según las dimensiones, el 31.1% presentaba un conocimiento regular; el 48.9% un conocimiento deficiente en el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos y el 44.4% conocimiento regular de medidas que evitan la instalación de hábitos bucales[28].

González y col. (2021) llevaron a cabo una investigación para analizar cómo los hábitos orales nocivos afectan la autoestima de los escolares. Se analizó 131 escolares entre los 9 y 12 años. Encontraron que el 52.5% de los niños tenía la autoestima afectada, siendo más común en niños. La maloclusión afectó la autoestima en un 91.6%, y los hábitos nocivos la afectaron en un 77.5%. Por conclusión, se evidenció una estrecha relación entre hábitos bucales deformantes, la maloclusión y la afectación de la autoestima en los niños[29]

Mendoza y col. (2018) estudiaron la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos y la actitud frente a estos hábitos,

analizando a 143 madres. Encontraron que la mayoría de las madres tenían un conocimiento regular (53.1%), siendo un conocimiento deficiente (58%) en el tipo de maloclusiones que generan los hábitos nocivos y regular en las medidas preventivas (61.5%). Se concluye que hay una correlación positiva entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres frente a estos hábitos.[16].

Tipán S. (2018) realizó un estudio para determinar el nivel de conocimiento de padres de familia sobre los hábitos perniciosos de la infancia que afectan la cavidad bucal de niños de 3 a 5 años. La muestra consistió en 57 padres, y se encontró que la gran mayoría tenía un nivel de conocimiento adecuado sobre malos hábitos bucales. Concluyó que el nivel de conocimiento sobre malos hábitos bucales de los padres de familia en su gran mayoría fue adecuado[4]

Carminatti y col. (2017) estudiaron cómo la caries, maloclusión y hábitos bucales afectan la calidad de vida de niños preescolares y sus familias. Evaluaron a 93 niños de 3 a 5 años usando Escala de impacto sobre la salud bucodental en la primera infancia (ECOHIS). Descubrieron que la calidad de vida disminuye con la edad en los dominios de síntomas, aspecto psicológicos, autoimagen e interacción social y función familiar. El 86% de los niños tenía algún hábito oral, siendo la respiración bucal y el hábito de chupete los que afectaron de manera negativa la CVRSB. No encontraron asociación entre la maloclusión y la CVRSB. Concluyendo que la succión del chupete y la respiración bucal impactan negativamente en la CVRSB de los niños[30].

Rodríguez C. (2017) realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en 75 madres de pacientes pediátricos que acuden a la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán. Como resultado fue un nivel de conocimiento malo (70.7%) seguido de un conocimiento regular (29.3%) respecto a los hábitos orales nocivos. Se concluye que las madres de pacientes pediátricos registran un nivel de conocimiento malo, respecto a los hábitos orales nocivos[15].

Sami y col (2016) investigaron la relación entre el conocimiento y la actitud de los padres sobre los hábitos bucales y el estado de salud de sus hijos, y evaluar si el nivel educativo y el nivel de motivación de los padres para el chequeo dental regular de sus hijos. Encontraron que, aunque los padres tienen buen conocimiento y actitud positiva, los niños siguen teniendo hábitos que perjudican su salud bucal. Por lo tanto, los programas preventivos dentales deben incluir educación y desarrollo de habilidades para padres y niños.

Leme y col. (2014) investigaron la asociación entre factores psicológicos (síntomas de estrés, ansiedad y depresión) y la presencia de hábitos bucales nocivos en niños y adolescentes. Siento una muestra de 147 estudiantes entre los 8 y 14 años. Resultando que los niños y adolescentes con hábitos orales nocivos presentaron más síntomas de depresión y eran más propensos a presentar síntomas de ansiedad, significando una peor calidad de vida [3]

Reyes y col. (2014) llevaron a cabo un estudio para identificar las manifestaciones bucales de los hábitos bucales nocivos en 86 niños de 5 a 11 años. La característica clínica

preponderante en ambos sexos fue la vestibularización de los incisivos superiores (43%), seguida de la mordida abierta anterior (27.9%) e hipotonía del labio superior (22.1%). Se concluyó que si estos hábitos persisten pueden afectar en el desarrollo físico y emocional del niño, y se identificó la succión digital como el hábito más frecuente, origen de maloclusiones e insatisfacción en su apariencia[11].

González L. (2013) llevó a cabo un estudio que consiste evaluar las propiedades psicométricas del CPQ 8-10 corto e ilustrado en español para medir calidad de vida y necesidades de salud bucal en escolares mexicanos. Resultando un puntaje promedio de 13.6±9, y la correlación entre CPQ 8-10 y percepción de salud bucal fue positivo (0.36); y con interferencia de actividades diarias, 0.37. El puntaje promedio en escolares enfermos fue 13.4±8.5, y aquéllos que a veces/casi siempre/ siempre sintieron vergüenza por sus dientes, 1.9 veces más posibilidades de tener maloclusión leve o grave[21]

Mendizábal G. (2007) realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer el nivel de información de las madres acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria. El estudio se realizó en una población diana de 350 madres, obteniendo que el 83% de ellas presentan un deficiente nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria. Concluyendo que existe deficiencia de conocimiento de por parte de las madres[31].

3.2 BASES TEÓRICAS

3.2.1 CONOCIMIENTO

La definición del conocimiento es la aptitud para resolver un conjunto específico de problemas[32].

Por otra parte, el conocimiento es la información personalizada y subjetiva que una persona almacena en su mente y está relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos diversos. Cuando estos datos se analizan en la mente del individuo, se convierten en conocimiento y pueden compartirse con los demás de diversas maneras. Además, el conocimiento abarca no sólo experiencias, valores, información contextual y juicios de expertos, sino también la creación y evaluación de nueva información. Este conocimiento no sólo existe en documentos y bases de datos, también se encuentra en rutinas organizativas, procesos, prácticas y normas[32,33].

Un sistema dinámico es un conjunto de conocimientos fundamentales para el avance científico que interactúa con diversos elementos como la práctica, la teoría y la investigación. Este conocimiento transforma la información del entorno, la almacena, la codifica y la utiliza para adaptarse a futuras tareas.

El aprendizaje es el proceso mediante el cual se adquieren conocimientos a lo largo de la vida. Es un procedimiento continuo que repercute en nuestra forma de pensar, actuar y adquirir conocimientos hasta el final de nuestros días [34]. Estas alteraciones aparecen en nuestra vida cotidiana y en nuestras actitudes, dependiendo de la importancia que demos a la educación. Hay dos maneras de adquirir conocimientos: formalmente, a través de la educación estructurada en

lugares como colegios y universidades, e informalmente, a través de la experiencia diaria y la información adicional[32,34,35].

Aunque el conocimiento se asocia al estudio, un psicólogo sostiene que el aprendizaje es el desarrollo de cambios fijos en el comportamiento o las posibilidades como resultado de experiencias o prácticas. El aprendizaje se divide en varios ámbitos, como el aprendizaje social, familiar, universitario y escolar. Además, las personas tienen distintos tipos de conocimiento: vulgar, empírico y científico[34].

3.2.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO:

De acuerdo con Nieto (2010) y Pérez (2012) tiene las siguientes características[34,36]:

- **Racional:** el conocimiento proviene de una acción de mayor categoría específica del ser humano, por lo tanto, ello es el fundamento de esta realidad.
- **Universal:** el conocimiento, con sus propias características, goza de autenticidad universal y puede aplicarse a cualquier lugar y a todas las personas.
- **Objetivo:** el objetivo es investigar la verdad objetiva, por lo tanto, conseguir información precisa y auténtica deberá captar fidedignamente la realidad sin cambios ni deformaciones del objeto de estudio, exponiendo correctamente sus rasgos y particularidades.
- **Intelectual:** es un procedimiento racional que se basa en la percepción, sensación y representación para crear un conocimiento.
- **Seguridad:** el hecho de que el saber pueda ser verificado asegura un nivel de certeza más alto en su utilización, en comparación con un conocimiento que no haya sido comprobado.
- **Verificable:** el conocimiento puede ser comprobado, bien sea a través de procedimientos de argumentación lógica o por medio de la realización de experimentos
- **Sistemático:** el conocimiento muestra una estructura coherente y consistente en sus ideas.
- **Precisión:** el conocimiento tiene como meta la precisión, reconociendo los componentes fundamentales de la realidad y diferenciándolos de otros objetos o fenómenos para evitar confusiones.

3.2.1.2 NIVELES DEL CONOCIMIENTO

a) **Conocimiento sensible o sensorial:**
   El conocimiento sensible es aquel que facilita el entendimiento de un objeto mediante la utilización de los sentidos[37].
   A través de los sentidos, específicamente la vista y el oído, el ser humano percibe el mundo por primera vez. Estos sentidos son los más utilizados por el hombre y potencian significativamente su capacidad cognitiva. Esta situación nos lleva a inferir que tanto nuestra inteligencia como nuestros

conocimientos tienen su origen directo o indirecto en la percepción de lo sensible[37,38].

b) Conocimiento conceptual:

El conocimiento conceptual hace alusión a la capacidad del ser humano para generar ideas y comunicarlas usando palabras mediante símbolos intangibles. La unión de estas ideas se logra mediante procedimientos mentales que se sustentan en conceptos generales, intangibles y esenciales, que no pueden ser percibidos visualmente.

El conocimiento sensible y conceptual se distinguen ante todo por la individualidad y generalidad, respectivamente. El conocimiento sensible se refiere a lo individual, mientras que el conceptual se aplica a lo general[38,39].

El propósito del conocimiento conceptual es alcanzar la universalidad en los conceptos y objetos, para lograr una comprensión común que pueda contribuir en la resolución de problemas. Es importante señalar que la cantidad, organización y accesibilidad del conocimiento conceptual son los aspectos que diferencian a los expertos de los principiantes[37].

c) Conocimiento holístico

La palabra "holístico" tiene su origen en el griego "holos", que denota íntegro, completo, y organizado. El enfoque holístico se destaca por contemplar el conjunto sin simplificar el análisis de sus elementos, lo que posibilita una comprensión exhaustiva de los procedimientos, individuos y objetos en sus contextos particulares. Es un nivel de conocimiento con una perspectiva integradora y explicativa de la teoría, fundamentada en diversas interacciones[39].

La visión holística contempla la perspectiva globalmente y en su plenitud la forma de observar, abarcar, entender y justificar las cosas, lo que posibilita percibir interconexiones, particularidades y dinámicas de manera profunda y compleja[38].

3.2.1.3 TIPOS DE CONOCIMIENTO

Bungue define el conocimiento cómo una serie de pensamientos, nociones y explicaciones que pueden ser comprensibles, respaldados, exactos, estructurados, inexactos y ambiguos. Basándose en esto, categoriza el saber en[40]:

a) Conocimiento empírico o vulgar

El conocimiento empírico o vulgar, se obtiene mediante las experiencias. Este tipo de conocimiento sostiene que todos los aspectos que conforman el pensamiento están influenciados por factores que se adquieren a lo largo del transcurso del tiempo y a través de las circunstancias experimentadas[34,38]

Todos los seres humanos tienen la capacidad de adquirir conocimiento de manera inherente, gracias a los datos e información que se obtienen casualmente a través de la vivencia, la contemplación, la repetición y la práctica o ejercicios de cualquier cosa, lo que resulta en la creación de significados y procesos[34]

El conocimiento popular o cotidiano se basa principalmente en la experiencia verdadera, y su autenticidad puede ser errónea o posible.

Características del Conocimiento Empírico:

- Es asistemático porque no cuenta con métodos y ni procedimientos
- Es superficial pues se basa únicamente en la apariencia de las cosas
- Es sensitivo porque se base en la percepción a través de los sentidos
- Es impreciso pues se basa únicamente en la intuición y la ingeniosidad
- Es no crítico porque no somete a reflexión y no analiza sus resultados
- Es incoherente porque no define de manera clara el conocimiento del objeto del que se habla.
- Es no comprobable pues surge de la vivencia y que se divulga sin un proceso de verificación estricto[34,38].

b) Conocimiento científico

Se caracteriza por ser un conocimiento metodológico, cuántico, racional, sistemático y objetivo, cuya veracidad se sustenta en la experiencia verificable proporcionando las bases científicas para la investigación, permitiendo la formulación de teorías y generalizaciones. La educación es la principal fuente para adquirir este conocimiento[34,38,40]

Arias (2012) define al conocimiento científico como aquel que se deriva de una investigación realizada mediante el método científico. Este conocimiento se caracteriza por su metodología rigurosa, ordenada, objetiva y predictiva, lo cual lo convierte en verificable. [41]

Bunge (2012) sostiene que el conocimiento científico se basa en una actitud crítica, que es verificable, sigue un método, está organizado, es universal, objetivo y está respaldado fundamentado. Además, este conocimiento permite explicar hechos por medio de leyes y también predecir fenómenos[40] En resumen, el conocimiento científico se logra a través de la indagación científica y es el único conocimiento aceptado por la comunidad científica.

Características del Conocimiento Científico

- Es sistemático porque se puede generar un conocimiento innovador mediante una secuencia de observaciones y argumentos que se fundamenta en el conocimiento previo. De esta manera, el conocimiento anterior sirve como base para el siguiente, y así sucesivamente
- Es verificable pues necesario que el conocimiento tenga una metodología adecuada que permita establecer el nivel de certidumbre o precisión de las afirmaciones hechas, para que pueda ser considerado demostrable.
- Es universal pues podemos afirmar que el conocimiento es válido en todo momento y lugar, ya que lo que afirma se cumple sin importar la ubicación o la época en la que se encuentre
- Es transformador, pues es capaz de satisfacer las demandas del ser humano, modificando las comunidades y sus formas de vida.

- Es analítico, porque para adquirir el conocimiento científico es preciso descomponer el objeto de estudio en sus elementos o partes, con el propósito de facilitar el enfoque, revelar sus conexiones y mecanismos internos subyacentes.
- Es sintético, puesto que, una vez examinados detalladamente los elementos del asunto, se pueden vincular para elaborar una noción comprensiva.
- Es fáctico, pues se adhiere a los hechos en su estado natural y tal como se manifiestan[34,38,40].

3.2.1.4 CATEGORÍAS DE CONOCIMIENTOS

a) Conocimiento alto

El conocimiento considerado excelente se caracteriza por una distribución cognitiva satisfactoria, conceptualización y pensamientos acertados al igual que la expresión y fundamentadas, además de una corrección precisa en relación con los conceptos fundamentales del tema o materia tratadas[41].

b) Conocimiento medio

El conocimiento también conocido como ordinario alcanzado, implica una integración parcial de ideas expresadas, conceptos fundamentales y nuevas propuestas, ocasionalmente se sugieren cambios para una mejora de objetivos y la corrección de las ideas en relación con el tema en cuestión es ocasional[41].

c) Conocimiento bajo

Debido a la desorganización de ideas, distribución cognitiva inadecuada en la expresión de conceptos fundamentales, términos imprecisos y no apropiados, cercano a la justificación lógica.

3.2.1.5 LA MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

Es el aprendizaje adquirido que se puede evaluar en una escala que contempla tanto criterios cuantitativos como cualitativos:

Escala de estaninos

La escala de estaninos se utiliza para segmentar los puntajes obtenidos, en función del número de individuos involucrados y de la naturaleza de las variables. Además, la escala de estaninos es una medida estándar que consta de 9 unidades normalizadas, cuya media es 5 y su desviación es 2.

Fórmula: $x \pm 0.75\ (Sx)$

Donde:

$x\ = media$
$Sx = desviación\ estándar$
$a\ = media\ - 0.75\ (Sx)$
$b\ = media + 0.75\ (Sx)$

Los puntos de corte a y b permiten clasificar la distribución de los puntajes en tres categorías distintas
Entonces:
Puntaje mínimo hasta (a) …… 1° Categoría (conocimiento bueno)
De (a+1) hasta (b)…… 2° Categoría (conocimiento regular)
De (b+1) hasta el puntaje mínimo…….. 3° Categoría (conocimiento bueno)

Nivel de conocimiento

Para medir el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos, se pueden utilizar diferentes métodos y herramientas, como cuestionarios y programas de intervención educativa. Es importante señalar que la medición del conocimiento no se limita solo a los cuestionarios, sino que también puede incluir observaciones directas de los hábitos orales nocivos, entrevistas para obtener información más detallada, o la revisión de registros médicos[42].

Respecto a los cuestionarios para medir el conocimiento de los hábitos orales nocivos, estos pueden abordar aspectos como su identificación, sus consecuencias en la salud bucal y las medidas preventivas para evitarlo. La evaluación de este conocimiento se realiza mediante escalas de valoración. Es importante que estos cuestionarios sean validados y confiables para garantizar la precisión de los resultados obtenidos[31].

En la actualidad, existen investigaciones de diferentes países que han examinado el nivel de conocimiento sobre los hábitos orales nocivos en padres y personas no relacionadas con la odontología. Tipán (2018)[4] en Ecuador evaluó el nivel de conocimiento de los padres de familia mediante un cuestionario de 7 preguntas de opción múltiple. Las respuesta fueron valoradas con un “Si” o “No”, donde cada “Si” otorgaba 1 punto. Los puntajes se sumaban para obtener un total que representaba el nivel de conocimiento del participante, con un rango que iba de 1 a 7 puntos.

En nuestro país, uno de los primeros estudios fue llevado a cabo por Mendizábal G. (2007)[31], quién evaluó el nivel de conocimiento de las madres mediante 12 preguntas de opción múltiples organizadas en tres dominios o categorías: “Información sobre los hábitos orales nocivos (05 preguntas), Información sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales (03 preguntas) e Información sobre medidas para evitar la instalación del hábito (04 preguntas). Las respuestas del nivel de conocimiento evaluadas en una Escala de Likert donde: 6 o menos puntos = “malo”, 7 a 9 puntos “regular” y 10 a 12 puntos = “bueno”[16].

3.2.2 HÁBITOS

Se puede describir como aquel comportamiento que se aprende a través de la vivencia diaria y se realiza de forma constante, aunque también se le ve como una conducta adquirida donde la persona no lo maneja de forma voluntaria[43].
Existe un acuerdo general en aceptar que los malos hábitos brindan satisfacciones, ya que resulta placentero para quien lo practica, y en algunos casos son expresiones subestimadas de procesos de ansiedad. El resultado de

la repetición y satisfacción que el hábito proporciona son determinantes en sus establecimientos[22,44,45].

Pacheco sostiene que los hábitos orales tienen un origen psicológico y patológico, tanto que tienen como finalidad liberar la presión emocional. Al tener abrumadoras cargas laborales, el exceso de preocupación, sufrir estrés o tensión pueden ser factores que puedan desencadenar la aparición de un hábito[45].

3.2.2.1 TIPOS DE HÁBITOS

a) Hábitos Fisiológicos

Son los hábitos innatos en el individuo, es decir, que se presentan desde su nacimiento. Algunos ejemplos de este tipo de hábitos son la respiración nasal, la deglución, la masticación y el habla; los cuales cumplen una función relevante en el desarrollo del cráneo y la fisiología de la oclusión[22,46].

b) Hábitos No Fisiológicos o deformantes

Los hábitos no fisiológicos representan una de las principales causas de deformación dental y ósea, ya que pueden afectar en el crecimiento y desarrollo óptimos del sistema estomatognático y provocar una inestabilidad en la fuerza y el equilibrio muscular de la región oral y perioral, mostrando como resultado la alteración ósea que tendrá un efecto más o menos significativo dependiendo de la edad en que comience el hábito; cuanto más temprano se inicie, mayor será el impacto del hábito debido a la mayor capacidad de moldeo del hueso en edades tempranas[22,43,46].

Además, la magnitud de la deformación se encuentra altamente influenciada por la intensidad, duración y frecuencia con que se realice el hábito. Entre estos hábitos se encuentran la deglución atípica, la respiración por la boca, succión digital y bruxismo, los cuales estos hábitos son comúnmente asociados con situaciones de estrés, fatiga, falta de atención, cansancio, etc.[43]

3.2.2.2 CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LOS HÁBITOS:

Según Gonzales tenemos[47]:

- *Instintivos:*
  Ej. Tenemos el hábito de succión, que en un principio es útil, pero que a largo plazo puede volverse dañino debido a su persistencia.

- *Placenteros:*
  Se encuentra el hábito de la succión digital o el uso del chupón

- *Defensivos:*
  En personas que padecen rinitis alérgica, asma u otras afecciones, en las que utilizan la acción de la respiración oral se convierte en una costumbre defensiva.

- *Hereditarios:*
  Anomalías de nacimiento de carácter hereditario, como: lengua bífida, inserciones cortas de frenillo lingual.

- *Adquiridos:*
  En aquellos individuos con hendidura en el paladar duro que han sido sometidos a cirugía, conservan la fonación nasal.

- *Imitativos:*
  En la manera de posicionar los labios y la lengua al hablar, expresiones faciales, gestos, etc.

- *Dañinos:*
  Son hábitos que no se vinculan con la satisfacción de ninguna necesidad biológica y pueden llegar a ser perjudiciales para el funcionamiento adecuado del sistema estomatognático, como los dientes, el periodonto, lengua, labios, ATM, etc.

3.2.2.3 FACTORES QUE MODIFICAN LOS HÁBITOS

a) Duración:

Se puede subdividir en:

- *Infantil (hasta los 2 años):*
  Durante esta fase del desarrollo de un niño, constituye una parte habitual del comportamiento del niño, y no suelen tener consecuencias perjudiciales en general[45].

- *Pre-escolar (abarca desde los 2 a 5 años)*
  Si el hábito de succión es ocasionalmente, el hábito no tiene un impacto negativo en la posición de los dientes, en cambio sí se realiza de forma frecuente e intensa, puede causar desalineación en la dentición primaria. Si el hábito de succión se interrumpe antes de los 6 años de edad, es probable que la malformación dental sea reversible en muchos casos[45].

- *Escolar (abarca desde los 6 a 12 años)*
  Al realizar la acción de succión en esta etapa del desarrollo, es posible que aparezcan desalineaciones en los dientes y malposiciones en estructura dento-esquelética. Por esta razón, es necesario realizar un examen más exhaustivo de los factores que causan el hábito[45].

b) Frecuencia

Durante esta etapa, los comportamientos pueden ser intermitentes, ya que se interrumpen y se reanudan después de ciertos intervalos de tiempo de forma repetitiva, mientras que en otros casos los comportamientos son continuos y no se observan interrupciones[45].

c) Intensidad

- *Poco intenso:*
  En la succión digital se demostró una baja actividad muscular, especialmente en los músculos buccinadores[45]
- *Intenso:*
  Muestra una reducción en la actividad muscular de los músculos alrededor de los labios y los músculos buccinadores, lo cual es fácilmente perceptible[45]

Los hábitos orales nocivos que comúnmente generan alteración en la oclusión son:

1. La deglución atípica o interposición lingual persistente
2. Succión digital
3. Respiración oral

Otros comportamientos que pueden ocasionar alteración en la oclusión son la succión o interposición del labio inferior, el uso de chupón y la onicofagia[48]

3.2.2.4 ASPECTOS QUE DETERMINAN A UN HÁBITO COMO NOCIVO

- Provocan cambios en el paladar, como pueden ser el paladar estrecho
- Provocan una separación excesiva entre los dientes anterosuperiores e inferiores y la falta de contacto entre ellos durante el proceso de salivación.
- Facilitan que la lengua se sitúe entre los dientes anteriores
- Provoca protrusión de los dientes antero-superiores
- Provoca retrusión de los dientes antero-inferiores[5,49]

3.2.3 DEGLUCIÓN

Deglutir implica tener una cantidad específica de alimentos o líquidos en la boca, cerrar los labios y presionar delicadamente la lengua contra el paladar para trasladar los contenidos hacia el sistema digestivo de forma involuntaria, sin necesidad de requerir la intervención de la musculatura facial, especialmente de los músculos utilizados para expresión facial[44,46,50].
Además, la deglución se trata de un proceso neuromuscular que se consigue por las fuerzas y movimientos coordinados en la boca, la faringe, la laringe y el esófago, con pausas en la respiración, cuyo objetivo es transportar el alimento masticado a la faringe[50].

El proceso de la deglución, existen diferencias en su mecanismo entre los niños y los adultos. Alrededor de los 4 años aproximadamente, los niños degluten con los maxilares abiertos y la lengua interponiéndose entre ellos. A partir de los 4 años para arriba, los niños empiezan la transición hacia una deglución madura que implica cerrar todos los dientes, la posición de la lengua en la parte frontal del paladar y una ligera compresión de los labios. Al desviarse de este patrón maduro, se habla de una deglución atípica[51]

3.2.3.1 DEGLUCIÓN NORMAL/ADULTA/SOMÁTICA

En este método de la deglución no se presenta una posición hacia adelante ni una protrusión de la lengua, los atributos principales son:

- La mandíbula se mantiene estable debido a la musculatura inervada por nervio del trigémino
- El vértice lingual se ubica en la parte superior y trasera de los incisivos contra el paladar, al momento de la deglución

- El cierre total de los labios mientras se mueven los músculos de la lengua en forma ondulatoria, además durante la deglución los labios se mantienen inmóviles.
- Diariamente, se realizan alrededor de 500-600 movimientos de deglución dentro de la cavidad bucal, alrededor de 2 minutos[8,43,52].

3.2.3.2 DEGLUCIÓN ATÍPICA/INFANTIL/VISCERAL

La deglución atípica se origina en el desequilibrio muscular entre los músculos que rodean la boca y la lengua. También a esto se le puede denominar la lengua protráctil debido a que la lengua se interpone entre las arcadas mientras se deglute[47,53].

Las alteraciones en la ubicación de la lengua, pasa inadvertido para el individuo convirtiendo el hábito en un patrón o hábito. Se cree que estas alteraciones pueden influir en los demás tejidos blandos y duros; y que pueden cooperar al desarrollo de problema en la mordida, como las maloclusiones dentales y dento-esqueléticas[47,53].

- **Etiología de la deglución atípica** [47,49]
  - *Macroglosia:* O hipertrofia lingual siendo una condición poco común y suelen presentarse en pacientes que padecen cretinismo.
  - *Amígdala hipertrófica:* Episodios frecuentes de amigdalitis ocasionan que el niño, en cada acto de deglución, mueva la lengua hacía adelante para evitar que esta toque las amígdalas y cause dolor
  - *La lactancia artificial, es decir el uso del biberón*
  - *Desequilibrio del control nervioso*: normalmente, se trata de niños que, debido a una condición neurológica, carecen de dominio sobre la musculatura y la coordinación motora, lo que a vez significa que no pueden mantener el equilibrio muscular adecuado en el transcurso de la deglución.
  - *Anquiloglosia*: Es la lengua que se encuentra inmovilizada y es incapaz de realizar los movimientos adecuados durante la deglución.
  - *Pérdida temprana de los dientes anteriores y presencia de diastema interincisal grande*: esto provoca que el niño acostumbra a ubicar la lengua en estas áreas espaciosas, lo que puede llevar a adquirir el hábito de deglutir con la lengua en una posición adelantada.

- **Efectos bucales de la deglución atípica** [47,49]
  - Mordida abierta anterior simétrica
  - Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas
  - Labio superior hipotónico (flácido) e inferior hipertónico (fuerte)
  - Hipertonicidad o tensión excesiva del músculo del mentón
  - Hiperactividad de los músculos que intervienen en la acción de la masticación
  - Incompetencia labial

- Problemas fonéticos

3.2.4 SUCCIÓN

El acto de la succión es una de las habilidades sensoriomotoras más tempranas y complejas que representa el recién nacido.[54] De acuerdo con Larousse y la lengua española, consiste en extraer líquidos con el uso de los labios hacia un objeto, lo cual desencadena un instinto innato. Este acto ocurre durante las primeras semanas de vida y se extiende hasta los 4 o 6 meses[49,55].
La activación del comportamiento de la succión se produce al entrar en contacto con los labios del recién nacido con el objeto, permitiendo que la boca lo succiona con el apoyo de los músculos maseteros, buccinadores, extrínsecos e intrínsecos de la lengua y, finalmente el músculo orbicular de los labios. Toda la acción de la succión debe comenzar de manera fácil, con ritmo constante, y con suficiente fuerza y frecuencia[56].

Existen dos tipos de succión que se diferencian entre sí según la presencia o ausencia de líquido: la succión nutritiva y la succión no nutritiva, respectivamente[56]:

3.2.4.1 SUCCIÓN NUTRITIVA O FISIOLÓGICA

La succión nutritiva es la acción de succionar la leche materna para obtener la nutrición, alimentándose así él bebe de la madre, lo cual se considera normal hasta que el bebé cumpla los 3 años de edad. Se denomina fisiológico debido a que los recién nacidos succionan instintivamente. Durante la lactancia, se realizan movimientos que llevan a la mandíbula a ayudar en el sellado de los labios en el descanso, mientras que la lengua adopta una posición correcta.[49,56]
Si se utiliza un biberón, debe presentar una forma anatómica correcta para evitar alteraciones, ya que puedan impedir el sellado de los labios y cambiar la posición de la lengua debido al exceso de leche[8,45].
Además, algunos expertos señalan que la lactancia materna contribuye a evitar los hábitos pocos saludables, como el uso del chupete, succión digital y onicofagias[5]

3.2.4.2 SUCCIÓN NO NUTRITIVA

La succión no nutritiva es la acción de succionar sin ingestión de alimentos nutritivos, lo que puede ocasionar algunas modificaciones en las estructuras orales. Proporciona una sensación de bienestar, con afecto y seguridad[53]. Además, esta succión no está involucrada en la nutrición, es descoordinada con la acción de deglutir, y contribuye al desarrollo de la succión nutritiva y el apropiamiento de las habilidades de alimentarse. Se produce sin la presencia de líquido y consiste en series rápidas y de corta duración seguidas por pautas en frecuencia de 2 succiones por segundo[54]

Es necesario evitar el hábito de succión no nutritiva desde una perspectiva psicológica antes de los 2 años de edad. Analizando los cambios en la

estructura dental causados por este hábito se considera perjudicial aquel que continúa más allá de los dientes deciduos, cuando los primeros dientes permanentes aparecen en la cavidad bucal. Esto se justifica por el hecho de que abandonar el hábito, incluso durante la dentición decidua (hasta los cinco años de edad), favorece la corrección natural de una posible mordida abierta temprana[5,49]

Entre los comportamientos de la succión no nutritiva se encuentra el acto de succión digital, succión del labio, uso de chupón y uso de biberón.

a) SUCCIÓN DIGITAL

Consiste en colocar el dedo en la boca y aplicar presión en dirección al paladar y los dientes[57]

El hábito de la succión digital puede desarrollarse durante la lactancia artificial, ya que algunos bebés no se sienten muy satisfechos. En el caso de los niños mayores, este hábito ha sido vinculado a desequilibrios psicológicos, así como la fatiga, tristeza, estrés y problemas familiares; lo que lleva al niño a buscar consuelo en este hábito como una forma inapropiada de resolver sus problemas.[56,58] Además, está conectado con estados de ansiedad y emociones inestables. A modo de ejemplo, podemos considerar el dedo comparte similitudes a los pezones maternos en cuanto a la textura, temperatura, olor, etc.[22,45,46]

El reflejo de la succión se considera habitual hasta que el niño alcanza los 3 años de vida, punto en el cual, con la llegada de los dientes deciduos, es sustituida progresivamente por la masticación, razón por la que se cataloga como un mal hábito desfavorable si continúa mientras los dientes deciduos están presentes en la boca[49,58].

Tipos de hábitos de succión digital

- ***Succión del pulgar:*** De todos los hábitos de succión del dedo, este es el más frecuente.
  Los músculos involucrados en este hábito generan un vacío dentro de la cavidad oral. El músculo pterigoideo externo mueve la mandíbula hacia abajo, ampliando el espacio en la boca y generando una presión negativa. Los músculos de los labios se cierran para evitar que el aire deshaga la falta de aire creada.
- ***Succión del dedo índice:*** Puede generar mordida abierta unilateral o protrusión de uno o más dientes del sector anterior.
- ***Succión del dedo índice y medio:*** Puede generar mordida abierta unilateral o protrusión de uno o más dientes del sector anterior.
- ***Succión del dedo medio y anular:*** Puede generar intrusión o retroinclinación de los dientes del sector anteroinferior y mordida abierta o protrusión de uno o más dientes del sector anterosuperior.
- ***Succión de varios dedos:*** Genera dificultades parecidas a las mencionadas anteriormente, además tendremos problemas según la

cantidad de dedos involucradas, la frecuencia y la intensidad de la succión digital.

Efectos bucales de la succión digital

- Colapso de los 2 huesos maxilares en la zona de los dientes caninos y molares temporales, así como en la zona superior de los molares permanentes, pero con menor grado.
- Vestibularización de los dientes anterosuperiores con aumento del tamaño alveolar de la arcada
- Protrusión dentaria y alveolar superior
- Presencia de diastemas en el segmento anterosuperior
- Mordida abierta anterior producida el dedo pulgar interfiriendo entre los arcos dentales
- Mordida cruzada posterior se debe a que la contracción del músculo buccinador provoca el colapso del arco dental superior
- Al aplicar presión con el dedo sobre los dientes
- La fuerza aplicada por el dedo sobre los dientes, hueso alveolar y el paladar, va a generar una presión negativa intrabucal, causando el colapso y estrechamiento del paladar
- Lingualización de los incisivos inferiores por la colocación del dedo sobre la mandíbula
- Incompetencia labial
- Problemas de lenguaje: ceceo
- Retrognatismo mandibular.

b) SUCCIÓN DE LABIO O INTERPOSICIÓN LABIAL

Consiste del hábito de chuparse el labio[57]

El origen de este hábito surge como resultado secundario de la succión digital o de la deglución atípica, ya que en este grupo de individuos por lo general muestra una sobremordida horizontal, donde el labio inferior se ubica detrás de los incisivos superiores ejerciendo presión sobre los músculos mentonianos hacia la superficie palatina, sosteniendo o empeorando la situación[49,59]

La succión del labio inferior es la más común, lo que provoca una alteración especialmente en los incisivos laterales. Se manifiesta como una marca en el labio y los dientes antero-superiores se vestibularizan, creando una sobremordida horizontal y mordida abierta anterior[45]

Efectos bucales de la succión del labio[49]:

- Protrusión dentoalveolar superior
- Retroinclinación de los incisivos inferiores
- Labio superior hipotónico y labio inferior hipertónico
- Incompetencia labial
- La sobrepresión del labio inferior impide el crecimiento de la mandíbula

- Mordida profunda
- Retrognatismo mandibular

c) USO DEL CHUPÓN

La utilización de los chupones responde a la exigencia de la succión, que es fundamental y saludable para el progreso de la mandíbula y la cavidad bucal en la segunda etapa de crecimiento del niño. Por lo tanto, los chupones son un respaldo relevante en este período de crecimiento. La demanda fisiológica de succión es más relevante durante los primeros 6 meses de vida; después de este período, el empleo del chupón suele ser un hábito que brinda sensación de seguridad[60]

Por tanto, el uso de los chupones se encuentra muy aceptado en la sociedad pues, además, se percibe que tranquiliza los llantos de los bebés, asimismo, mejora la experiencia del sueño y reduce el dolor y la tensión de los progenitores. A pesar de esto algunos expertos y la sociedad en general piensan que el empleo de esto es inofensivo y que puede proporcionar ventajas para el crecimiento de los bebés

Las consecuencias perjudiciales que provoca el uso del chupón son la manifestación de alteración en la estructura dental, otitis media e infecciones por hongos, al mismo tiempo este comportamiento también trae ventajas como efectos relajantes y analgésicos[61,62]

d) USO DEL BIBERÓN

El biberón cumple con las demandas alimenticias y de evolución del recién nacido. A veces, un chupón con un orificio excesivamente amplio puede reducir la estimulación del crecimiento del infante.[49] En tales situaciones, notaremos:

- La mandíbula no crece hacia adelante porque no hay una succión adecuada que favorezca su crecimiento, provocando un retraso en su crecimiento hacia adelante.
- Falta de coordinación entre la respiración y la succión
- Respiración oral incrementa las oportunidades debido a la falta de activación de los músculos.
- Si el instinto de la succión no es satisfecho adecuadamente, se puede succionar otros objetos provocando maloclusiones similares a las que son causadas por la succión digital.
- Mordida anómala: Paladar ojival, mandíbula y lengua retraídos.
- La falta de estimulación de la articulación que permite abrir y cerrar la boca puede provocar un desarrollo anómalo[60]

3.2.5 HÁBITO DE MORDER

Este comportamiento muestra una frecuencia equiparable a los hábitos de succión no nutritiva. Ambos pueden tener causas similares, y además en numerosos pacientes se ha observado que el cese inapropiado del hábito de succión puede conducir a la aparición de los hábitos de morder. En estos últimos se incluyen a la onicofagia y la glosofagia.

3.2.5.1 ONICOFAGIA:

Consiste en la acción compulsiva de morderse las uñas[57]

Es una práctica común en los niños, especialmente en la etapa escolar, se distingue por el mal hábito de morderse o comerse las uñas con los dientes, una costumbre que afecta a ambos sexos por igual. Este mal hábito puede estar asociado a factores emocionales o psicológicos, como el estrés y la ansiedad, lo que hace que estos pacientes se pueden etiquetar como nervioso, inquietos o problemáticos[63]

Al llevar a cabo este comportamiento, los niños pueden transmitir bacterias a su boca, lo que causa inflamación de las encías, formación de abscesos en las encías e infección debido a la presencia de cuerpos extraños. Además de eso, este hábito perjudica la estructura dental generando la reabsorción dental, malposición de los dientes y giroversión e intrusión de los incisivos[57,64]

3.2.5.2 GLOSOFAGIA:

Consiste en la acción de morderse la lengua[57]

Los niños suelen morderse la lengua cuando enfrentan algún trabajo que requiera fuerza, y durante este período se les ha visto mordiendo la lengua frente al ordenador o TV.

Este hábito puede provocar mordida abierta debido a presión de la lengua y genera la infraoclusión de los incisivos. También puede generar las mordidas abiertas laterales, en particular unilateral, siendo las más prevalentes, pueste este hábito de morder la lengua se hace constante y para ocultarlo utilizan los segmentos laterales[23,44]

3.2.6 RESPIRACIÓN ORAL

Consiste en la acción en la que se utiliza la boca para inhalar aire debido a algún impedimento para hacerlo a través de la nariz[57].

La inhalación del aire a través de las fosas nasales constituye la principal manera en que el oxígeno accede al cuerpo de los individuos[65], lo cual es un procedimiento fisiológico que opera por separado en seres vivos dependen de ser aerobios o anaerobios. Es esencial que la inhalación se realice exclusivamente por medio de la nariz, ya que esto asegura ciertas actividades como filtrar los microorganismo del entorno y las partículas suspendidas. Además, el oxígeno al entrar a las cavidades nasales, se satura de humedad y se calienta antes de llegar a los pulmones[57,65]. Y conforme a la teoría funcional de Moss, la respiración por la nariz es esencial para el correcto crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial y dentofacial[66]

La presencia de la respiración oral es indicativa de un síndrome complicado. Esto ocurre cuando el aire se inhala y exhala únicamente por la boca, y como efecto, causa un incremento en la presión aérea dentro de la boca. Además, dado que el aire no pasa por la cavidad nasal la consecuencia es que el paladar se moldea y se profundiza, incluso los senos maxilares se vuelven estrechos, dando como resultado que la persona presenta un biotipo facial característico de cara alargada[49].

Etiología de la Respiración Oral

La respiración oral puede ser debido a 2 factores[49]:

a) Por obstrucción funcional o anatómicas

- Adenoides hipertróficas
- Amígdalas palatinas hipertróficas
- Cornetes hipertróficos
- Asmas, bronquitis y sinusitis
- Presencia de Pólipos Nasales
- Rinitis alérgicas
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Desviación del tabique nasal
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias.

b) Por hábitos bucales

Entre los hábitos asociados a la respiración oral se pueden incluir la deglución atípica, succión del pulgar, succión lingual, entre otros. La persona comienza a realizar la respiración oral debido a obstrucciones funcionales o anatómicas patológicas, y aunque estas obstrucciones hayan sido eliminadas, puede persistir el hábito de respirar por la boca como complemento de la respiración nasal, convirtiéndose en una costumbre[49,57]

Efectos bucales de la Respiración Oral [49]

- Facie adenoidea: se distingue por tener una apariencia facial alargada y estrecha, párpados descendentes, un subdesarrollo de los huesos de la nariz, ojeras profundas, surcos genianos pronunciados e incompetencia labial.
- Tez pálida
- Hipertrofia del músculo de la barba en el mentón
- Labio superior hipotónico
- Labio inferior hipertónico
- Labios fisurados, con grietas y resecos con presencia de queilitis angular
- Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual
- Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral
- Paladar profundo y estrecho pues se debe a que los músculos buccinadores comprimen en la zona de las premolares ocurriendo que la posición baja de la lengua durante la respiración oral altera el equilibrio muscular.
- Los senos paranasales que se encuentran debajo de los dientes superiores tienen un desarrollo deficiente y se ven opacos.
- Arcada superior en forma triangular
- Retrognatismo mandibular o rotación mandibular hacia abajo y atrás
- Labioversión de incisivos superiores
- Linguoversión de incisivos inferiores
- Palatoversión de dientes posterosuperiores
- Apiñamientos dental

3.2.7 OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN

3.2.7.1 OCLUSIÓN

El vocablo “oclusión” de origina del término, *oc = arriba o encima*, *cludere = cerrar,* que implica cerrar hacia arriba. Este proceso se produce cuando la mandíbula se cierra con el maxilar, gracias a la acción de los músculos elevadores y depresores de la mandíbula; además, así como la articulación y los planos inclinados que permiten el contacto de las superficies oclusales al realizar ciertos movimientos[67]. Incluso la función masticatoria está en equilibrio cuando las estructuras del sistema estomatognático están en armonía y coordinación incluyendo las estructuras dentales, neuromusculares, posición del ATM y entre otros. La oclusión debe ser natural y no forzada por dispositivos, además encontrarse en relación céntrica porque tiene una relación natural entre el cóndilo y la cavidad glenoidea[50,68].

Estas son las circunstancias necesarias para lograr una oclusión ideal[69]:

- La posición de la mandíbula debe estabilizarse en la ocasión en que los dientes entrar en contacto estando en relación céntrica.
- La posición de la oclusión céntrica debe estar a una distancia de 0.5mm de la relación céntrica.
- Desplazamiento libre con contactos oclusales entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.
- Debe ser totalmente autónomo para los movimientos deslizantes tanto de la relación céntrica como la oclusión céntrica.

Una oclusión normal se caracteriza por tener la mayor cantidad de número de contactos entre los dientes superiores e inferiores, en el que cada diente encaja correctamente con su antagonista, donde el contacto es cúspide-fosa[50]. Además, de tener en cuenta que los dientes se encuentran en correcta disposición y armonía, una relación dentaria adecuada, así como las fuerzas dinámicas y estáticas. Incluso la participación del ATM permite movimientos que pueden efectuar acciones como abrir, cerrar, protrusión, retrusión y lateralidad para lograr una oclusión dinámica adecuada[50,68]

3.2.7.2 MALOCLUSIÓN

La maloclusión se define como alguna desviación de un diente o un conjunto de dientes fuera de su ubicación ideal, lo que provoca un cambio en el crecimiento óseo del maxilar y la mandíbula, impactando de este modo a las relaciones oclusales entre los dientes opuestos y puede ser la causa de un problema estético[70,71].

Según Villafranca define la maloclusión como la alineación incorrecta de los dientes. Puede ser debida a anomalías de tamaño o de la posición de los dientes, del tamaño relativo de las arcadas dentarias y su alineación, o de los tipos de relaciones oclusales[79]

Según Graber define la maloclusión como procesos no patológicos que alteran el crecimiento y desarrollo generando así la maloclusión. Estos se manifiestan como una desorganización en diversos aspectos: el ATM, en el tipo de dentición, en las estructuras craneofaciales, en los músculos y nervios de la región facial, y en otras partes blandas; lo que puede generar dificultades en la persona tanto problemas funcionales o psicosociales[71].

Es importante destacar que la maloclusión no en todos los casos surge a partir de los dientes y los huesos maxilares, sino que en muchas ocasiones es el efecto o el desenlace de una alteración en los huesos del cráneo, de la cara o de estructuras que simulan estar alejada de los dientes[73]. Incluso en la maloclusión no solo los factores genéticos sino también los factores ambientales son los 2 principales causantes de la maloclusión, sin embargo, otra causa puede ser la alteración de la función oral, que engloba la masticación, la deglución y la articulación que pueden verse impactados por los hábitos orales y alteraciones funcionales[23,50,73].

3.2.7.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

Conforme a los datos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones dentales son el tercer problema más común de la salud bucodental después de la caries dental y las enfermedades periodontales[47]. En la región Latinoamérica se han documentado índices de aparición y frecuencia de maloclusiones que excede el 85% de la población[73]

Desde 1954, se han llevado a cabo estudios epidemiológicos sobre maloclusiones, especialmente en la ciudad principal del país, Lima[74]. Además, se han efectuado algunos estudios en las regiones costeras, andinas y amazónicas del Perú, con tasas de prevalencia de maloclusión de 81.9%, 79.1% y 78.5% respectivamente[74,75]

3.2.7.4 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LAS MALOCLUSIONES

Según la clasificación de Graber, la etiología de la maloclusión se divide en factores causales extrínsecos e intrínsecos. A pesar de que esta clasificación tenga ciertas desventajas, siendo el más sencillo de utilizar[51]

A. Factores Extrínsecos (Generales)

Son elementos que operan a la distancia a menor durante el crecimiento y desarrollo de la persona, y que resultan desafiantes de manejar por el especialista de ortodoncia, a excepción de los hábitos orales nocivos[51]

1) ***Herencia*:** Hay un factor genético específico que influye en la estructura dentofacial, aunque pueden ser alterados por las condiciones ambientales antes del nacimiento. El patrón de crecimiento y desarrollo tiene una fuerte influencia hereditaria[51].

- *Influencia racial:* En los grupos étnicos de raza pura, las maloclusiones son poco frecuentes, mientras que, en la poblaciones con una mezcla de diversas etnias, la prevalencia de discrepancias en el tamaño de los maxilares y los trastornos oclusales es significativamente más alta[51].

- *Tipo facial hereditario:* Se establecen entre: los braquiocefálicos, dolicocefálicos y mesocefálicos, cada uno de ellos está asociado con la forma y tamaños de los arcos dentales[51]

- *Influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo:* La herencia influye en el resultado final del patrón morfogenético[51]

2) *Molestias o deformidades congénitas*

Estas tienen una estrecha conexión con la genética

- *Labio leporino o hendiduras palatinas:* Esta anomalía provoca problemas en el esqueleto facial, en el funcionamiento y emocionales, lo que resulta una desalineación total de los dientes, problemas en la masticación, inflamación de las encías, enfermedad periodontal, pérdida temprana de dientes definitivos, entre otros[51]

- *Parálisis cerebral:* Deterioro en la coordinación muscular resultado de una lesión intracraneana. Esto provoca problemas en la función muscular durante la masticación, la respiración, la deglución y el habla.

- *Tortícolis:* Deterioro del músculo esternocleidomastoideo, lo cual resulta asimetría facial a cambios en el crecimiento y desarrollo de la mandíbula y una marcada desviación en línea media dentaria[51]

- *Disostosis cleidocraneana:* Es una anomalía que se presenta desde el nacimiento y es transmitido por herencia, lo que causa la protrusión de la mandíbula y la retrusión del maxilar, lo que ocasiona un retraso en la aparición de los dientes permanentes y una alta incidencia de dientes supernumerarios[51]

- *Sífilis congénita:* Se trata de una infección sistémica que puede dar lugar a generar “dientes de Hutchinson”. Estos dientes pueden tener forma de destornillador en los dientes anteriores y en los dientes posteriores (molares) con forma de mora[51]

- *Fiebres exantematosas:* Contamos con enfermedades como la rubéola, sarampión, varicela y escarlatina, que también pueden afectar el desarrollo de los dientes. En el caso de los niños que padecen rubéola congénita puede haber problemas como la hipoplasia, aplasia parcial o total del esmalte en los dientes primarios, además de una erupción tardía[51]

3) *Medio ambiente*

- *Influencia prenatal:*
  - Posición que adopta el feto dentro del útero durante el embarazo

- Tumores benignos que surgen en el útero como los fibromas uterinos pueden causar alteración en la simetría del cráneo y de la cara
- Rubéola y uso de drogas son factores que pueden provocar anomalías congénitas, incluyendo la aparición de maloclusión
- Dietas y el proceso metabólico de la madre están relacionados con la formación y mineralización de los tejidos duros de los dientes durante el periodo prenatal, ya que una parte del calcio proporcionado al feto se deposita en el sistema óseo de la madre[51]

- *Influencia postnatal*
  - La administración de antibióticos como la tetraciclina dada en niños entre los 2 meses y 2 años puede afectar la formación de los dientes permanentes, causando pigmentación e hipoplasia.
  - Lesiones traumáticas perinatal
  - Tejido de cicatrización formado como resultado de una lesión por quemadura
  - Lesiones que provocan una presión inapropiada en la dentición que se está desarrollando debido a un accidente.
  - Lesiones en el nacimiento con anquilosis condilar[51]

4) *Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes*

La maloclusión puede ser causada por diversas enfermedades, como la poliomielitis, la atrofia muscular y las enfermedades de la glándula pituitaria, tiroides y paratiroides. Estas afecciones pueden afectar el desarrollo normal de los dientes, pues pueden resultar en problemas como hipoplasia, retraso o aceleración del crecimiento, y la erupción o pérdida prematura de los dientes temporales[51]

5) *Hábitos y presiones anormales*

Los dientes y los tejidos adyacentes pueden verse afectados por los hábitos y presiones musculares inusuales.

- *Deglución atípica* donde la lengua interfiere en el proceso de deglutir provocando una inclinación de los dientes superiores resultando principalmente una mordida abierta anterior[47,51]

- *Onicofagia,* también conocido como morderse las uñas, puede provocar una malposición dental, generando mordida abierta anterior, debido a la inclinación de los dientes anteriores superiores inferiores hacia lingual. La frecuencia e intensidad con la que se practica la onicofagia puede agravar estos problemas dentales[23,51]

- *Respiración oral* genera estrechez en el paladar y puede provocar una maloclusión dental producto del contacto que se establece entre la parte superior de la boca (o techo del paladar) y el suelo de la fosas nasales, lo que lleva a una mordida cruzada posterior o mordida abierta anterior[23,51]

- *Hábito de succión* puede causar malposición de los dientes superiores debido a la presión constante que ejerce sobre ellos[47,51]

6) *Postura*

La mala postura corporal en su totalidad puede afectar la posición de la cabeza y provocar un crecimiento anormal de las bases óseas contribuyendo así a diferentes tipos de maloclusión dental. Por tanto, es fundamental examinar la postura en el diagnóstico de los problemas dentales.

7) *Accidentes y traumatismos*.

Debido a la cercanía entre los ápices de los dientes temporales con los gérmenes de los dientes permanentes, cualquier lesión que afecta a los primeros puede transmitirse fácilmente a los segundos. En algunos casos, no produce daño alguno, pero en otros puede afectar en el desarrollo dental y dar lugar a diversas malformaciones[51]:

- Despigmentación del esmalte en un patrón horizontal
- Dilaceración coronaria
- Dilaceración radicular
- Malformación semejante a un odontoma
- Interrupción del proceso de desarrollo de las raíces, de forma parcial o total del desarrollo
- Pérdida total del germen dentario
- Retención del diente permanente
- Erupción ectópica, prematura o retardada

La gravedad de la deformación que se producirá en el diente surgirá tanto por la fuerza que haya afectado la agresión como de la etapa en la que se encontró en su proceso de formación[51].

B. Factores Intrínsecos (Locales)

Son factores que están vinculados directamente con la salud bucal y que el odontólogo puede controlar con facilidad. Por otro lado, los factores intrínsecos deben ser identificados y tratados para evitar que la corrección sea temporal y para prevenir futuras recaídas[51]

1) *Anomalías de número*

Estas anomalías pueden ser heredadas genéticamente, pero también pueden estar relacionadas con malformaciones congénitas como labio leporino o enfermedades sistémicas como la displasia ectodérmica y la disostosis cleidocraneal[51]

- *Dientes supernumerarios* pueden estar incluidos o erupcionados, tienen apariencia diferente de los dientes normales y pueden causar cambios en la disposición de los dientes en los arcos dentarios como diastemas, desviaciones de erupción, impactación, etc.

- *Ausencias dentarias*: su grado de prevalencia es, terceros molares superiores e inferiores, incisivos laterales superiores, segundo premolar inferior e incisivos inferiores.

2) *Anomalías de tamaño*

- *Macrodoncia:* se utiliza para describir dientes que son más mayores que el tamaño normal. Aunque su causa es desconocida, pero se relaciona con una herencia autosómica dominante[51]

- *Microdoncia:* se refiere a los dientes que presentan un tamaño o volumen menor al normal, lo que puede estar relacionado con una herencia autosómica dominante[51]

3) *Anomalías de forma* [51]

- Dientes conoides
- Dientes con cúspides extras
- Geminación o fusión dental
- Molares en forma de frambuesa
- Dientes de Hutchinson

4) *Frenillos labiales y bridas mucosas*

Los frenillos labiales que presentan inserción baja frecuentemente generan diastemas o separaciones entre los dientes incisivos centrales[51]

5) *Pérdida prematura de dientes deciduos*

Ocasiona la disminución del perímetro del arco y, por tanto, genera una falta de espacio para la erupción de los dientes permanentes.

6) *Retención prolongada de dientes deciduos*

Resulta la reducción del tamaño del arco dental, generando un espacio insuficiente para la erupción del diente permanente. Además, la retención puede ser generado por[51]:

- Desincronización entre el transcurso de la rizólisis y la rizogénesis
- Falta de flexibilidad del periodonto
- Anquilosis del diente deciduo, es decir una fusión entre el diente deciduos con el hueso alveolar
- Ausencia del diente permanente correspondiente[51]

7) *Erupción tardía de los dientes permanentes*

Con frecuencia los dientes experimentan dificultades para emerger debido al insuficiente espacio en el arco dental. Debido a esto, los caninos superiores suelen ser los más afectados, ya que pueden quedar retenidos o erupcionar en una posición anormal hacia el frente, y los segundos premolares inferiores pueden impactarse o hacer erupción por lingual[51]

3.2.7.5 CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN

La utilización de la clasificación resulta fundamental para el diagnóstico, dado que nos dirige hacia la elaboración de una lista de problemas que presenta el individuo y a su vez crear un plan de tratamiento. La clasificación

de maloclusión se puede distribuir en 3 planos del espacio: Anteroposterior, vertical y transversal, debido a que esta afección no solamente involucra a los dientes, sino también a todo el sistema estomatognático (sistema neuromuscular, sistema periodontal, ATM y óseo), que conforma el sistema craneofacial en un espacio tridimensional[19,70]

A. Plano anteroposterior o sagital:

Edward H. Angle presentó la clasificación de Ang le I, II y III; luego, desglosó la Clase II en subdivisión 1 y subdivisión 2, representando la colocación incorrecta entre la posición entre el maxilar y la mandíbula. Igualmente contribuyó con el concepto de "oclusión ideal" que raramente se encuentra en la naturaleza y por ende se menciona como un "ideal imaginario". Este sistema de clasificación en la actualidad sigue siendo empleado por investigadores de todo el mundo y es ampliamente aceptado a nivel internacional[76,77]

- **CLASE I**

  Ocurre cuando las cúspides mesio-vestibulares de los primeros molares superiores entran en contacto con el surco vestibular de los primeros molares inferiores[77]

  Además, se puede presentar en el sector anterior se puede observar alguna irregularidades como: sobremordida excesiva, diastemas o espacio entre los dientes, mordida cruzada y apiñamiento dental[19,76,77]

  En la maloclusión de la Clase I se relaciona con una posición adecuada de los huesos maxilares y mandibulares del individuo teniendo un perfil recto y una alteración en el equilibrio en la actividad de la musculatura peribucal, masticatoria y lingual[19,78]

- **CLASE II**

  Ocurre cuando las cúspides mesio-vestibulares de los primeros molares superiores se sitúan delante del surco bucal del primer molar inferior[77]

  Con respecto a las bases óseas el maxilar se encuentra desplazada anteriormente y la mandíbula se encuentra retrasado con respecto al maxilar. Por lo general se presenta en personas con perfil convexo y relación retrógnata[76,77]. La maloclusión Clase II presenta 2 divisiones:

  - *Clase II división 1*

    La particularidad de esta maloclusión es cuando los incisivos superiores se encuentran en protrusión y con una sobremordida horizontal excesiva[77].

    Podemos encontrar los arcos dentales apiñados, y también puede presentar una mordida abierta anterior, debido a la sobremordida horizontal. Incluso los incisivos superiores pueden reposar sobre el labio inferior[19,76].

  - *Clase II división 2*

    Desalineación dental que se presenta cuando los dientes incisivos superiores están mal posicionados, los dientes incisivos centrales

superiores palatinizados, y los dientes incisivos laterales superiores vestibularizado. Además, existe una sobremordida horizontal disminuida y un aumento en la sobremordida vertical[76,77]

- **CLASE III**
  Ocurre cuando las cúspides mesio-vestibulares de los primeros molares superiores se sitúan por detrás del surco bucal del primer molar inferior[77]

  Se caracterizan por: mordida cruzada anterior e incluso se pueden encontrar mordida cruzada posterior y los dientes incisivos presentan una sobremordida horizontal invertida acompañado de una sobremordida vertical inconstante, además, predomina el perfil cóncavo. Con respecto a las bases óseas se puede encontrar el maxilar retraído debido al excesivo desarrollo de la mandíbula[76,77]

B. Plano vertical

Son dadas por una alteración en la dimensión vertical, debido mayormente por hábitos orales nocivos como la succión digital, deglución atípica o respiración bucal. Los problemas que tenemos son[19]:

- **MORDIDA ABIERTA**
  Se caracteriza por la falta de contacto entre los dientes de la arcada superior con su antagonista de los dientes de la arcada inferior, y al momento de ocluir se presenta un espacio significativo[19,70]
  Según su localización se divide en:
  - *Mordida abierta anterior:* cuando la falta de contacto se encuentra en la zona de los incisivos[19,70]

  - *Mordida abierta posterior:* ocurre en casos donde la mordida abierta se localiza alrededor de los premolares y molares, lo que implica que estos dientes no han erupcionado completamente, en otras palabras, están en infraerupción generando un espacio entre las superficies dentales al masticar. Esto se puede manifestar en un solo lado o ambos lados[19,78]

  - *Mordida abierta completa:* se produce cuando la separación entre los dientes se encuentra en la zona frontal de los incisivos y en la región de los premolares, limitando el contacto solo a los molares[19,51]

- **MORDIDA BORDE – BORDE**
  En esta clase de mordida, los bordes incisales de los dientes anteriores superiores se tocan entre sí con los bordes incisales de los dientes anteriores inferiores, sin dejar ningún espacio visible entre ambos bordes (0mm)[19,70].

- **MORDIDA PROFUNDA**

En esta clase de mordida, los dientes anteriores superiores cubren completamente la superficie labial de los dientes anteriores inferiores[19,70]

C. Plano transversal

Se refiere a las anomalías de la oclusión que se producen en el plano transversal, donde las cúspides die los dientes premolares y molares de la arcada superior ocluye en las fosas y surcos de los dientes de la arcada inferior. Los problemas que tenemos son[19]:

- **MORDIDA CRUZADA POSTERIOR**
  Cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares de la arcada superior, ocluye en las fosas de los premolares y molares de la arcada inferior, de forma que los dientes de la arcada inferior sobresalen lateralmente de los dientes de la arcada superior[70]

- **MORDIDA EN TIJERA**
  Cuando los dientes de la superficie palatina de los premolares y molares de la arcada superior entran en contacto con la superficie vestibular de los dientes de la arcada inferior. Este tipo de mordida es menos común que las mordidas cruzadas[70]

3.2.8 CALIDAD DE VIDA (CV)

A lo largo del tiempo, diversos autores y organizaciones han tratado de definir la CV desde distintos puntos de vista. Este concepto ha cambiado desde una perspectiva principalmente enfocada en lo material, en la que predominaban los aspectos objetivos del nivel de vida; a enfocarse en los aspectos subjetivos. Aunque no existe un acuerdo universal, parece haber un cierto consenso al considerarla de manera multidimensional, identificando componentes tanto objetivos como subjetivos[79]

Según Gómez y Sabeh han expuesto de manera clara el concepto de CV, el cual consta de 3 elementos interrelacionados: 1. Las condiciones objetivas de vida, o la descripción concreta de las personas y sus situaciones. 2. El bienestar subjetivo entendido como la complacencia interna con dichas realidades y con el modo de vida. 3. Los valores personales y aspiraciones, en este contexto, se destacan 2 áreas fundamentales del concepto: dimensión objetiva, que son las condiciones de vida vividas por los individuos; y la dimensión subjetiva, que es la valoración personal en diversos aspectos de la propia existencia[79,80]

Según Melchiors la CV engloba la salud física, el aspecto social, el aspecto psicológico y aspecto espiritual. La salud física se define mediante la capacidad funcional, la fuerza o debilidad, el sueño y el descanso, el dolor y, entre otros signos y síntomas. El aspecto social se refiere a las interacciones y conexiones, los afectos, la cercanía, el ocio, la soledad, la ocupación, la situación financiera y la carga familiar. El aspecto psicológico se vincula con el miedo, la ansiedad, la tristeza, los pensamientos, el temor y la aflicción derivada de la enfermedad y tratamiento. En cuanto el aspecto espiritual, engloba el significado atribuido a la

enfermedad, la esperanza, la fortaleza interior, la incertidumbre, las creencias religiosas y la búsqueda de sentido[79,81].

Y según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por CV como "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Vemos que es un concepto de gran alcance que es influenciado de manera complicada por la salud física del sujeto, el estado emocional, el grado de autonomía, las interacciones sociales y la interacción con los componentes esenciales de su ambiente. Por lo tanto, la CV es un concepto multidimensional que englobaría 3 dimensiones esenciales[79–81]:

- *Dimensión Física:* la apreciación del bienestar físico o la salud, se refiere a la falta de dolencia, la manifestaciones ocasionadas por la enfermedad que puede ser tanto signos y síntomas, y los impactos negativos del tratamiento[79]
- *Dimensión Psicológica:* la percepción que tiene una persona acerca de su condición intelectual y emocional, como el temor, la ansiedad, el aislamiento, la baja autoestima, la falta de certeza acerca del porvenir, y otros. Además, abarca las convicciones individuales, las de naturaleza espiritual y religiosa, así como el sentido de la existencia y la actitud ante el sufrimiento[79].
- *Dimensión Social:* la percepción que tiene una persona sobre sus interacciones con otras personas y su rol en la sociedad, como la importancia del respaldo emocional y social, la relación entre médico y el paciente, y el rendimiento laboral[79].

3.2.8.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ve influencia por diversos factores que abarcan tanto la salud física como mental, las relaciones sociales y la calidad del cuidado médico proporcionada. En consecuencia, el CVRS puede utilizarse como una medida fundamental de la eficacia de los tratamientos médicos y la atención sanitaria en su totalidad, puesto que se enfoca en el bienestar y la satisfacción del paciente en vez de la supresión específica de síntomas[81,82]

3.2.8.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL (CVRSB)

La calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) u Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL por sus siglas en inglés) denota el efecto a nivel de la salud bucal por enfermedades que se presentan en esta área por las tareas cotidianas, el bienestar y la calidad de vida del individuo, así como limitación que se tenga en la funciones adecuadas en el sistema estomatognático[24,83]

La evaluación y análisis de la calidad de vida de niños se realiza a través de diferentes aspectos o áreas del entorno como: el malestar o sufrimiento, la limitación en la realización de actividades habituales, los problemas de sueño, la baja autoestima, la inasistencia a la escuela, desempeño deficiente en los estudios y la irritación[24,64]. La evaluación del impacto de la calidad de vida resulta de gran relevancia, ya que facilita la promoción y formulación de

políticas de atención bucal que satisfagan las necesidades del tratamiento, mientras que al mismo tiempo que concientizan a los padres y cuidadores acerca de la importancia de preservar la salud de sus hijos sin consecuencias negativas[12,24,84]

De este modo, los niños son cada vez más susceptibles a distintas anomalías en el área dental y bucal que podrían tener un impacto significativo en su calidad de vida [12,83]. Es por esto que se ha planteado la idea de calibrar tanto la calidad de vida como la salud oral, con el objetivo de contribuir en la identificación de necesidades de tratamiento, dando prioridad a la atención y así como evaluar los resultados obtenidos[82–84].

En vista a lo expuesto, con el fin de evaluar la relación entre salud bucodental y la calidad vida, se han concebido distintos instrumentos que abarcan los aspectos sociales, aspectos físicos, aspectos funcionales y psicológicos de la actividad diarias vinculadas con la salud bucal[85]. Entre los instrumentos más utilizados para medir la calidad de vida en relación con la salud bucal se incluyen a: Child Perceptions Questionnaire (CPQ) para niños de 8-10 (CPQ 8-10) y 11-14 años (CPQ 11-14); o Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP 11-14); Child Oral Health Impact Profile (HRQoL) para niños de 8-14 años, y el Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), entre otros[1,83–85].

3.2.8.3 INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL (CVRSB)

Los instrumentos empleados para evaluar la CVRSB son elaborados como cuestionarios de autoevaluación frecuentemente, consisten en un conjunto de interrogantes que engloban distintas categorías de la calidad de vida, tales como: la percepción de manifestaciones orales, las limitaciones funcionales, el bienestar emocional, el bienestar social, el entorno en la escuela, las dificultades para dormir, el nivel de percepción propia y la autoestima[84,85]. Tenemos diferentes instrumentos como: Child Perceptions Questionaire (CPQ), Escala de impacto de la salud oral en la primera infancia (ECOHIS), Child- Oral index in daily performances (CHILD-OIDP), Child Oral Health Impact Profile (COHIP) y Scale of Oral Health Outcomes for 5-years-Old Children (SOHO-5)[86]

CHILD PERCEPTIONS QUESTIONAIRE (CPQ)

Jokovic y col. (2002) desarrollaron el *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ), el cual fue el pionero en evaluar la CVRSB en los niños [87]. Este cuestionario se aplica a dos grupos de edad, de 8 a 10 años y de 11 a 14 años; y engloba las siguientes categorías: limitaciones funcionales que consta de 9 ítems, bienestar social que consta de 13 ítems, bienestar emocional que consta de 9 ítems y síntomas orales con 6 ítems. El cuestionario CPQ para niños de 8 a 10 años se compone de 29 ítems y requiere de un intervalos de periodo de recordatorio de eventos de las últimas 4 semanas, en tanto que la edición del cuestionario CPQ para niños de 11 a 14 años abarca de 37 ítems con un intervalo de periodo de recuerdo de 3 meses[87,88]

En el CPQ 8-10 las respuestas se expresan en la Escala de Likert, donde 0 puntos = “nunca”, 1 punto = “una o dos veces”, 3 puntos = “a menudo” y 4 puntos = “todos los días o casi todos los días”; la sumatoria de esto van a presentar como puntaje máximo de 100 puntos siendo la peor calidad de vida que presenta el niño y el mínimo de 0 puntos como una buena calidad de vida. En el cuestionario de CPQ 11-14 se anotan en una escala y abarcan un rango de la suma de la respuestas de 0 a 103: por ende, cuanto mayor sea el puntaje obtenido, peor será la calidad de vida del niño. Las respuestas se registran de la misma manera en el CPQ 8-10 y CPQ 11-14, usando una escala de Likert que abarca de 0 a 4. Además, el CPQ 11-14 ha sido rediseñado en versiones más cortas de 16 y 8 preguntas[1,86,88].

CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO

Desarrollado por Meneses G. (2015)[89] esta versión de CPQ 8-10 está diseñado para ser aplicado en niños de 8 a 10 años. A diferencia de la versión original, que consta de 29 ítems, esta versión más corta contiene solo 16 ítems. Ambas versiones incorporan dos preguntas claves, una relacionada con percepción de salud bucal y otra sobre su impacto en las actividades diarias. Tanto la versión corta como la versión larga organizan los ítems en cuatro dominios: Síntomas orales (SO), Limitaciones Funcionales (LF), Bienestar Emocional (BE) y Bienestar Social (BS). Esta versión corta y didáctica se basa en la idea de que los niños de este rango de edad pueden perder fácilmente la atención y el interés al responder las preguntas, lo que podría afectar en la confiabilidad de las respuestas dadas. Además, esta versión didáctica incluye ilustraciones relacionadas a cada ítem para facilitar la comprensión e interpretación de su contenido[89].

Este CPQ 8-10 corto y didáctico las respuesta son evaluadas en una Escala de Likert donde: 0 puntos = “nunca”, 1 punto = “uno o dos veces”, 2 puntos = “a veces”, 3 puntos = “con frecuencia”, 4 puntos = “casi todos los días”, donde la sumatoria de esto va a presentar como puntaje máximo de 64 puntos y el mínimo de 0 puntos, además el mayor puntaje equivale a una mala calidad de vida y el menor puntaje equivale a una buena calidad de vida[89].

La preguntas del cuestionario CPQ 8-10 se suman y se expresan en una Escala de Likert para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB). Según la investigación de Mamani A. y col (2023)[27], los puntajes se categorizan de la siguiente manera: 0 a 21 puntos = “buena”, 22 a 43 puntos = “regular” y 44 a 64 puntos = “malo”.

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- CALIDAD DE VIDA: Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.
- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL: es el efecto a nivel de la salud bucal por enfermedades que se presentan en esta área por las tareas cotidianas, el bienestar y la calidad de vida del individuo, así como limitación que se tenga en la funciones adecuadas en el sistema estomatognático

- HÁBITO ORAL: Un hábito es aquel acto que inicialmente se realiza de manera consciente, más debido a la repetición se vuelve inconsciente, constante, y automático lo cual lo hace fácil de realizar, pero difícil de modificar. Este tipo de comportamiento está vinculado de manera general con las adaptaciones musculares posturales, el tono muscular y el control de movimientos semiautomatizados.
- HÁBITO ORAL FISIOLÓGICO: Son los hábitos innatos en el individuo, es decir, que se presentan desde su nacimiento.
- HÁBITO ORAL NOCIVO O NO FISIOLÓGICO: Factores etiológicos, que resultan ser factores de la maloclusión o alteración dento-esquelética, que llegan a afectar el desarrollo habitual de los sistemas estomatognático, y provocan desequilibrios sobre tensiones musculares periorales y orales. Provocando una alteración craneal, donde la gravedad será en base a la edad según se empezó el hábito, ya que los huesos tienen mayor capacidad de adaptarse.
- MALOCLUSIÓN: Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares.
- NIVEL DE CONOCIMIENTO: capacidad del ser humano para establecer conceptos en forma de lenguaje a través de símbolos abstractos transmitidos por diversos medios
- OCLUSIÓN DENTARIA: Es la conexión dinámica y estática de las arcadas superiores e inferiores, que mantienen interrelaciones anatómicas y funcionales, con relación al ATM, a la neuro-musculatura y al diente y sus tejidos de soportes.
- LIMITACIÓN FUNCIONAL: Son las restricciones o dificultades que una persona experimenta en sus actividades cotidianas debido a problemas dentales o de la boca, como dificultad para comer, hablar con claridad o llevar a cabo rutinas de higiene oral.
- SINTOMATOLOGIA ORAL: Se refiere al impacto de los problemas bucales en el bienestar del niño, específicamente en términos de cualquier molestia física o malestar que pueda experimentar en la boca o los dientes.
- BIENESTAR EMOCIONAL: Es la referencia a los estados emocionales de una persona como la felicidad, la tristeza, la ansiedad y la autoestima; todo esto influenciado por la satisfacción con su apariencia dental.
- BIENESTAR SOCIAL: Es la capacidad de una persona para interactuar y participar plenamente en actividades sociales, familiares y profesionales sin sentirse cohibido o limitado debido a problemas dentales o de la boca. Esto incluye tener relaciones satisfactorias, sentirse aceptado en la sociedad y disfrutar de una vida social activa y gratificante.

3.4 HIPÓTESIS

- H_0: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- H_1: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Categoría	Instrumento
Calidad de vida relacionada a la salud bucal	Denota el efecto a nivel de la salud bucal por enfermedades que se presentan en esta área por las tareas cotidianas, el bienestar y la calidad de vida del individuo, así como la limitación que se tenga en las funciones adecuadas en el sistema estomatognático.	Impacto de las condiciones de salud bucal en el escolar - Bienestar emocional - Bienestar social - Síntomas orales - Limitación funcional	Bienestar Emocional: Pregunta 5 – 8	Ordinal	Buena (0 - 21) Regular (22 - 43) Mala (44 - 64)	Cuestionario CPQ 8-10
			Bienestar Social: Pregunta 9 – 12			
			Síntomas Orales: Pregunta 13 – 16			
			Limitación Funcional: Pregunta 17 - 20			
Nivel de conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	Es el aprendizaje adquirido que poseen los participantes con respecto a la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria.	Conocimiento sobre hábitos orales nocivos	Hábitos orales nocivos: Pregunta 1 - 4	Ordinal	Bueno (10 – 12) Regular (6 – 9) Deficiente (0 - 5)	Cuestionario de Conocimiento sobre los Hábitos Orales Nocivos
		Conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos.	Tipos de maloclusión generados por los hábitos orales nocivos: Pregunta 5 - 8			
		Conocimientos sobre las medidas que evitan la instalación de hábitos orales nocivos.	Medidas que evitan los hábitos orales nocivos: Pregunta 9 - 12			

	Covariables	Tipo	Indicador	Escala	Categoría/Valores
Madre	Número de hijos	Cuantitativa	Referencia de la madre	Razón	1 hijo 2 hijos 3 a más hijos
	Edad	Cuantitativa	Número de años cumplidos a la fecha de acuerdo a su DNI	Razón	18 a 25 años 26 a 35 años 36 a más años
	Grado de instrucción	Cualitativa	Referencia de la madre	Ordinal	Primaria Secundaria Técnico Universitario
	Experiencia de atención odontológica	Cualitativa	Referencia de la madre	Nominal	Si No
Niño	Sexo	Cualitativa	Registro del rubro sexo en el DNI del niño	Nominal	Masculino Femenino
	Edad	Cuantitativa	Registro del rubro fecha de nacimiento en el DNI del niño	Razón	8 años 9 años 10 años

IV. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo: observacional, descriptivo, correlacional y de corte transversal.

- Observacional: implicó la observación y el registro de eventos, tal como ocurren naturalmente, sin la manipulación de las variables
- Descriptivo: porque determinó la situación actual de las variables estudiadas en una población.
- Correlacional: porque se evaluó la relación entre las variables.
- Transversal: porque la recolección de datos se dio en un momento determinado

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por niños entre los de 8 a 10 años que acudieron con sus madres al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU).
En la actualidad, el HNHU atiende a 154 niños de entre 8 y 10 años durante un trimestre de este año en su servicio de pediatría. (Fuente: Oficina de Estadística del HNHU). (Anexo 05)

4.2.2 MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 120 madres y 120 niños que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión en 2024

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia. Basado en el estudio de Loayza M. (2022), se utilizó una muestra por conveniencia, lo que permitió al autor seleccionar el número de participantes para la investigación. De esta manera, se facilita la elección rápida y sencilla de los sujetos disponibles para el estudio.

4.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños comprendidos entre 8 a 10 años, junto con sus madres, que hayan firmado el consentimiento y asentimiento informado para participar.
- Niños entre 8 a 10 años que sepan leer y escribir
- Niños entre 8 a 10 años que no estén con tratamiento ortodóntico
- Madres mayores de 18 años

4.2.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres que ejercen la profesión de odontología
- Madres con alguna condición sistémica, física o mental
- Madres que carecen de habilidades de lectoescritura.
- Niños entre 8 a 10 años que presentan enfermedades sistémicas congénitas.

4.3 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Se obtuvo una carta de presentación del decano de la Facultad de Odontología de la UNMSM dirigido al director del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Anexo 06)

El proyecto de investigación fue sometido a la revisión de Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue dando su aprobación (Anexo 07)

Luego de la aprobación del Comité de Ética se obtuvo la aprobación y autorización para su ejecución. (Anexo 08)

Durante la ejecución del estudio se proporcionó a las madres de los participantes una explicación breve sobre la naturaleza de la investigación. La participación del estudio estuvo sujeta a los criterios de inclusión, y se les explicó el propósito del estudio a las madres las cuales dieron su aprobación firmando el consentimiento informado (ver Anexo 03). En el caso de los niños, autorizaron su aceptación y participación con el asentimiento (ver Anexo 04).

4.3.1 VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS:

Para una evaluación más detallada del nivel de conocimientos sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria, se empleó un instrumento tipo cuestionario realizado por Mendoza F. (2018)[16] que fue validado y demostró ser de buena confiabilidad (Alfa de Cronbach =0.815) dirigido para las madres de los niños. El cuestionario es de 12 preguntas y se encuentra dividido en tres categorías (Anexo 01):

1. Primer dominio: Estuvo relacionado con el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos. Este dominio se centró en evaluar el nivel de conocimiento de los participantes acerca del impacto de dichos hábitos en la salud bucodental. (04 preguntas)
   a) Deglución atípica
   b) Succión no nutritiva
   c) Hábitos de Morder
   d) Respiración oral

2. Segundo dominio: Abordó el conocimiento sobre los diferentes tipos de maloclusión que pueden ser generados por hábitos orales nocivos. (04 preguntas)
   a) Mordida abierta en los sextantes anteriores y vestibularización.
   b) Mordida abierta en los sextantes anteriores, arco maxilar estrecho, vestibularización de incisivos superiores y lingualización de incisivos inferiores.
   c) Mordida cruzada de uno o dos dientes, intrusión de incisivos superiores.
   d) Maxilar estrecho, falta de competencia labial, posición baja de la mandíbula, extensión de la altura facial inferior, protrusión de incisivos superiores.

3. Tercer dominio: Este dominio se enfocó en el conocimiento sobre medidas para evitar la instalación de los hábitos orales nocivos (04 preguntas)
   a) Otorgarle la lactancia materna exclusiva durante los primeros 06 meses.
   b) Usar un chupón sugerido por un odontopediatra en niños.
   c) Establecer un entorno familiar emocionalmente sólido.
   d) Acudir a un médico especialista para su evaluación.

La evaluación del nivel de conocimiento se realizó mediante la asignación de 1 punto por cada respuesta correcta, lo que permitió obtener un máximo de 12 puntos. Luego,

se dividió estos puntos en intervalos para agruparlos en tres categorías, de acuerdo con una escala previamente establecida.

Escala para el total de preguntas:

- Deficiente: menos de 5 puntos
- Regular: 6 a 9 puntos
- Bueno: 10 a 12 puntos.

4.3.2 VARIABLE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD BUCAL:

Para su medición se hizo uso del cuestionario realizado por Meneses G. (2015)[89] que también fue validado y demostró ser un instrumento de buena confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.80). Siendo este instrumento enfocado en medir la calidad de vida de los niños entre 8 a 10 años (Anexo 02).

Se utilizó esta versión simplificada y más didáctica del cuestionario de calidad de vida CPQ 8-10, adaptado por Meneses G. que consta de 4 categorías y 2 preguntas clave en cada una, se enfocó en evaluar la autopercepción de la salud bucal de los participantes y cómo ésta impacta en su bienestar general.

- Bienestar Emocional
- Bienestar Social
- Síntomas orales
- Limitación Funcional

La evaluación de la variable en cuestión también involucró el uso de la Escala de Likert en:

- Nunca: 0 puntos
- Uno o dos veces: 1 punto
- Algunas veces: 2 puntos
- A menudo: 3 puntos
- Todos los días o casi todos los días: 4 puntos

Se clasificó el puntaje total obtenido en tres categorías, adaptado por Mamani A. (2023)[27]:

- Buena: 0 - 21 puntos
- Regular: 22 - 43 puntos
- Mala: 44 - 64 puntos

PRUEBA PILOTO

Con la autorización del jefe de Departamento de Pediatría del HNHU se inició la primera fase de la ejecución de esta investigación, que consistió en la prueba piloto para evaluar la confiabilidad de los instrumentos a utilizar. Se seleccionó una muestra de 20 niños cuyo rango de edad fue de 8 a 10 años con sus respectivas madres quienes acudieron al servicio de pediatría del HNHU. Una vez obtenido el consentimiento y asentimiento de ambas partes y explicarles el propósito del estudio, centrándonos en la importancia de la salud bucal de sus hijos, se les proporcionó los cuestionarios para que los completen.

- *Nivel de Conocimiento de los hábitos orales nocivos:* Como se mencionó previamente, este cuestionario ha sido validado por Mendoza F. (2018)[16] y su prueba de confiabilidad se estableció a través del coeficiente Alfa de Cronbach, obtuvo un valor de 0.81, indicando una confiabilidad buena. En este estudio, se evaluó el nivel de confiabilidad para las 12 preguntas, obteniendo un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.704 la cual se considera aceptable (Anexo 09).
- *Calidad de vida Relacionada a la Salud Bucal:* La validación fue realizada en el Perú por Meneses G. (2015)[89] quien registró una prueba de confiabilidad utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach con un valor de 0.80, indicando una confiabilidad buena. Para este estudio, al aplicar la misma prueba de confiabilidad al cuestionario de 16 preguntas utilizado, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.767, lo cual se considera aceptable (Anexo 09).

EJECUCIÓN

Una vez obtenido los resultados de las pruebas de confiabilidad de los instrumentos, resultando aceptables, la investigadora procedió con la aplicación de los cuestionarios para los 120 madres y 120 niños entre los 8 a 10 años de edad que acudieron al servicio de pediatría del HNHU. Los cuestionarios se aplicaron en la sala de espera del servicio de pediatría, donde se disponía de suficiente espacio para que cada madre y niño pudiera responder de manera individual. La investigadora se acercó a las madres y niños presentes en la sala para explicarles el propósito del estudio y solicitar su participación voluntaria, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Se les pidió a las madres que firmaran el consentimiento informado y a los niños que dieran su asentimiento. Posteriormente, se entregaron los cuestionarios individualmente a cada madre y niño, junto con instrucciones claras sobre cómo completarlos, y se estuvo disponible para resolver cualquier duda. Una vez completados los cuestionarios, la investigadora los recogió y revisó en el momento para garantizar que todas las preguntas hayan sido respondidas, asignando un mismo código de identificación tanto a la madre como al hijo para el procesamiento adecuado de los datos.

4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección y registro de los datos llevada a cabo por la investigadora se ejecutó de manera automatizada empleando una laptop Lenovo Intel Core i3 2.00GHz, con los siguientes softwares:

- Microsoft Word 2021.
- Microsoft Excel 2021.
- Programa SPSS 27 español.

En primera fase, se usó el aplicativo Microsoft Excel 2021 para elaborar una base de datos de acuerdo con la operacionalización de las variables. Los datos recopilados se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 27 español.

- *Estadística Descriptiva:* Se presentaron en tablas y gráficos de frecuencias relativas y absolutas, y la interpretación de los datos se realizó basándose en los resultados.

- *Estadística Inferencial:* Se realizó la determinación de la distribución normal utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov (n>30). Lo que permitió seleccionar el tipo de prueba de correlación a aplicar en el contraste de hipótesis. Se optó por utilizar el coeficiente de correlación de Pearson o el coeficiente de correlación de Spearman, dependiendo de si el análisis correspondía a una estadística paramétrica o no paramétrica, respectivamente. Para la evaluación de la hipótesis nula se trabajó con un nivel de significancia del 0.05.

4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el análisis estadístico descriptivo y univariado se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas. Para la estadística inferencial y bivariado, se sometieron las variables a pruebas de normalidad y de contraste de hipótesis. Se optó por utilizar la prueba de Kolmogórov-Smirnov (n < 30). Sin embargo, ninguna variable cumplió con el supuesto de normalidad. Como resultado, se procedió a evaluar las variables utilizando pruebas estadísticas no paramétricas, específicamente la correlación de Spearman (Anexo 10)

- *Correlación de Spearman:* se evalúa utilizando un coeficiente que tiene una escala que va desde -1.0 hasta +1.0. Su interpretación es la siguiente:
  - Valores próximos a +1.0 indican una fuerte correlación entre las clasificaciones, lo que significa que, si un rango aumenta, el otro también lo hará.
  - Valores cercanos a -1.0 indican una fuerte correlación negativa, lo que significa que, si un rango aumenta, el otro disminuirá.[90]

Tabla N°1. *Grado de relación según coeficiente de correlación de Spearman*

Índice de correlación	Interpretación
-0.80 a -1	Correlación negativa muy alta
-0.60 a -0.80	Correlación negativa alta
-0.40 a -0.60	Correlación negativa moderada
-0.20 a -0.40	Correlación negativa baja
0.20 a -0.20	Probablemente no existe correlación. El valor puede deberse al azar salvo que el número de casos sea superior a 100
0.20 a 0.40	Correlación positiva baja
0.40 a 0.60	Correlación positiva moderada
0.60 a 0.80	Correlación positiva alta
0.80 a 1	Correlación positiva muy alta

Fuente: Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 201

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó teniendo en cuenta las consideraciones éticas para el trabajo en seres humanos dados por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue (CIEI-HNHU).

La investigadora proporcionó a los niños y a las madres información detallada sobre el estudio y sus implicancias. Se aseguró el respeto al principio ético de la autonomía de los participantes mediante la firma del consentimiento informado por parte de las madres y el asentimiento informado por parte de los niños. Además, se garantizó la confidencialidad y la privacidad de la información, asegurando el anonimato de los participantes. Todos los datos recopilados en esta investigación fueron tratados con estricta confidencialidad; cada participante recibió un código único una vez que haya aceptado el consentimiento y el asentimiento informado para la participación.

V. RESULTADOS

De acuerdo con los criterios establecidos, el estudio contó con la participación de 120 madres y 120 niños de edades comprendidas entre los 8 y 10 años, quienes asistieron al servicio de pediatría del HNHU entre febrero y abril del 2024. A partir del análisis de los datos recopilados, se obtuvieron los siguientes resultados:

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla N°2. *Características sociodemográficas de la madre y el niño atendido en el servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024*

Características		Categoría	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Madre	Edad	18 a 25 años	14	11.7%
		26 a 35 años	41	34.2%
		36 años a más	65	**54.2%**
	Número de hijos	1 hijo	25	20.8%
		2 hijos	51	**42.5%**
		3 hijos a más	44	36.7%
	Grado de instrucción	Primaria	6	5.0%
		Secundaria	48	**40.0%**
		Técnico	36	30.0%
		Universitario	30	25.0%
	Ha ido alguna vez al dentista	Sí	120	100.0%
		No	0	0%
	Recibe tratamiento dental actualmente	Curaciones	36	30.0%
		Profilaxis	15	12.5%
		Endodoncia	11	9.2%
		Extracciones	4	3.3%
		Ninguno	54	**45.0%**

Niño	Sexo	Masculino	49	40.8%
		Femenino	71	**59.2%**
	Edad	8 años	61	**50.8%**
		9 años	26	21.7%
		10 años	33	27.5%
	Percepción de cómo están los dientes o boca	Mala	43	**35.8%**
		Regular	31	25.8%
		Buena	36	30.0%
		Muy buena	10	8.3%
	Molestias en dientes o boca en la vida diaria	Para nada	2	1.7%
		Un poco	10	8.3%
		Algo	64	**53.3%**
		Mucho	44	36.7

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Se observa que el mayor porcentaje de madres presentó un rango de edad de 36 años a más (54.2%), grado de instrucción de secundaria (40.0%), e indicaron que tienen 2 hijos (42.5%). Asimismo, todas mencionaron que habían ido alguna vez al dentista, siendo más del 50% que reciben tratamiento dental en la actualidad (55.0%). Con respecto a los niños, el mayor porcentaje correspondió al sexo femenino (59.2%) y al grupo de edad de 8 años (50.8%). En la percepción de cómo están sus dientes o boca, un mayor porcentaje percibieron negativamente (35.8%). Por otra parte, más del 50% sintieron frecuentes molestias en los dientes o boca en la vida diaria (53.3%) (Tabla N°2).

5.2 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS PARA LA MALOCLUSIÓN DENTARIA

Tabla N°3. *Nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria, quienes acudieron al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024*

Nivel	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Deficiente	68	**56.7%**
Regular	42	35.0%
Bueno	10	8.3%
Total	120	100.0%

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Se evidencia que más del 50% presentó un nivel deficiente (56.7%) de conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria; continuando un nivel regular (35.0%) y bueno (8.3%) (Tabla N°3)

Tabla N°4. *Nivel de conocimientos sobre hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024*

Nivel	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Deficiente	92	**76.7%**
Regular	22	18.3%
Bueno	6	5.0%
Total	120	100.0%

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Se observa que más del 70% presentó un nivel deficiente (76.7%) en la dimensión conocimiento sobre hábitos orales nocivos; siguiendo las categorías de conocimiento regular (18.3%) y bueno (5.0%) (Tabla N°4).

Tabla N°5. *Nivel de la dimensión conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024*

Nivel	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Deficiente	101	**84.2%**
Regular	12	10.0%
Bueno	7	5.8%
Total	120	100.0%

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Se observa que la mayoría mostró un nivel deficiente (84.2%) en la dimensión conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos; continuando los grupos de madres con nivel regular de conocimiento (10.0%) y bueno (5.8%) (Tabla N°5).

Tabla N°6. *Nivel de conocimiento sobre las medidas que evitan los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024*

Nivel	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Deficiente	47	**39.2%**
Regular	43	35.8%
Bueno	30	25.0%
Total	120	100.0%

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Se muestra que fueron mayores las proporciones del nivel deficiente (39.2%) y regular (35.8%) en la dimensión conocimiento sobre las medidas que evitan los hábitos orales nocivos; siguiendo la categoría de conocimiento bueno (25.0%) (Tabla N°6).

5.3 NIVEL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL

Tabla N°7. *Nivel de calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños que acuden al servicio de pediatría del HNHU durante el periodo de febrero - abril 2024*

Nivel	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Mala	97	**80.8%**
Regular	23	19.2%
Buena	0	.0%
Total	120	100.0%

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Se observa que la mayoría evidenció un nivel mala (80.8%) de calidad de vida relacionada a la salud bucal; y el resto percibió un nivel regular (19.2%). No se encontró niños con un nivel bueno de calidad de vida (Tabla N°7).

5.4 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HÁBITOS ORALES NOCIVOS Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL

Tabla N°8. *Relación entre el nivel de conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y calidad de vida relacionada a la salud bucal*

			Nivel de Calidad de vida relacionada a la salud bucal		
			Mala	Regular	Total
Nivel de Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	Deficiente	f	56	12	68
		%	**46.7%**	10.0%	56.7%
	Regular	f	34	8	42
		%	**28.3%**	6.7%	35.0%
	Bueno	f	7	3	10
		%	**5.8%**	2.5%	8.3%
Total		f	97	23	120
		%	80.8%	19.2%	100.0%

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Se observó que la mayoría de madres que tenía un conocimiento deficiente sobre los hábitos orales nocivos tenían hijos con una calidad de vida relacionada con la salud bucal

deficiente (46.7%). Por otro lado, las madres con un conocimiento regular sobre estos hábitos orales tenían hijos con una calidad de vida bucal regular (28.3%). Y, por último, la mayoría de las madres que presentaron un buen conocimiento de los hábitos orales nocivos tenían hijos con una calidad de vida relacionada a la salud bucal mala (5.8%) (Tabla N°8).

Tabla N°9. *Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la calidad de vida relacionada a la salud bucal*

			Calidad de vida relacionada a la salud bucal
Rho de Spearman	Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	Coeficiente de correlación	.433*
		p	.037
		N	120

* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Se estimó la relación entre las variables a través de una prueba de Correlación de Spearman cuyo coeficiente de correlación es de 0.433 ($p \leq 0.05$), es decir, la *relación es positiva moderada*. Quiere decir que, un nivel deficiente de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria presenta relación con la mala calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del HNHU (Tabla N°9).

Tabla N°10. *Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión Bienestar emocional*

			Bienestar emocional
Rho de Spearman	Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	Coeficiente de correlación	*.044*
		p	*.635*
		N	*120*

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Al relacionar el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión bienestar emocional de los niños de 8 a 10 años, se estimó que el valor P ($p = .635$) fue mayor al nivel de significancia ($\alpha = .05$), es decir *no existe una relación significativa*.

En el resultado de la correlación Spearman fue cercano a cero (rho = .044), es decir, el conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos no parece tener un impacto

significativo en el bienestar emocional relacionado con la salud bucal de los niños de 8 a 10 años.

Tabla N°11. *Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión Bienestar social*

			Bienestar social
Rho de Spearman	Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	Coeficiente de correlación	.494**
		p	.001
		N	120

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados.

Al relacionar el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión bienestar social de los niños, se estimó que el valor p (p = .001) fue inferior al nivel de significancia (α = 05), es decir, existe una relación significativa.
En el resultado de la correlación Spearman, se mostró que la *relación es positiva moderada* (rho = .494). Lo que indicaría que cuando las madres tienen un mayor conocimiento sobre los hábitos orales nocivos, esto genera un impacto positivo en el bienestar social de los niños. Por otro lado, un conocimiento deficiente por parte de las madres tiende a tener un impacto negativo en el bienestar social de los niños en término de su salud bucal (Tabla N°11).

Tabla N°12. *Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión Síntomas orales*

			Síntomas orales
Rho de Spearman	Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	Coeficiente de correlación	.062
		p	.501
		N	120

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados

Al relacionar el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión síntomas orales de los niños, se estimó que el valor p (p = .501) fue mayor al nivel de significancia (α = 05), es decir, no existe una relación significativa.
En el resultado de la correlación Spearman fue cercano a cero (rho = .062), es decir, el conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos no parece tener un impacto significativo en la sintomatología oral relacionado con la salud bucal de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del HNHU.

Tabla N°13. *Relación entre el conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la dimensión Limitación funcional*

			Limitación funcional
Rho de Spearman	Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	Coeficiente de correlación	.475**
		p	.047
		N	120

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados

Al relacionar el nivel de conocimiento de los hábitos orales para la maloclusión dentaria y la limitación funcional de los niños, se estimó que el valor p (p = .047) fue menor al nivel de significancia (α = .05), es decir, existe una relación significativa.

En el resultado de la correlación Spearman existe una *correlación positiva moderada* (rho = .475). Es decir, que cuando las madres tienen un mayor conocimiento sobre los hábitos orales nocivos, genera un impacto positivo en la limitación funcional de los niños. Por otro lado, un conocimiento deficiente por parte de las madres tiende a tener un impacto negativo en la limitación funcional de los niños en término de su salud bucal.

VI. DISCUSIÓN

El estudio del nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos cobra una importancia fundamental en el contexto de la salud dental de los niños de 8 a 10 años. La comprensión de estos hábitos por parte de las madres no solo puede influir en la prevención de la maloclusión dentaria, sino que también puede tener un impacto directo en la calidad de vida de los niños. La calidad de vida relacionada con la salud se ve afectada por diversos factores, y la salud oral juega un papel fundamental en este aspecto. Por lo tanto, investigar el grado de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos no solo proporciona información imprescindible sobre la prevención de problemas dentales, sino que también permite entender cómo estos conocimientos pueden afectar la calidad de vida general de los niños en esta etapa imprescindible de su desarrollo.

Para el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria se evaluaron a 120 madres; y los resultados revelaron que el 56.7% presentaron un nivel de conocimiento deficiente o malo, seguido por 35% con un conocimiento regular, y solo un 8.3% demostró un nivel de conocimiento bueno. Es importante destacar que ninguna madre respondió correctamente las 12 preguntas del cuestionario. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones anteriores, como la de Loayza (2022)[26], que reportó un 76.7% de conocimiento deficiente. Asimismo, concuerdan con los resultados de Rodríguez (2017)[15], donde el 70.70% de las madres presentaron un nivel de conocimiento mayoritariamente malo. Sin embargo, difieren de lo informado por Mendoza (2018)[16]**,** cuyo estudio mostró un mayor porcentaje de conocimiento regular (53.1%) seguido de deficiente (37.7%). Por otro lado, una perspectiva diferente fueron los hallazgos de Sami (2016)[91] en Pakistán, quien informó que el 82% de los padres estaban conscientes de que los hábitos orales durante la infancia, como la succión digital, la onicofagia o la deglución atípica, podrían tener un impacto adverso en la oclusión de sus hijos; esto indica un nivel considerablemente elevado de conocimiento sobre hábitos orales nocivos entre los padres. Otro hallazgo relevante y contrastante es el de Tipán (2018)[4] de Ecuador en donde los resultados muestran que el nivel de conocimiento en gran porcentaje era bueno (80.5%).

Es probable que en este estudio el resultado deficiente sobre el conocimiento de los hábitos orales nocivos por parte de las madres puede atribuirse a varios factores uno de los factores que fueron observados es el nivel educativo de las madres, donde se encontró que la mayoría de ellas posee únicamente educación secundaria (40%). Además, se observó la falta de interés, ya que muchas madres podrían no reconocer la importancia de estos hábitos para la salud a largo plazo de sus hijos. Incluso las limitaciones de prioridades y recursos pueden contribuir a esta situación; pues las madres a menudo se enfrentan a diversas obligaciones y responsabilidades, lo que puede dificultarles priorizar

la salud bucal de sus hijos.[15,16] La escasez de tiempo, recursos financieros y acceso a servicios de cuidado infantil puede hacer que la salud bucal no reciba la atención necesaria, considerándose menos relevante en comparación con otras necesidades inmediatas. Una posible causa adicional podría ser la ausencia de campañas de concientización o programas preventivos[16,61]. La falta de iniciativas dirigidas a destacar la importancia de la salud bucal durante la infancia y la prevención de hábitos orales nocivos puede dejar a las madres sin la información necesaria para proteger la salud dental de sus hijos. La carencia de mensajes directos y accesibles sobre estos temas puede contribuir al bajo nivel de conocimiento de las madres. Contrariamente a los resultados observados en los estudios de Tipán y Sami, donde se encontró un nivel de conocimiento favorable, esto podría ser explicado a una implementación más eficaz de políticas de prevención en materia de salud oral en esos países en contraste con la nuestra.[4,91]

Esta investigación subdividió el nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria en 3 categorías. De esta manera se identificó el primer dominio en evaluar el nivel de conocimiento acerca del impacto de dichos hábitos en la salud bucodental, el segundo dominio se centró sobre los diferentes tipos de maloclusión que puede ser generados por hábitos orales nocivos y el último dominio se enfocó en el conocimiento sobre medidas para evitar la instalación de los hábitos orales nocivos.

Durante el análisis del primer dominio “conocimiento sobre los hábitos orales nocivos” en referente a los hábitos de deglución atípica, succión no nutritiva, onicofagia y respiración oral; dando como resultado un conocimiento deficiente en un 76.7% seguido de regular en 18.3%, en donde se interpreta que las madres tienen un conocimiento pobre, por tanto, las madres no sabrían identificar cuándo serán considerados hábitos orales nocivos ni su etiología. Este resultado es muy diferente a los resultados dados Egúsquiza (2022)[28], Mendizábal[31] (2007) y Mendoza (2018)[16] en la que dieron un conocimiento regula 47.8%, 54.9% y 55.9% respectivamente.

En la evaluación del segundo dominio, que se centra en el “conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos” como mordidas abiertas, mordidas cruzadas, maxilares estrechos o incompetencia labial, entre otros, este estudio reveló un nivel de conocimiento deficiente en un 84.2% seguido de un 10% de conocimiento regular. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Mendizábal (2007)[31] donde la deficiencia del conocimiento de este dominio fue de un 48.6% de su población, en Eguzquiza (2022)[28] fue de 64.4% y de Mendoza (2018)[16] fue de 58%. Esto indica que la gran mayoría de madres tienen un conocimiento limitado o nulo sobre las posibles consecuencias que podrían producir estos hábitos orales nocivos, e incluso pueden considerar que estos hábitos no tienen repercusiones en la salud oral.

Durante la evaluación del tercer dominio, que abordó el “Conocimiento sobre las medidas que evitan la instalación de hábitos orales nocivos” mostró niveles que oscilan entre deficiente (39.2%) y regular (35.8%), con cifras prácticamente similares entre ambos. Estos resultados contrastan notablemente con aquellos que mostraron un conocimiento regular, como los obtenidos por Mendizábal[31] (61.4%), Mendoza[16] (61.5%) y Egúsquiza[28] (66.7%). Estos hallazgos sugieren que existe cierto grado de conciencia sobre las medidas preventivas, aunque también indica que hay una proporción significativa de individuos que carecen de un conocimiento adecuado en este aspecto. Es posible que este desconocimiento se traduzca en una información limitada de cómo proteger a sus hijos contras las repercusiones de los hábitos orales nocivos.

Para el análisis la calidad de vida relacionada a la salud bucal, se evaluaron 120 niños con edades comprendidas entre los 8 y 10 años de edad. Los resultados revelaron que el 80.8% presentaron una mala calidad de vida, seguidos por un 19.2% con una calidad de vida regular. Es importante destacar que ninguno de los niños alcanzó una buena calidad de vida. De manera similar a lo observado por González (México)[21], se identificaron puntajes elevados de calidad de vida relacionada con la salud bucal, oscilando entre mala y regular (46% y 44%, respectivamente) . Este hallazgo se alinea con los resultados obtenidos por Mamani (2022)[27], quien también utilizó el CPQ 8-10 y señaló que el 82.3% de los niños presentaban una calidad de vida regular, mientras que el 14.5% experimentaba una calidad de vida deficiente. Los hallazgos que indican una mala calidad de vida también pueden relacionarse con la forma en que los niños perciben el estado de su boca que oscila desde una percepción mala (35.8%) a regular (25.8%). Por lo tanto, podríamos inferir que la mala calidad de vida bucal, está impactando negativamente en el bienestar emocional, social, síntomas orales y limitación funcional del niño. Este impacto negativo parece estar relacionado con la percepción que los niños tienes de sus dientes o boca, ya que un 35% de ellos reporta tener una mala condición bucal. Esto sugiere que la salud oral está influyendo considerablemente en diversos aspectos de la vida de los niños, afectando su bienestar general en el contexto social y personal en el que se desarrollan. Además, estos problemas bucales pueden llevar a una disminución en la autoestima y confianza de los niños, complicando sus interacciones sociales[12,21,27].

Centrándonos en la hipótesis de nuestra investigación, es decir, la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años, se encontró que los madres que tenía una conocimiento deficiente sobre los hábitos orales nocivos tenían hijos con una calidad de vida relacionada con la salud bucal deficiente (46.7%), encontrándose una relación significativa ($p < 0,05$, $rho = 0.433$) entre conocimiento de hábitos orales nocivos y calidad de vida relacionada a la salud bucal. Vale decir que a mayor conocimiento de la

madre sobre los hábitos orales nocivos es mejor la calidad de vida relacionada a la salud bucal oral de sus hijos, corroborando la hipótesis planteada en esta investigación.

Y podríamos decir que el desconocimiento de las madres en no reconocer estos hábitos nocivos podría resultar en un retraso en la búsqueda de tratamiento adecuado, lo que a su vez extendería el malestar del niño en términos de su bienestar emocional, bienestar social y su capacidad funcional limitada.

En el Perú y en el mundo, no se han realizado estudios específicos que evalúen la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños frente en relación al conocimiento de los hábitos orales nocivos proporcionado por las madres, lo que impide realizar comparaciones directas con los resultados obtenidos en esta investigación.

Pero, si existen estudios previos que abordan como la presencia de los hábitos orales nocivos pueden influir en la calidad de vida, como Leme (2014)[3], Abd-Elsabour (2022)[25] y Carminnati (2017)[30] en los que manifiestan que los hábitos orales pueden impactar negativamente la calidad de vida relacionada con la salud oral. Además, se han encontrado que las relaciones interpersonales se asociaron con una peor calidad de vida relacionada a salud oral en sujetos con hábitos orales; esto sugiere que la maloclusión, derivada de estos hábitos orales, ejerce un significativo impacto en la calidad de vida asociada con la salud bucal[3,25,30]. Por lo tanto, la implicación de la madre en la identificación de estos hábitos podría resultar en una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud bucal del niño. Sin embargo, no solo la figura materna es relevante en este aspecto; el profesional de odontología también desempeña un papel clave en la prevención, al intervenir proactivamente en la atención primaria de salud para reducir tanto la incidencia como la prevalencia de las maloclusiones[5,6,76].

Si nos adentramos en el análisis de las 4 dimensiones de la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud bucal, podemos observar que en este estudio el bienestar emocional y síntomas orales de los niños no estuvo relacionado con el conocimiento de los hábitos orales nocivos de la madre. No obstante, investigadores como Lemes (2014)[3], Reyes(2018)[11] y González (2021)[29] reportan que la presencia de hábitos orales nocivos en niños está vinculada con la ansiedad, miedo, angustia y una baja autoestima, que pueden surgir a partir de la percepción que el niño tiene de sí mismo, sugiriendo que las maloclusiones son una consecuencia de estos hábitos orales nocivos[3,7,20] Por lo tanto, la falta de relación encontrada en este estudio podría ser un indicador de la variabilidad existente dentro de la población de niños de 8 a 10 años, algunos de los cuales pueden presentar hábitos orales nocivos mientras que otros no. Esto resalta la importancia de

llevar a cabo investigaciones adicionales que profundicen en esta relación en diversos entornos y grupos de población.

El bienestar social y la limitación funcional, a diferencia de las otras dimensiones, mostraron un relación significativa con el conocimiento de los hábito orales nocivos. Se reconoce que los hábitos orales fisiológicos se consideran apropiados cuando promueven un equilibrio orofacial y una mordida normal, facilitando así el desarrollo adecuado de las estructuras afectadas por su acción[34,84]. Sin embargo, ante la presencia de los hábitos orales nocivos se consideran incorrectos o patológicos cuando provocan alteraciones, y cuando un niño enfrenta problemas de salud bucal, como maloclusiones originadas por hábitos orales nocivos, puede experimentar dificultades funcionales como en su vida social, como evitar sonreír o hablar en público debido a la autoconciencia relacionada con su aspecto dental[45]. Por tanto, la participación del odontopediatra o el dentista resulta fundamental para explicar y mejorar la colaboración del niño, así como la participación de los padres en el conocimiento del tema para fortalecer el apoyo en la eliminación del hábito, a veces requiriendo la intervención del psicólogo.

VII. CONCLUSIONES

1. La calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del HNHU tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos de las madres.
2. El nivel de conocimiento de hábitos orales nocivos que prevalece en las madres es malo.
3. La calidad de vida relacionada a la salud bucal que prevalece en los niños es mala.
4. La percepción de los niños que tienen de su boca es mala.
5. El nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos no está relacionado con el bienestar emocional y los síntomas orales que afectan la calidad de vida de los niños.
6. El nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos está relacionado con el bienestar social y limitación funcional que afectan la calidad de vida de los niños.

VIII. RECOMENDACIONES

- Diseñar programas educativos de manera regular y sostenible en el tiempo para los pacientes que acuden a los diferentes servicios hospitalarios con el propósito de mejorar y fortalecer el conocimiento y la comprensión de los hábitos orales nocivos.
- Si bien existen estudios que examinan el nivel de conocimiento de los hábitos orales nocivos, son escasos los que lo relacionan con otros factores que impactan de forma directa o indirectamente en la salud bucal, por lo que se sugiere llevar a cabo estudios para investigar la posible relación con otras variables.
- Investigaciones a futuro, sería beneficioso incorporar una variable que incluya el examen clínico.
- En investigaciones futuras, se sugiere realizarlo en una muestra que incluya exclusivamente niños que presenten hábitos orales nocivos y que sean seleccionador al azar en un muestreo probabilístico.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vivar V. Influencia de los hábitos bucales en la calidad de vida en los niños [Internet]. [Ecuador]: Universidad Católica de Cuenca; 2020 [citado 2023 jun 6]. Disponible en: https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/11801/1/Tesis%20Vanesa%20Vivar%206.0%20final.pdf

2. Tavizón J, Dolores M, Martínez R, Delijorge M. El papel de la salud bucal en el desarrollo integral del ser humano. Rev Contexto Odontol. 2021 Sep;11(21):41-47.

3. Leme M, Barbosa T, Castelo P, Gavião M. Associations between psychological factors and the presence of deleterious oral habits in children and adolescents. J Clin Pediatr Dent. 2014;38(4):313-317.

4. Tipán S. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre los hábitos perniciosos en la cavidad bucal, en niños de 3 a 5 años de la institución educativa particular «Santa Paula» de la ciudad de Quito, distrito Metropolitano, en el periodo noviembre 2017 - diciembre 2017 [Internet] [tesis de bachillerato]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018 [citado 2023 jun 10]. Disponible en: http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15364/1/T-UCE-0015-926-2018.pdf

5. Méndez Y, Peña Y, Lagoa J. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. Rev CCM. 2017 Sep;21(3):668-677.

6. Mora C, Álvarez I, Blanco A, Espino Y. Efectividad de la Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Rev Nac Odontol [Internet]. 2017 Jun [citado 2023 jun 6];13(25). Disponible en: https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1884

7. Lee Y, Ballart A, Simón J, Guerrero I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 6 a 12 años. Rev Inf Científica. 2015;93(5):1121-1131.

8. Rodríguez N, Horta D, Vences N. Tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con auriculoterapia: Treatment of oral deforming habits in children of 4 to 13 years using auriculotherapy. Rev Arch Méd Camagüey. 2017 Dic;21(6):740-752.

9. Barraza R, Carminatti M, Carneiro A. Influencia de los hábitos orales en el perfil miofuncional orofacial de niños de tres a cinco años. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 2020 [citado 2023 jun 6];10(1). Disponible en: https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/182

10. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría [Internet]. 1998 [citado 2023 jun 6]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=141074

11. Reyes D, Torres I, Quesada L, Milá M. Deforming oral habits in 5-11 years children. MediSan. 2014;18(05):606-612.

12. Marcelo J, Del Castillo C, Alva A, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. Rev Estomatol Hered. 2015 Jul;25(3):194-204.

13. Díaz S, Tirado L, Tamayo G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2018 Ago;11(2):78-83.

14. León D, Moya P, Vidal C. Intervención en salud oral para modificar la calidad de vida en mujeres vulnerables. Rev Cuba Salud Pública. 2019;45(3):1-14.

15. Rodríguez C. Nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en madres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán [Internet]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2017 [citado 2023 ago 23]. Disponible en: http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/4732

16. Mendoza F. Conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018 [citado 2023 ago 29]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9515

17. Normas en la prevención e intercepción de anomalías dentomaxilares. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 1998. 55 p.

18. Proffit W, Fields H, Larson B, Sarver D. Contemporary Orthodontics. 6th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2019. 729 p.

19. Proffit W, Fields H. Ortodoncia: teoría y práctica. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 1994. 742 p.

20. Leme M, de Souza T, Gavião M. Relationship among oral habits, orofacial function and oral health-related quality of life in children. Braz Oral Res. 2013 Jun;27(3):272-278.

21. González L. Propiedades psicométricas del CPQ8-10 corto e ilustrado para medir calidad de vida y necesidades de salud bucal en escolares mexicanos. [Internet]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2013 [citado 2023 jun 13] . Disponible en: https://eprints.uanl.mx/3482/1/1080256732.pdf

22. Chamorro A, García C, Mejía E. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev CES Odontol. 2016;29(2):4.

23. Parra S, Zambrano A. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: revisión sistemática. Int J Odontostomatol. 2018 Jun;12(2):188-193.

24. López R, García C. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. Rev Estomatológica Hered. 2013;23(3):139-144.

25. Abd M, Hanafy R. Effect of self-perceived oral habits on orofacial dysfunction and oral health-related quality of life among a group of Egyptian children: a cohort study. Eur Arch Paediatr Dent. 2022;23(6):935-944.

26. Loayza M, Yepez C. Nivel de conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al Programa de Vaso de Leche del Centro Poblado de Villa Ampay, Abancay - 2020. Abancay: Universidad Tecnológica de los Andes; 2022 [citado 2024 abr 18]; Disponible en: https://repositorio.utea.edu.pe/handle/utea/328

27. Mamani A, Huarilloclla E, Cosi C. Higiene bucal y calidad de vida en escolares de 8 a 10 años de la I.E.P. N.° 70558, Juliaca. Juliaca: Universidad Continental; 2023 [citado 2023 jul 14]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13409/2/IV_FCS_503_TE_Mamani_Huarilloclla_Cosi_2023.pdf

26. Egúsquiza J. Relación del nivel de conocimiento y actitud frente a los hábitos bucales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden a la Clínica Dental Calderón del distrito de Comas, Lima 2021. Repos Inst-Wien [Internet]. 2022 May 9 [citado 2024 abr 18]; Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6322

31. González D, Aguilar K, Raventos A. Hábitos bucales deformantes y autoestima en escolares de nueve a 12 años. Rev Progaleno. 2021 Sep 10;4(1):6-18.

30. Carminatti M, Lavra B, Franzon R. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. Audiol - Commun Res. 2017 Sept 21;22:14-19

31. Mendizábal G. Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al Servicio de Odontología Pediátrica del Centro Médico Naval, en el año 2006. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007 [citado 2023 nov 11]; Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2193

32. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. Rev Espacios. 2005;26(2):22-25.

33. Valencia M. Modelo para la creación del conocimiento para pymes. Entramado. 2009;5(2):10-27.

34. Nava H. Del conocimiento vulgar o precientifico al conocimiento científico: caracteres diferenciales. Opción [Internet]. 1985 [citado 2023 jul 30];2(3): 18-20. Disponible en: https://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/5931

35. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Rev An Fac Med. 2012 Dic;70(3):217-224.

36. Pérez R, Galán A, Quintanal J. Métodos y diseños de investigación en educación. Madrid:UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2012 [citado 2023 jul 30]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=567410

37. Malaver F. La investigación en gestión empresarial. Rev Investig Gest Empres. 1999;(23):62-77.

38. Alan D, Cortez L. Procesos y fundamentos de la investigación científica. UTMACH; 2018: 1(3):52-66. Disponible en: http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles%20del%20conocimiento.pdf

39. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6.ª ed. MacGraw-Hill/Interamericana; 2006. 850 p. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf

40. Bunge M. La Ciencia, su método y su filosofía. Debolsillo; 2005. 10-30 p. Disponible en: https://users.dcc.uchile.cl/~cgutierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf

41. Arias F. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 5.ª ed. Bogotá: Fidias G. Arias Odón; 136 p.

42. Medina C, Laboren M, Viloria C. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con malocusiones en niños con dentición primaria. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr.

2010 [citado 2023 ago 2]; Disponible en: https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/#

43. Alves R, Nogueira E. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Libros de artes médicas; 2002. 338 p. Disponible en: https://es.scribd.com/document/447878196/ACTUALIZACION-EN-ORTODONCIA-Y-ORTOPEDIA-FUNCIONAL-DE-LOS-MAXILARES-DE-ALVES-Y-NOGUEIRA-pdf

44. Pacheco P, Hernández A. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. Rev Oral. 2019;20(62):1698-1704.

45. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Rev Latinoam Ortod Odontopeditr. 2011 [citado 2023 ago 1]; Disponible en: https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/

46. González M, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr [Internet]. 2012 [citado 2023 ago 2]; Disponible en: https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/

47. Alarcón J. Estudio neuromuscular de la mordida cruzada posterior unilateral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones; 2003 [citado 2023 ago 4]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14352/54905

48. Rodríguez E, Casaca R. 1001 tips en ortodoncia y sus secretos. Caracas: Rev Amolca; 2018. 496 p.

49. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 5ta ed. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2019. 506 p.

50. Vellini F. Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación Clínica. 2.ª ed. 2004 [citado 2023 ago 3]. 553 p. Disponible en: http://www.libreriaserviciomedico.com/product/254105/ortodoncia---diagnostico-y-planificacion-clinica---vellini

51. Guerra M, Mujilca C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venez. 1999;37(2). Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/art-2/

53. Ortiz M, Restrepo D. Análisis comparativo de la deglución normal y atípica utilizando la técnica Payne y la técnica convencional. Rev CES Odontol. 1994;7(1):59-63.

53. Costas M, Santos S, Godoy C, Martell M. Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. Arch Pediatría Urug. 2004;75(1):36-50.

54. Garrido P. Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años. [tesis de pregrado]. Quito: Universidad de las Américas; 2016 [citado 2023 ago 6]. Disponible en: http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/5334

55. Espinoza M. Succión digital: repercusiones y tratamiento. Rev Odontol Pediátr. 2018;17(1):42-51.

56. Murrieta J, Allendelagua R, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011 Febr;68(1):26-33.

57. Mendoza A, Asbún P, Crespo A. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev Soc Bol Pediatr. Ene 2008;47(1):3-7.

58. Lambrechts H, De Baets E. Lip and tongue pressure in orthodontic patients. Eur J Orthod. 2010 Ago 1;32(4):466-471.

59. Aliboni V, Alfie J. Uso del chupete: hallazgos preliminares. Rev Arch Pediatr. 2002;(3):114-119.

60. Batista S, Oliveira T. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. Dent Press J Orthod. 2013 Feb;18(1):31-36.

61. Costa C, Shqair A, Azevedo M. Pacifier use modifies the association between breastfeeding and malocclusion: a cross-sectional study. Braz Oral Res. 2018 Oct 11;32(1):98-101.

62. Restrepo C. Tratamiento de la onicofagia en niños. Revisión sistemática. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 2011 [citado 2023 ago 15];1(1). Disponible en: https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/111

63. Smith RJ, Rubin AI. Pediatric nail disorders: a review. Curr Opin Pediatr. 2020 Ago;32(4):506.

64. Awuapara S, Bendezú L, Vicente N. Manejo de los hábitos orales en odontopediatría: revisión de literatura. Rev Odontol Pediatr. 2021;20(2):74-84.

65. Moss M, Salentijn L. The primary role of functional matrices in facial growth. Am J Orthod. 1969 Jun;55(6):566-577.

66. González S, et al. Relación entre oclusión dentaria y postura cráneo-cervical en niños con maloclusiones clase II y III. Rev Médica Electrón. 2019 Feb;41(1):63-77.

67. Preciado M. Relación entre el tipo de maloclusión, patrón facial y la autoestima en sujetos de 14 a 17 años de edad de un colegio en Trujillo, Perú. 2013. Simiykita. 2015;1(2):64-71.

68. Martínez B. Manual de Oclusión I. México: Editorial Estomatología; 2011. Disponible en: https://estomatologia2.files.wordpress.com/2016/09/manual-de-oclusion-i.pdf

69. Canut J. Ortodoncia clínica y terapéutica. Elsevier España; 2000.

71. Graber T, Rakosi T, Petrovic A. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. 2a. Ed. Madrid: Harcourt Brace de España S.A; 1998. 537 p.

71. Villafranca F. Manual Del Técnico Superior en Higiene Bucodental. MAD-Eduforma; 2005.

72. García V, Ustrell J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av En Odontoestomatol. 2011 Abr;27(2):75-84.

73. Orellana O, Mendoza J, Perales S, Marengo H. Estudio descriptivo de todas las investigaciones sobre prevalencia de maloclusiones realizadas en las universidades de Lima, Ica y Arequipa. Odontol Sanmarquina. 2000 Jul 17;1(5):39-43.

74. Aliaga A, Mattos M, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011 Mar;28(1):87-91.

75. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Rev ADM. 2007;64(3):97-109.

76. Angle E. Classification of Malocclusion. Dent Cosmos. 1899;41(3):248-264, 350-357.

77. Rodríguez E, Casaca R. Ortodoncia contemporánea diagnóstico y tratamiento. Rev Amolca; 2005. 250-256 p.

78. Bautista L. La calidad de vida como concepto. Rev Cienc Cuid. 2017;14(1):5-8.

79. Gómez M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica [Internet]. España: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca; 2000 [citado 2023 ago 22]. Disponible en: https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm

80. Melchiors A, Correr C, Rossignoli P. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. Rev Seguim Farm. 2004;2(1):1-11.

81. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Méd Chile. 2010 Mar;138(3):358-365.

82. Reinoso N, Del Castillo C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. Rev Estomatol Hered. 2017 Dic 19;27(4):227.

83. Diaz C, Casas I, Roldán J. Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la Literatura. Int J Odontostomatol. 2017 Abr;11(1):31-9.

84. González E, Ugalde C. Aplicación de la escala de impacto en la salud oral en preescolares chilenos. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2018 Abr;11(1):9-12.

85. Muñoz P, Shimada H. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. Rev Salud Cienc. 2014 Oct;20(8):846-851.

86. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. Pediatr Dent. 2004;26(6):512-518.

87. Del Carmen F, Irigoyen M. Validation of the CPQ8-10ESP in Mexican school children in urban areas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 May 1;16(3):430-435.

88. Meneses G. Impacto de la calidad de vida utilizando el instrumento CPQ 8-10 (corto y didáctico) en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el periodo 2015. 2015 [citado 2023 nov 11]; Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/1344

89. Pérez T. Programa educativo sobre hábitos orales parafuncionales para evitar las maloclusiones dentarias en niños de la I.E. 821231 Manzano – Chetilla, Cajamarca. Repos Inst - USS [Internet]. 2023; Disponible en: http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/11530

90. Montes D, Ochoa J, Juárez B. Aplicación del coeficiente de correlación de Spearman en un estudio de fisioterpia. 2021; Disponible en: https://www.fcfm.buap.mx/SIEP/2021/Extensos%20Carteles/Extenso%20Juliana.pdf

91. Sami A, Fatima K, Moin H. Relationship of parental knowledge and attitude with oral health status of children in Karachi East. J Adv Med Med Res. 2016 Mar 24;1-9.

X. ANEXOS

ANEXO 01: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS (por Mendoza F.(2018)[16])

I. DATOS GENERALES

Lea cuidadosamente cada pregunta, responda marcando con una equis (X) sobre la letra de la alternativa que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincera por favor.

- **Edad**
  a) 18 a 25 años
  b) 26 a 35 años
  c) 36 a más años
- **Número de hijos**
  a) 1 hijo
  b) 2 hijos
  c) 3 a más hijos
- **Grado de instrucción**
  a) Primaria
  b) Secundaria
  c) Técnico
  d) Universitario
- **Has ido alguna vez al dentista**
  a) Si
  b) No
- **Actualmente usted recibe tratamiento dental**
  a) Si
  b) No
- **Qué tipo de tratamiento dental está recibiendo actualmente**
  a) Curaciones
  b) Profilaxis (limpieza)
  c) Endodoncia
  d) Extracciones
  e) Prótesis

II. PREGUNTAS SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN NIÑOS

Marque con una equis (X) la respuesta que usted considere correcta. De no saber marque la alternativa "no sé". **Considere "constantemente" como que los hábitos se realizan varias veces al día por varios meses.**

1. **¿Cuál es la posición correcta de la lengua al pasar los alimentos?**
   a) Estando en contacto con el paladar
   b) Empujando los dientes hacia adelante
   c) Estando entre los dientes
   d) No sé
2. **"Chuparse el dedo" es:**
   a) Un alivio de la ansiedad del niño y es inofensivo
   b) Un alivio de la ansiedad que podría provocar que los dientes queden "chuecos"
   c) Un alivio de la ansiedad que solo podría provocar callos en el dedo
   d) No sé
3. **Morderse las uñas, labios o lengua puede ser:**
   a) Un reemplazo de "chuparse el dedo"
   b) Una imitación de sus amigos o demás de niños
   c) Un hábito nocivo causado por problemas emocionales o de ansiedad
   d) No sé
4. **Si su hijo presenta ronquidos, labios resecos o babea mucho ¿Qué hábito nocivo podría tener?**
   a) Morderse las uñas
   b) Chuparse el dedo
   c) Respiración oral
   d) No sé
5. **¿Qué podría ocurrir si su hijo no se puede pasar los alimentos de manera normal, sino que lo hace colocando la lengua entre los dientes constantemente?**
   a) El paladar se vuelve más chico de lo normal.
   b) Los dientes de adelante no contactarán y quedarían abiertos o separados.
   c) Solo heridas en la lengua sin alterar los dientes
   d) No sé.
6. **"Chuparse el dedo" constantemente, podría producir:**
   a) Que los dientes de adelante queden abiertos o separados
   b) Nada, la boca se desarrolla normalmente
   c) Que el paladar se vuelve más grande en sentido lateral
   d) No sé

7. **Morder objetos duros, como un lapicero, constantemente, podría producir:**
   a) Solo heridas en el labio
   b) Que su paladar se vuelva angosto y profundo
   c) Que los dientes con los que muerde estén "chuecos" o uno más metido que el otro
   d) No sé

8. **Respirar por la boca constantemente, podría producir:**
   a) No produce ninguna alteración en la boca
   b) Que el paladar se vuelva angosto y profundo
   c) Que el paladar se vuelva ancho y plano
   d) No sé

9. **¿Qué hábito nocivo podríamos evitar dándole lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y no usando mucho el biberón?**
   a) Evitaríamos que pase los alimentos anormalmente (deglución atípica)
   b) Chuparse el dedo
   c) Malas posturas de cabeza
   d) No sé

10. **Si un caso no pudiera amamantar y utilizara biberón de todas maneras, el chupón de este debe ser:**
    a) Cualquier chupón, la forma que tenga no importa
    b) Un chupón que sea recetado por el odontólogo especialista en niños
    c) Chupón clásico, alargado y cilíndrico con huequito en la punta
    d) No sé

11. **¿Cuál es la mejor manera de prevenir que su hijo desarrolle el hábito de morder objetos?**
    a) Colocando cremas picantes en los objetos.
    b) Castigándolo para que no lo vuelva a hacer
    c) Creando un ambiente familiar emocionalmente saludable
    d) No sé

12. **¿Qué medidas tomaría si ve que su hijo comienza a respirar por la boca constantemente?**
    a) Solo hablarle desde pequeño diciéndole que está mal
    b) Llevarlo al médico especialista para que le revise la nariz y garganta
    c) Solo cuidarlo de los resfriados
    d) No sé

ANEXO 02: CUESTIONARIO CPQ8-10 (por Meneses G. (2015)[89])

Mi nombre es:

_____



¡Hola! Nos gustaría saber cómo te encuentras actualmente. Para ello hemos preparado algunas preguntas a las que te pedimos contestes

- Lee, por favor, cada una de las preguntas
- Pon una cruz (X) en la respuesta que creas mejor para ti
- No hay respuestas correctas o falsas. Lo que nos importa es tu opinión

Por favor, primero cuéntanos algo sobre ti, ¡Pon una cruz (X) o escribe!

- Nombre de tu colegio _____
- ¿En qué grado estas? _____
- ¿Has ido al dentista este año? Si ☐ No ☐

1. ¿Eres un niño o una niña?





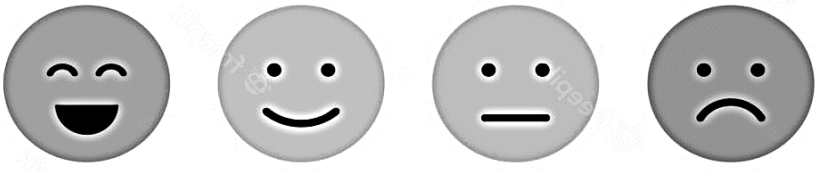
2. ¿Cuántos años tienes?







3. ¿Cuándo piensas en tus dientes o tu boca, como dirías que están?



Muy buena Buena Regular Mala

4. ¿Qué tanto te molestan tus dientes o tu boca en tu vida diaria?



- ☐ Para nada
- ☐ Un poco
- ☐ Algo
- ☐ Mucho

5. ¿Te has sentido avergonzado o tímido por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

6. ¿Te has sentido molesto por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

7. ¿Has estado preocupado (a) por lo que otras personas piensen cerca de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

8. ¿Te has sentido triste o decepcionado debido a tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



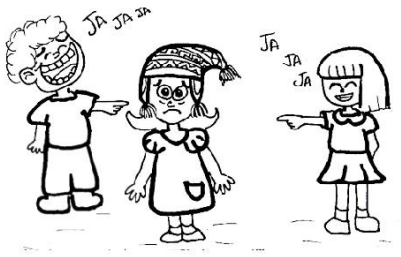
- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

9. ¿Has evitado hablar o leer en voz alta durante tus clases por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

10. ¿Otros niños se han burlado de ti o te han puesto apodos por causa de tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

11. ¿Trataste de no sonreír o reírte mientras estabas con otros niños por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

12. ¿Has tenido dificultad para dormir toda la noche por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



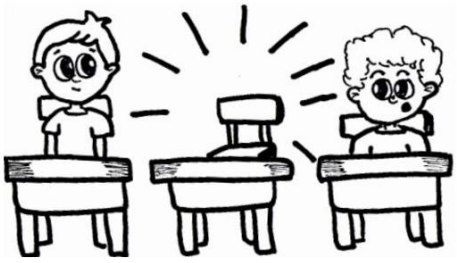
- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

13. ¿Has sentido dolor en tus dientes o en tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

14. ¿Has faltado al colegio por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



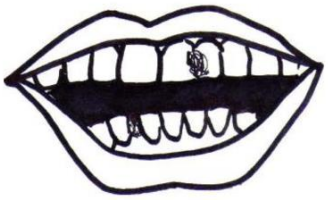
- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

15. ¿Has tenido heridas en tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

16. ¿Se han quedado pedazos de alimentos en tus dientes en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

17. ¿Ha sido difícil morder o masticar alimentos como manzana, choclo o carne por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

18. ¿Te han dolido los dientes cuando comiste o tomaste bebidas frías o calientes en las últimas cuatro semanas?



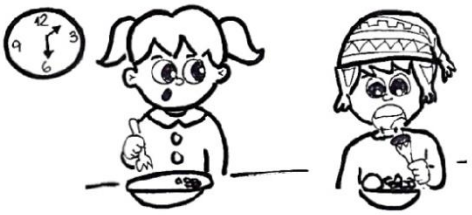
- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

19. ¿Te ha sido difícil decir algunas palabras por causa de tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

20. ¿Has necesitado más tiempo que los demás para comer tus alimentos por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



- ☐ Nunca
- ☐ 1 o 2 veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☐ Todos los días o casi todos los días

¡Muchas gracias por su colaboración!

C.D. Yulissa Katherine Usto Huacac





ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante, a continuación, se le brindará el Consentimiento Informado por favor léalo cuidadosamente antes de decidir su participación con total libertad sin ser coaccionado o influenciado en el presente estudio.

- **Título del Proyecto: "**Nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue"

- **Investigador Responsable del Proyecto:**
  Yulissa Katherine Usto Huacac

- **Propósito del Estudio:**
  Lo invitamos a participar del presente estudio en el cual buscará determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

- **Procedimiento:**
  Su participación en esta actividad es completamente voluntaria e implica desarrollar un cuestionario diseñado para evaluar el nivel de conocimiento sobre los hábitos orales nocivos. Este cuestionario consta de 12 preguntas y está organizado en 3 categorías principalmente: la comprensión de los hábitos orales nocivos, reconocimiento de los diversos tipos de maloclusión asociados a estos hábitos, y conocimiento de las medidas preventivas para evitar su aparición; cuyo cuestionario tomará un tiempo promedio de 10 minutos en responder. Simultáneamente, su menor hijo (a) también completará un cuestionario que consta de 20 preguntas diseñado a evaluar la autopercepción de la salud bucal y como está impacta en su bienestar general. Este cuestionario evalúa 4 categorías: síntomas orales, limitación funcional, bienestar emocional y bienestar social; cuyo cuestionario tomará un tiempo promedio de 15 minutos.

- **Riesgos del estudio**
  No existe ningún riesgo mínimo para usted y para su hijo (a) al ser participante de este estudio.

- **Beneficios de participación:**
  No se presenta algún beneficio directo para usted o su hijo (a) por ser participante de este estudio, sin embargo, se le informará de manera personal y de carácter confidencial de algún hallazgo que se crea conveniente que usted tenga conocimiento y se recomendará para que se acerque al médico u odontólogo especialista tratante.

- **Costos e incentivos:**
  La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted y para su menor hijo (a). Las medidas se realizarán con la autorización del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

- **Confidencialidad:**
  Toda opinión o información que Ud. entregue será tratada confidencialmente; su identidad no será revelada. Se le asignará un número (código) a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etc.; de manera que su nombre permanecerá en total confidencialidad.

- **Derechos del participante:**
  Su participación es completamente voluntaria. Se puede retirar del estudio en el momento que estime conveniente sin que ello le ocasione perjuicio alguno. Para ello ante cualquier

duda o inquietud puede contactar con la investigadora responsable Yulissa Katherine Usto Huacac
Email: yulissa.usto@unmsm.edu.pe
Celular: 967287993

- **Datos de contacto de Comité de Ética:**
  Para preguntas sobre sus derechos como voluntarios, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede contactarse con:
  Presidente del Comité de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marco: Dr. Fernando Alfonso Ortiz Culca
  Dirección: German Amezaga s/n. Lima. Facultad de Odontología UNMSM
  Correo electrónico: comitedeetica.fo@unmsm.edu.pe

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Declaro que tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a satisfacción, que no he sido coaccionado, ni influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto voluntariamente participar en el estudio.

Nombres y apellidos del participante (niño)	Lugar y fecha
Nombres y apellidos de persona a cargo del proceso del consentimiento (madre)	Lugar y fecha

Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 04: ASENTIMIENTO INFORMADO

¡Hola! Mi nombre es Yulissa Katherine Usto Huacac, estoy realizando un estudio para evaluar la calidad de vida con respecto a la salud de tu boquita con la ayuda de un cuestionario

Si decides participar en este estudio te haremos algunas preguntas personales y acerca de tu familia, así como información relacionada a las características de tu casa y familia. Si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que tú quieras y yo te explicaré lo que necesites.

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar.
No tienes que colaborar con nosotros si no quieres. Si no lo haces no habrá ningún cambio en tu casa o en tu colegio.

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a la: Bachiller Yulissa Katherine Usto Huacac cuyo teléfono es 967287993.

Si quieres participar, haz un círculo o dibuja una X apuntando hacia arriba y si no quieres, haz la marca en el dedito apuntando hacia abajo. Con eso yo sabré tu elección

Yo: .....

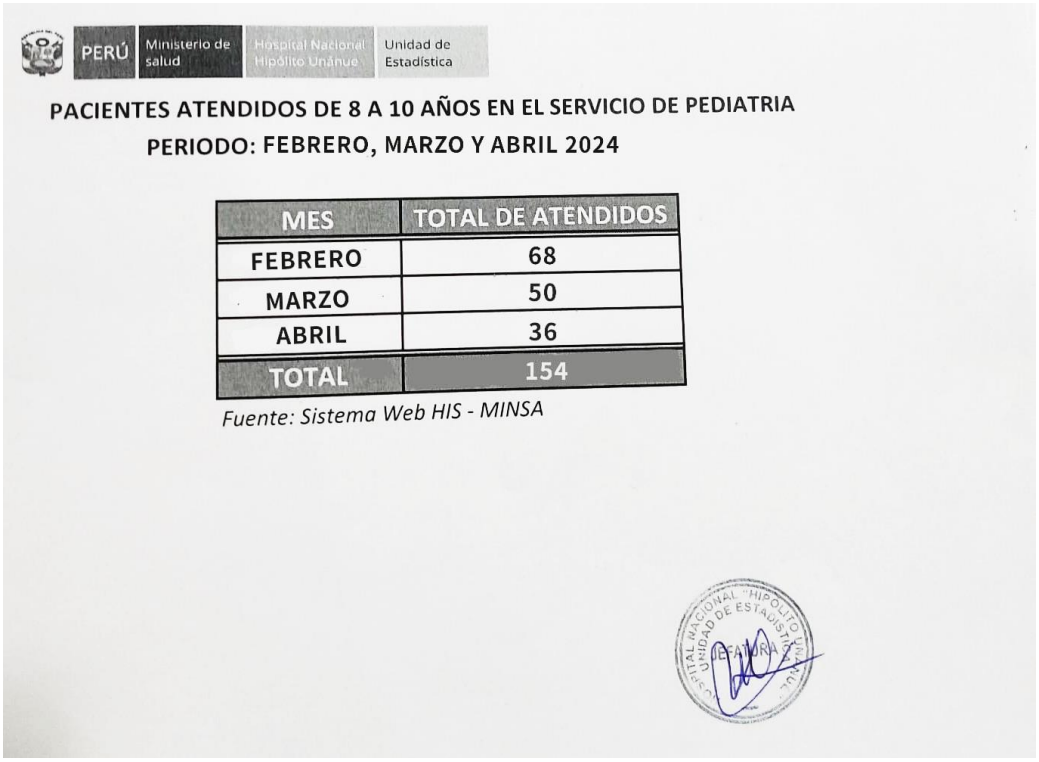
Si quiero participar



No quiero participar



ANEXO 05: ESTADÍSTICA DE PACIENTES ENTRE LOS 8 A 10 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE ENTRE FEREBRO Y ABRIL DEL 2024



PERÚ | Ministerio de salud | Hospital Nacional Hipólito Unánue | Unidad de Estadística

PACIENTES ATENDIDOS DE 8 A 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

PERIODO: FEBRERO, MARZO Y ABRIL 2024

MES	TOTAL DE ATENDIDOS
FEBRERO	68
MARZO	50
ABRIL	36
TOTAL	154

Fuente: Sistema Web HIS - MINSA

ANEXO 06: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA PARA EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

UNMSM

Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2023 15:19:11 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DECANATO

Lima, 18 de Diciembre del 2023

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 000029-2023-D-FO/UNMSM

Señor Doctor
CARLOS ALBERTO BAZÁN ALFARO
Director
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Presente. -

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente, a la vez, presentar a la Bach. **YULISSA KATHERINE USTO HUACAC** identificada con DNI N.° 72082458, egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

La bachiller **USTO HUACAC**, se encuentra ejecutando la tesis titulada: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS PARA LA MALOCLUSIÓN DENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE - 2023"** la cual ha sido aprobada para su ejecución por el Vicedecanato Académico y la Unidad de Asesoría y Orientación del Estudiante (UNAYOE) de esta facultad.

Al respecto, la mencionada bachiller desea iniciar la recolección de datos de su proyecto de investigación en el servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue; por tal motivo, solicito respetuosamente a su despacho que se autorice y se le brinden facilidades correspondientes, a fin de que pueda ejecutar su tesis en dicho nosocomio.

Agradeciendo la atención brindada al presente, sin otro particular, sea propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

ROMEL ARMANDO WATANABE VELÁSQUEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
UNMSM

RWV/pcs

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **CHEKFJO**

ANEXO 07: APROBACIÓN DEL PROYECTO POR PARTE COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Nacional Hipólito Unanue | Comité Institucional de Ética en investigación

Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA Nº 023 - 2024 - CIEI- HNHU

A : **YULISSA KATHERINE USTO HUACAC**

ASUNTO : **Aprobación de Proyecto de Tesis**

Referencia : Expediente N° 23 - 061533- 001

FECHA : El Agustino, 05 de marzo del 2024

Es grato dirigirme a usted, para dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado: **"Nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acuden al Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue"** para optar el título profesional de Cirujano Dentista FO - UNMSM.

El Comité, en sesión ordinaria de fecha miércoles 31 de enero del presente año, y según consta en el Libro de actas N° 9, Acordó por unanimidad: Aprobar el Proyecto de Tesis antes mencionado.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue
DRA. ANGELICA RICCI YAURIVILCA
C.M.P. 8482
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ARY
Archivo

Avenida César Vallejo N° 1390 distrito El Agustino – Lima – Perú
Correo electrónico: ciei@hnhu.gob.pe - teléfono: 2919092, 3627777 anexo 2196

ANEXO 08: CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR EL DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y PASE DE EJECUCIÓN

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Hospital Nacional Hipólito Unanue | OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

El Agustino, 13 de marzo de 2024

CARTA N° 48 - 2024-DG-OADI-N° 024 /HNHU

Señorita
YULISSA KATHERINE USTO HUACAC
Investigadora Principal
Presente.-

Asunto : Aprobación de Proyecto de Investigación
Referencia : Carta N°023-2024-CIEI-HNHU

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y comunicarle que a través del documento de la referencia, el Comité Institucional de Ética en Investigación informa que en sesión ordinaria de fecha miércoles 31 de enero del año en curso, según consta en el Libro de Actas N°9, acordó por unanimidad APROBAR el Proyecto de Investigación titulado: "**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS PARA LA MALOCLUSIÓN DENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE**"

En este sentido, y visto el expediente presentado, esta Dirección General **AUTORIZA** la ejecución del Proyecto de Investigación, recomendando que el periodo de vigencia de esta aprobación se considera por un año, el mismo que caducará el 31 de enero del 2025.

Sin otro particular, me despido de usted,

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
M.C. CARLOS ALBERTO BAZÁN ALFARO
Director General (e)
CMP: 17183

OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN V°B° - MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

CABA/RGM/jsm
c.c. OADI-HNHU
c.c. Archivo

BICENTENARIO PERÚ 2021

www.hnhu.gob.pe
Av. César Vallejo 1390
El Agustino
Telf 3625700, 3627777

Con PUNCHE Perú

ANEXO 09: CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Tabla N°14. *Confiabilidad de los instrumentos de estudio*

Escala	Aplicación	N	N° de ítems	Alfa de Cronbach
Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	Madre	12	12	.704
Calidad de vida relacionada a la salud bucal	Niño	12	16	.767

Se halló índices Alfa de Cronbach tanto en Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria (.704) y Calidad de vida relacionada a la salud bucal (.767). Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), los coeficientes de las escalas fueron superiores al criterio de .70, por lo que los instrumentos mostraron niveles aceptables de confiabilidad (Tabla N°14).

ANEXO 10: ANÁLISIS DE NORMALIDAD

Tabla N°15. *Análisis de la normalidad de variables de estudio*

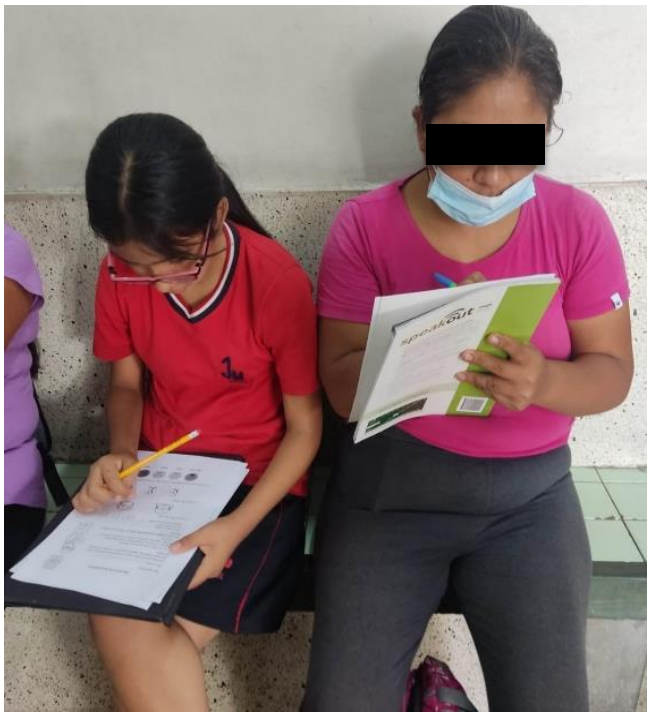
	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Estadístico	gl	p
Conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	.124	120	.000
Conocimiento sobre hábitos orales nocivos	.277	120	.000
Conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos	.194	120	.000
Conocimiento sobre las medidas que evitan los hábitos orales nocivos	.239	120	.000
Calidad de vida relacionada a la salud bucal	.140	120	.000
Bienestar emocional	.245	120	.000
Bienestar social	.165	120	.000
Síntomas orales	.186	120	.000
Limitación funcional	.151	120	.000

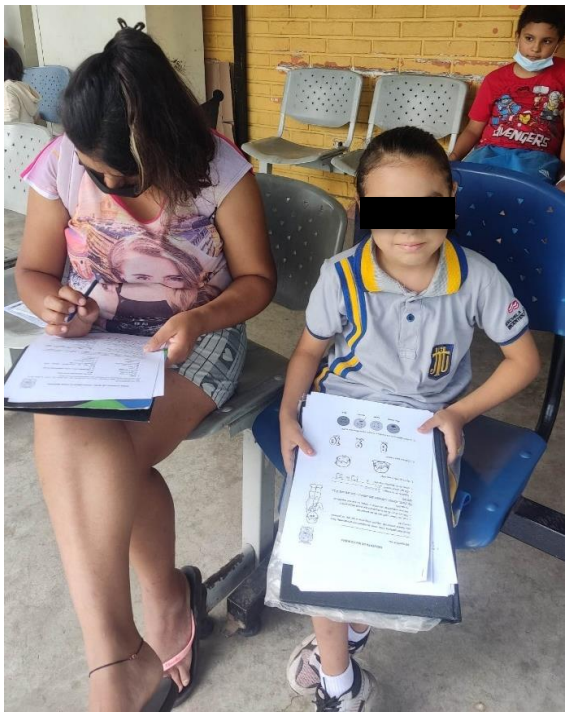
a. Corrección de significación de Lilliefors

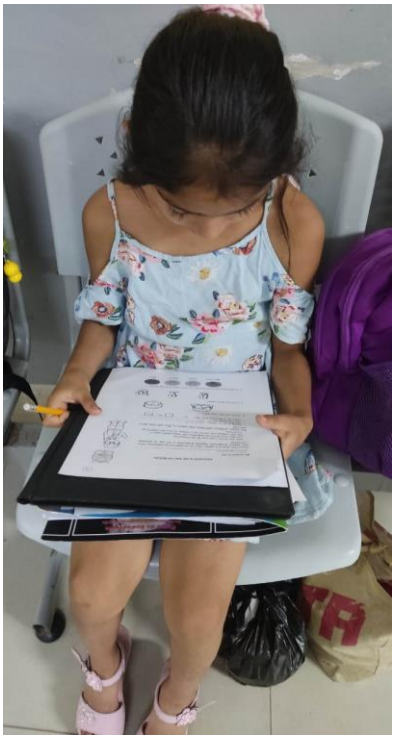
Fuente: Elaborado por la investigadora a partir de los datos recopilados

Se efectuó previamente una prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov al ser la muestra superior a 50 (n = 120). El análisis fue realizado a las puntuaciones totales de las variables de estudio para determinar si presenta o no distribuciones normales, el cual permitirá posteriormente hallar que prueba de correlación se utilizará: r de Pearson o rho de Spearman. Los p-valor (p) fueron menores al nivel de significancia (α = .05), por lo que se observaron distribuciones que difieren de la normalidad. Por este motivo, en todas las correlaciones bivariadas, se empleó el estadístico no paramétrico rho de Spearman para el contraste de las hipótesis (Tabla N°15).

ANEXO 11: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE LA EJECUCIÓN DE TESIS









ANEXO 12: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue?	Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	• Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue • Identificar la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. • Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y su relación con la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que acudieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue	• H_0: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años. • H_1: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria y la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años.	• **Variable 1:** Calidad de vida relacionada a la salud bucal • **Variable 2:** Nivel de conocimiento sobre los hábitos orales nocivos para la maloclusión dentaria	• **Tipo de Investigación** Estudio observacional, descriptivo, correlacional y transversal • **Población y muestra** **Población:** La población estuvo conformada por niños entre los de 8 a 10 años que acudieron con sus madres al servicio de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). En la actualidad, el HNHU atiende a 154 niños de entre 8 y 10 años durante un trimestre de este año en su servicio de pediatría. **Muestra:** La muestra estuvo constituida por 120 madres y 120 niños que están en un rango de edad entre 8 a 10 años. **Muestreo:** No Probabilístico por Conveniencia • **Análisis de resultados:** Análisis descriptivo de cada variable se utilizó tablas de frecuencia y gráficos de frecuencia por medio del programa SPSS v.28. Para hallar la relación entre las variables, es decir, el contraste de las hipótesis se usó Correlación de Spearman