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

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

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Frank Benjamín Félix MENDOZA HUAMANÍ

ASESOR

Juana Rosa BUSTOS DE LA CRUZ

Lima, Perú

2018



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

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 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2018.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE

ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el seis de noviembre del 2018, por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller :

MENDOZA HUAMANÍ, Frank Benjamín Félix

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis « **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** » y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento: ..... Sobresaliente ....., siendo calificado con un promedio de:... diecinueve .... 19 .....

(en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los seis días del mes de noviembre del dos mil dieciocho.

PRESIDENTE DEL JURADO

Mg. Leoncio Vladimir Menendez Méndez

MIEMBRO

Mg. Víctor Manuel Velásquez Reyes

MIEMBRO (ASESOR)

C.D. 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.

VEREDICTO DE LOS JURADOS

- **Presidente** : **Mg. Leoncio Vladimir Menéndez Méndez**
- **Miembro** : **Mg. Víctor Manuel Velásquez Reyes**
- **Miembro Asesor** : **C.D. Juana Rosa Bustos de la Cruz**

A Dios por que sin él nada es posible. Por brindarme fortaleza en los momentos difíciles.

A mis padres Genoveva e Ygnacio por su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos Isaac, Natalí, Any y Caleb por brindarme siempre su apoyo, confianza y comprensión.

A mi Perloncha y Tenten por siempre estar ahí para hacerme compañía en las noches de redacción de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi alma máter, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por haberme formado profesionalmente.

A la Dra. Juana Rosa Bustos de la Cruz por su asesoramiento y desinteresada colaboración en la presente investigación.

Al Dr. Leoncio Vladimir Menéndez Méndez y al Dr. Víctor Velásquez Reyes por su apoyo en la revisión del presente trabajo.

A la Dra. María Elena Núñez, Dra. Angie Aquije, Dr. Jhon Mezarina, Dr. Luciano Soldevilla y al Dr. Oriel Orellana por su importante participación en la validación del instrumento utilizado y por sus valiosas recomendaciones.

Al Hospital Nacional Arzobispo Loayza y todos los doctores que posibilitaron con su ayuda la aplicación de esta investigación en dicha institución.

A todas las madres que participaron de manera desinteresada en esta investigación muy amablemente.

A cada uno de mis maestros, personal administrativo y compañeros por influir en mi formación humana y profesional.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y la actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que asistieron al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal y correlacional. La muestra estuvo constituida por 143 madres. Se aplicó un cuestionario con 12 preguntas cerradas para obtener información sobre el nivel de conocimiento y un cuestionario con escala de Lickert con 08 ítems para recabar información sobre la actitud de las madres frente a los hábitos orales nocivos. Según los datos obtenidos se concluye que existe correlación positiva baja y significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (rho=0.272, p=0.001< 0.05). Además, se observó que el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria fue mayoritariamente regular con 76 madres (53.1%). En cuanto a la actitud se determinó que predominó el tipo de actitud positiva con 107 madres (74.8%).

Palabras clave: Hábitos orales nocivos – Conocimiento – Actitud

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between the level of knowledge about the influence exerted by harmful oral habits on dental occlusion and the attitude towards harmful oral habits of mothers who attended the pediatric service of the National Hospital Arzobispo Loayza, 2018. The type of study was descriptive, transversal and correlational. The sample consisted of 143 mothers. A questionnaire with 12 closed questions was applied to obtain information about the level of knowledge and a questionnaire with a scale of Lickert with 08 items to gather information about the attitude of mothers against harmful oral habits. According to the data obtained, it is concluded that there is a low and significant positive correlation between the level of knowledge and the attitude towards harmful oral habits of mothers who come to the pediatric service from the National Hospital Arzobispo Loayza (rho = 0.272, $p = 0.001 < 0.05$). In addition, it was observed that the level of knowledge about the influence exerted by harmful oral habits on dental occlusion was mostly regular with 76 mothers (53.1%). Regarding the attitude, it was determined that the positive attitude type prevailed with 107 mothers (74.8%).

Keywords: Harmful oral habits - Knowledge - Attitude

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....1

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 3

2.1 Área problema.....3

2.2 Delimitación de problema 4

2.3 Formulación del problema 5

2.4 Objetivos de la investigación 6

2.4.1 Objetivo general.....6

2.4.2 Objetivos específicos.....6

2.5 Justificación del estudio.....7

2.6 Limitaciones de la investigación 8

III. MARCO TEÓRICO.....9

3.1 Antecedentes 9

3.2 Bases teóricas.....17

3.2.1 Conocimiento.....17

3.2.1.1 Conocimiento pre-cientifico o vulgar 18

3.2.1.2 Conocimiento científico 19

3.2.1.3 La medición del conocimiento 20

3.2.2 Actitud 21

3.2.2.1 Componentes de la actitud 21

3.2.2.2 Desarrollo de las actitudes.....22

3.2.2.3 La medición de la actitud 24

3.2.3 Hábitos 26

3.2.3.1 Tipos de hábitos.....27

3.2.3.2 Aspectos psicológicos relacionados a hábitos orales nocivos 27
3.2.3.3 Aspectos neuromusculares relacionados a los hábitos orales nocivos.28
3.2.4 Deglución.....29
3.2.4.1 Deglución normal/adulta/somática 30
3.2.4.2 Deglución atípica/infantil/visceral 31
3.2.5 Succión.....34
3.2.5.1 Succión digital.....35
3.2.5.2 Succión de labio.....36
3.2.5.3 Uso del chupón 37
3.2.5.4 Uso del biberón.....39
3.2.6 Hábito de morder 39
3.2.6.1 Onicofagia.....40
3.2.6.2 Queilofagia.....40
3.2.6.3 Glosofagia.....40
3.2.7 Respiración bucal 41
3.2.8 Oclusión y maloclusión 43
3.2.8.1 Epidemiología de las maloclusiones 44
3.2.8.2 Etiología de las maloclusiones 44
3.2.8.3 Tipos de maloclusiones.....45
3.3 Definición de términos básicos 47
3.4 Hipótesis 49
3.5 Operacionalización de variables 50
IV. METODOLOGÍA 51
4.1 Tipo de investigación 51
4.2 Población y muestra 51
4.2.1 Criterios de inclusión 52

4.2.2 Criterios de exclusión 52

4.3 Procedimientos y técnicas 52

4.4 Procesamiento de datos 56

4.5 Análisis de resultados 56

V. RESULTADOS 57

5.1 Estadística descriptiva de la población 57

5.2 Resultados del conocimiento 58

5.3 Resultados de la actitud 59

5.4 Relación entre el conocimiento y la actitud 60

5.5 Resultados del conocimiento por dominios 63

VI. DISCUSIÓN 66

VII. CONCLUSIONES 71

VIII. RECOMENDACIONES 72

IX. BIBLIOGRAFÍA 73

X. ANEXOS 83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución numérica y porcentual de la población según las covariables sociodemográficas.....57

Tabla 2. Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de Pediatría del HNAL, Lima 2018.....58

Tabla 3. Actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del HNAL, Lima 2018.....59

Tabla 4. Distribución numérica y porcentual del nivel de conocimiento y actitudes de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria. 60

Tabla 5. Correlación de Spearman entre la variable conocimiento y la variable actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 61

Tabla 6. Tabla de índices de correlación.....62

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre el primer dominio " Hábitos orales nocivos" 63

Tabla 8. Nivel de conocimiento sobre el segundo dominio "Tipos de maloclusiones que generan los hábitos orales nocivos". 64

Tabla 9. Nivel de conocimiento sobre el tercer dominio "Medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos". 65

Tabla 10. Coeficiente de confiabilidad del instrumento conocimiento y actitud.....84

Tabla 11. Valores de índices de confiabilidad de instrumento.....84

Tabla 12. Prueba de distribución normal Kolmogorov - Smirnov.....85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de Pediatría del HNAL, Lima 2018.....58

Gráfico 2. Actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del HNAL, Lima 2018.....59

Gráfico 3. Distribución numérica y porcentual del nivel de conocimiento y actitudes de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria. 60

Gráfico 4. Diagrama de dispersión de las variables nivel de conocimiento y actitud. ..62

Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre el primer dominio " Hábitos orales nocivos" ..63

Gráfico 6. Nivel de conocimiento sobre el segundo dominio "Tipos de maloclusiones que generan los hábitos orales nocivos".....64

Gráfico 7. Nivel de conocimiento sobre el tercer dominio "Medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos". 65

Gráfico 8. Curva de la distribución normal para la variable nivel de conocimiento. 85

Gráfico 9. Curva de la distribución normal para la variable actitud. 86

I. INTRODUCCIÓN

Los hábitos orales nocivos son considerados factores etiológicos extrínsecos de la maloclusión y siendo ésta la tercera patología estomatológica más prevalente en el Perú y el mundo es importante poder ejercer ciertos mecanismos de prevención para evitar su desarrollo.

Por definición, un hábito es la facultad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad. El hábito nocivo es el resultado de la repetición de una manifestación no deseada, que al ser practicado con frecuencia puede instalarse en la persona y pasar a volverse inconsciente. Los hábitos orales nocivos son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida y se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión.

Las maloclusiones están ligadas fuertemente al componente genético. Sin embargo, la caries y los hábitos orales nocivos son factores etiológicos de maloclusiones y sobre ellos sí podemos ejercer ciertas acciones positivas.

La madre, o la persona que esté a cargo del niño, cumple una función muy importante dentro de la salud bucal del niño. Es ella quien puede realizar actos preventivos, a fin de evitar que los hábitos orales nocivos se instalen y produzcan las diversas alteraciones en la cavidad bucal. Por esto, es necesario que ella tenga conocimiento respecto a ciertos mecanismos que influyen en la oclusión dentaria, especialmente información sobre hábitos orales nocivos, ya que éstos son factores extrínsecos en la etiología de las maloclusiones.

En este trabajo se pretende valorar el nivel de conocimiento que tiene la madre acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, saber cuál es su actitud frente a ésta y buscar si existe relación, a fin de que esta

información sirva de base para estudios posteriores y se tome en cuenta al momento de aplicar medidas educativas al respecto.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 . ÁREA PROBLEMA

La educación para la salud bucal es el primer y el más importante pilar de la prevención y su puesta en práctica en el niño corresponde a padres y profesionales de la salud. El éxito de la educación sanitaria no reside en el conocimiento de las pautas de salud, sino en la adopción y mantenimiento de hábitos saludables.[1] Educar para la adopción de hábitos saludables es importante para la obtención de salud sistémica y bucal. Además de eso, en la primera infancia tiene inicio el establecimiento de hábitos nocivos o anormales, los cuales, pueden persistir a lo largo de la vida del individuo. Idealmente, el cuidado de la salud bucal del bebé debe ser iniciado con la recomendación prenatal a los padres.[2]

Las maloclusiones, según la OMS, ocupan el tercer lugar como problemas de salud bucal. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son de riesgo de vida, pero, por su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de salud pública.

Desde temprana edad, la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucodentales son tan elevadas, que no solo afectan de diferentes maneras (dolor, sufrimiento, baja autoestima, pérdida de capacidad funcional, etc.) las primeras etapas de vida, sino que, en muchos casos, dejan secuelas imborrables que disminuyen notablemente las oportunidades para un adecuado desarrollo social, laboral, económico y la calidad de vida en general de las personas durante todo el ciclo vital.[3]

Por definición, un hábito es la facultad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad.[4] El hábito nocivo es el resultado de la repetición de una manifestación no deseada, que al ser practicado con frecuencia puede instalarse en la persona y pasar a volverse inconsciente.[5] Los hábitos orales nocivos son

comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida y se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión.[6]

Existen corrientes acerca del origen de la maloclusión que subrayan la capacidad del medio ambiente y de los hábitos nocivos para alterar los tejidos blandos y a su vez influir en el desarrollo y crecimiento craneofacial.[7] De esta forma, cuando la actividad excede la tolerancia fisiológica individual, se presenta una alteración y puede ocurrir un daño a nivel dental, muscular o articular.[8]

2.2 DELIMITACIÓN DE PROBLEMA

La literatura ortodóncica frecuentemente discute varios mecanismos genéticos que permitan explicar la alta frecuencia de maloclusiones en la actualidad. Sin embargo, una mirada más atenta a los aspectos epidemiológicos muestra que la explicación puede ser más exacta si se busca más en relación a los factores ambientales que a los factores genéticos.[9]

Las anomalías dentomáxilofaciales son afección del desarrollo, en la mayoría de los casos; la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal. Es frecuente que estos problemas sean el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo, y no es posible describir un factor etiológico específico.[10]

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), la salud se define como el completo bienestar físico y mental y no sólo la ausencia de la enfermedad; entonces un individuo que presenta una maloclusión o que padece algún tipo de anomalía dentomáxilofacial no es un paciente sano.

Las anomalías dentomáxilofaciales si bien no producen un riesgo vital, son unos de los problemas más percibidos por la población general, pues afectan la estética y funcionalidad del aparato estomatognático, por la falta de armonía entre los maxilares y/o entre los maxilares y las piezas dentarias, afectan muchas veces la relación de los niños con sus pares.[11]

Todos coinciden en que en Ortodoncia resulta difícil realizar la prevención primaria. Sin embargo, casi todos coinciden que la caries y los hábitos orales nocivos son factores etiológicos de maloclusiones y que sobre ellos sí podemos ejercer ciertas acciones positivas.[12]

La madre, o la persona que esté a cargo del niño, cumple una función muy importante dentro de la salud bucal del niño. Es ella quien puede realizar actos preventivos, a fin de evitar que los hábitos orales nocivos se instalen y produzcan las diversas alteraciones en la cavidad bucal. Por esto, es necesario que ella tenga conocimiento respecto a ciertos mecanismos que influyen en la oclusión dentaria, especialmente información sobre hábitos orales nocivos, ya que éstos son factores extrínsecos en la etiología de las maloclusiones.

En este trabajo se pretende valorar el nivel de conocimiento que tiene la madre acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, saber cuál es su actitud frente a esta y buscar si hay relación, a fin de que esta información sirva de base para estudios posteriores y se tome en cuenta al momento de aplicar medidas educativas al respecto.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y la actitud frente a los hábitos

orales nocivos, en madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018?

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y la actitud frente a los hábitos orales nocivos, en madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos en las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos en las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Determinar el nivel de la variable actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Correlacionar el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y la actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad se habla de anomalía dentomáxilofacial como una enfermedad inherente a la población, cuya prevalencia es muy alta a nivel mundial y esta se debe a su componente genético. Las maloclusiones dentarias ocurren en todo el mundo y bajo ciertos puntos de vista, presenta una solución más difícil que la propia caries dental. Las maloclusiones, en función de su naturaleza morfogenética, en la mayoría de los casos continúan exigiendo cuidados y estudios.

La clasificación de Graber, que es el sistema de clasificación de más aceptación, divide a los factores etiológicos de las maloclusiones dentarias en intrínsecos y extrínsecos. Los hábitos orales nocivos son considerados factores etiológicos extrínsecos, los cuales son adquiridos por los niños en edad temprana.[5,13,14] Algunos son el resultado de un problema morfogenético de fondo. Otros, como consecuencia de un acto de compensación que realiza el infante a fin de saciar su necesidad de éxtasis emocional.[14] Lo cual provoca que tenga mucha variabilidad, cada una con características muy particulares, sin embargo, poseen un aspecto en común, afectan por lo general la estética y la psiquis de las personas que las padecen.

La persona que tiene a su cargo al niño desde muy pequeño generalmente es la madre, y es la más indicada para poder prevenir que estos comportamientos anormales se instalen en su hijo. Ella puede realizar acciones como evitar el uso de biberones convencionales y chupones, reemplazándolos por el chupón ortodóntica, que es más parecida al pezón materno. De igual manera, es la más cercana para observar tempranamente, características fenotípicas en el niño, que le puedan alertar que no está respirando adecuadamente, a fin de realizar la visita oportuna al especialista que corresponda. Sin embargo, nada de esto sería posible si la madre no tuviese el conocimiento de cómo influyen los hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, a fin de realizar prevención en su hijo.

Este estudio evaluará el conocimiento y actitud que tienen las madres acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y buscar su relación, ya que al revisar la bibliografía no se encontró antecedentes en relación a la actitud, siendo esto una motivación para desarrollar el presente trabajo, y así tener una valoración de esta problemática, contribuir en la orientación y dar mucho más énfasis a programas preventivos-educativos en maloclusiones dirigidos a este grupo poblacional.

2.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Falta de cooperación de las madres para desarrollar el cuestionario.
- La fidelidad y veracidad de los datos encontrados en el cuestionario depende de la veracidad en la respuesta de las madres.
- El diseño de la investigación al ser de tipo observacional solo establece relación, y no causa-efecto.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

Tipán (2018)[15] realizó un estudio con el objetivo de 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. Su muestra estuvo constituida por 57 padres de familia de la Institución Educativa Particular Santa Paula, de la Ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el periodo de noviembre-diciembre de 2017. Obtuvo como resultados que el nivel de conocimiento sobre malos hábitos bucales de los padres de familia en su gran mayoría fue adecuado. Además, encontró que el 68,4% de los niños está entre los 3 a 4 años y el 31,6% está entre los 5 a 6 años; además en cuanto al sexo del niño (a), los resultados indicaron que 32 son de sexo femenino equivalente al 56,1 % y 25 son de sexo masculino equivalente al 43,9 %. De dicha investigación también pude identificar que, con respecto al sexo, las niñas presentaron el porcentaje más alto con el hábito de Onicofagia en un 34,4 %; y en cuanto a la edad, niños y niñas de 5-6 años presentaron el hábito de Respiración Bucal con un porcentaje del 33,3%. Concluyó que el nivel de conocimiento sobre malos hábitos bucales de los padres de familia en su gran mayoría fue adecuado.

Araujo (2018)[16] realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de información que presentan las tecnólogas de desarrollo infantil sobre hábitos bucales deformantes. La muestra estuvo constituida por 161 tecnólogas de desarrollo infantil de “Centros infantiles del Buen Vivir”, ciudad Quitumbe, Quito en el año 2017. Los resultados que obtuvo fue que el 51% exhibe un bajo nivel de información sobre los hábitos bucales deformantes, los participantes del estudio fueron en un 99% del género femenino, con edades comprendidas entre los 25 y 29 años (29,81%), también se determinó que el 46,58% de las tecnólogas participantes

tienen entre 5 y 10 años de graduadas, de las cuales el 26,09% exhiben bajo nivel de información acerca del tema. Concluye que las tecnólogas de desarrollo infantil presentan un nivel de información bajo sobre hábitos bucales deformantes.

Mallqui (2018)[17] realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre los hábitos orales no fisiológicos con las maloclusiones verticales. Su muestra estuvo formada por 147 escolares de 6 a 12 años de la Institución Educativa Particular Mater Purissima, en el 2017. Los resultados obtenidos fueron que el hábito oral no fisiológico más prevalente fue la deglución atípica con presión de la lengua (23.8%), seguida de la presión del labio inferior y succión labial (17% cada una). En relación con las maloclusiones verticales el más prevalente fue la mordida profunda (29.3%), seguida de la mordida abierta anterior (12.2%). Se observa diferencia significativa entre la edad y el hábito de la respiración bucal (p=0.005). La mordida abierta se relaciona con el hábito de la succión (p= 0.005), deglución atípica (p= 0,0001) y la respiración bucal (p= 0,0001). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la mordida profunda con la deglución atípica (p=0.02). Concluye que sí existe relación entre los hábitos orales no fisiológicos y la presencia de maloclusiones verticales.

Escola (2017)[18] realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación de alteraciones en la oclusión con hábitos bucales parafuncionales en niños con dentición primaria. Su muestra estuvo formada por 75 niños de 3 a 5 años de la Escuela República de Venezuela de la ciudad de Quito. Sus resultados fueron: la alteración en oclusión que se encontró con mayor frecuencia fue la mordida abierta con un 18,7%, mordida cruzada anterior con un 1,3% y mordida cruzada posterior con un 6,7 %; en cuanto a los hábitos bucales parafuncionales el hábito que se encontró con mayor frecuencia fue la succión digital 12.0%, respiración bucal 8,0%,

deglución atípica 8,0% y succión labial 3,9%. Al relacionar las alteraciones en la oclusión con los hábitos bucales parafuncionales se encontró una relación altamente significativa ($p=0.000<0.05$) por medio de Chi cuadrado. Concluyeron que las alteraciones en la oclusión encontradas sí estuvieron relacionadas con los hábitos bucales parafuncionales.

Crespín (2015)[19] realizó un estudio en donde uno de sus objetivos específicos fue determinar el nivel de conocimiento de los padres acerca de un tratamiento precoz para el hábito de succión digital. Su población estuvo constituida por niños de 2 a 12 años que acudieron a la Clínica de Odontopediatría de la Universidad de Guayaquil, su muestra estuvo constituida por 150 niños que cumplieron con los requisitos de inclusión. Se utilizó un test con breves rasgos de ficha clínica para poder localizar a los pacientes con alteraciones bucales por el hábito de succión digital. Encontró como uno de sus resultados que la mayoría de los padres (80%), no tenían conocimiento de que al mantener este hábito de succión le produjera algún efecto adverso o deformante en las estructuras dentofaciales del niño.

Zapata y col. (2014)[20] realizaron un estudio con el objetivo de relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Su muestra estuvo formada por 154 niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa “Los Educadores”, distrito de San Luis, Lima. Sus resultados fueron: el hábito bucal prevalente fue la onicofagia (25,3 %). La maloclusión predominante fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). Se encontró una relación significativa de la deglución atípica ($p=0,002$) y succión digital ($p<0.001$) con la mordida abierta anterior. Concluyeron que existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior.

Mendoza y col. (2014)[21] realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en menores de 2 a 15 años. Su muestra estuvo formada por 147 niños de entre 2 a 15 años que solicitaron atención dental en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM. Sus resultados fueron que el hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%; en segundo lugar, succión labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%. En cuanto a las maloclusiones: mordida abierta, 35.1%; apiñamiento anteroinferior, 26.4%; apiñamiento anterosuperior, 19.6%, y mordida cruzada posterior, 12.8%. Se encontró asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta ($p < 0.000$), respiración bucal con mordida cruzada posterior ($p < 0.012$) y la clase II de Angle ($p < 0.008$). Concluyeron que existe una relación entre los hábitos orales nocivos y las maloclusiones.

Sanz (2013)[22] realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de información de las madres sobre hábitos orales deletéreos y su prevalencia en niños. Su muestra estuvo constituida por 210 niños, de entre 6 a 12 años, y sus respectivas madres, de la Institución Educativa Milagros N°40206 del departamento de Arequipa en el año 2010. Obtuvo como resultados que el nivel de información de las madres en un 50% (105 madres) conocen poco, el 33% (69) desconocen y solo el 17% (36) conocen sobre hábitos orales deletéreos. En la prevalencia de hábitos orales deletéreos se observó que el 12.9% (27 niños) presentan succión digital, el 12.4% (26) succión de objetos, el 10% (21) onicofagia, el 2.4% (5) interposición lingual y el 0.5% (1) deglución atípica. Además, se realizó una comparación individual entre el nivel de información de las madres y la prevalencia de los distintos hábitos orales presentes, obteniéndose que únicamente en el caso de la succión digital existe una relación significativa. Concluyó que el nivel de información de las madres sobre hábitos orales deletéreos es regular, el hábito oral deletéreo

más prevalente es succión digital y no hay relación significativa entre nivel de información y prevalencia de hábitos orales deletéreos.

Aparcana (2013)[23] realizó un estudio con el objetivo de determinar si se asocia el conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales con las alteraciones bucales en niños. La muestra estuvo conformada por 248 padres y 248 hijos/as, escolares de 4 a 10 años, de la Institución Educativa Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico, del distrito de Tacna, en el periodo 2012. Obtuvo como resultados que el nivel de conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales y deformantes es mayoritariamente bajo (93,95%); el 44,35% de los niños/as presentaron alteraciones bucales, mayormente fueron de sexo masculino (58,18 %), la patología más frecuente fue la inclinación dental (13,30 %). Concluyó que el nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos bucales deformantes se asocia significativamente con las alteraciones bucales (P=<0,05).

Estrella (2011)[24] realizó un estudio con el objetivo de asociar los malos hábitos orales y maloclusiones en la población infantil, el porcentaje de las maloclusiones asociadas a la maloclusión y su alteración en anomalías de la oclusión anterior y posterior. Su muestra estuvo formada por 282 niños de 2 a 6 años que asisten a consulta en el Posgrado de Odontopediatría de la UANL. Obtuvo como resultados que de los 282 niños 115 (40.8%) presentaron algún hábito oral. El hábito más frecuente fue el de succión con el 62.14% en su mayoría a los 3 años, interposición lingual 32.8% a los 6 años y respiración oral 5% a los 4 años. La maloclusión más frecuente asociado al hábito de succión e interposición lingual fue el plano terminal recto con 57.9% y 50% respectivamente. La mordida abierta anterior se asoció al hábito de succión e interposición lingual y la sobremordida vertical profunda a la

respiración oral. Concluyó que las maloclusiones anteriores si se asociaron a los hábitos orales, la sobremordida horizontal aumentada se asoció con el hábito de succión, interposición lingual y respiración oral. La sobremordida vertical disminuida o mordida abierta anterior se asoció al hábito de succión e interposición lingual y la sobremordida vertical profunda con la respiración oral. Los hábitos orales a temprana edad empiezan a presentar anomalías en la oclusión anterior, pero necesitan prevalecer por más tiempo o ser más intensos para provocar maloclusiones posteriores.

García y col. (2010)[25] realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de información sobre hábitos bucales deformantes en educadoras y auxiliares pedagógicas. La muestra se conformó por 73 educadoras y auxiliares pedagógicas de círculos infantiles del distrito Ignacio Agramonte entre enero de 2007 y mayo de 2008. Sus resultados fueron que el 42.5% de la muestra se encontró poco informada. El 83.6% de la muestra estuvo motivado por el tema y en la realización del grupo focal muchas sugirieron que se les impartiera un curso de capacitación sobre hábitos bucales deformantes. Concluyeron que el nivel de información que predominó fue el de poco informado y dentro de esta categoría las educadoras resultaron ser las menos informadas, más de la mitad de la muestra manifestaron estar motivadas y conocer sobre el tema en estudio y pidieron que se les impartieran cursos de capacitación.

Mendizábal (2007)[26] realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de información que tienen las madres acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria según grado de instrucción, edad, cantidad de hijos y atención estomatológica actual. Su muestra estuvo constituida por 350 madres que acudieron acompañando a sus hijos al Servicio de Odontología

Pediátrica del Centro Médico Naval en el año 2006. Obtuvo como resultado que el 83% de las madres encuestadas (291 madres) tienen un nivel de información deficiente acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria; el 15% (53 madres) presenta un nivel de información regular y sólo en el 2 % (6 madres) se obtuvo un nivel de información bueno. Solo halló relación significativa entre el nivel de información y el grado de instrucción de las madres. Concluyó que el nivel de información que presentan las madres encuestadas acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria en deficiente.

Álvarez y col. (2006)[27] realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de niños afectados por prácticas de hábitos no nutritivos y su relación con la presencia de maloclusiones dentarias. Su muestra estuvo conformada por 506 niños de 6 a 11 años pertenecientes a las escuelas primarias del área de salud Policlínico de Milanés, en la ciudad de Matanzas. Sus resultados fueron que el 58,7 % de niños fue identificado con hábitos bucales deformantes. La mayor prevalencia detectada estuvo en la deglución atípica (25,3 %), seguidos por la respiración bucal (19,4 %) y la succión digital (14,0 %). Las maloclusiones de Clase II división 1 predominaron en los identificados con hábitos, cuyos valores fueron: 34,7 %, 39,4 % y 32 % en los que presentaron respiración bucal, succión digital y deglución atípica, en ese orden. Concluyeron que la mayoría de los niños identificados con hábitos bucales deformantes, estuvieron relacionados con la presencia de maloclusiones dentarias.

Borroto y col (2001)[28] realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre educación para la salud acerca de hábitos deformantes y traumas dentarios en educadoras y auxiliares pedagógicas. Su muestra estuvo conformada por 24 educadoras y 45 auxiliares pedagógicas de 5 círculos infantiles

pertenecientes al área II de salud del municipio de Cienfuegos. Obtuvo como resultados que las educadoras y auxiliares pedagógicas poseen buenos conocimientos sobre los hábitos deformantes y traumatismos dentarios, no sucedió igual en los tipos de hábitos y conducta a seguir ante un trauma. Concluyeron que el nivel de conocimiento en las educadoras y auxiliares pedagógicas es bueno.

.

3.2 BASES TEÓRICAS

3.2.1 CONOCIMIENTO

El conocimiento es el fundamento teórico y conceptual del desarrollo de la ciencia considerándose como un sistema dinámico que interactúa con una serie de elementos como la teoría, práctica, investigación y educación, que en su conjunto son brindados al profesional, siendo el conocimiento un proceso de evaluación permanente.[29]

El conocimiento transforma todo el material sensible que recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos adaptativos.[30]

El conocimiento se adquiere mediante el aprendizaje, esta se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios pueden observase en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas conductas irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos, aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido, y se lleva a cabo básicamente a través de dos formas: la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información; la formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.[31]

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, sin embargo, esto no se evidencia en una población urbano-marginal, pues ellos continúan poniendo en práctica creencias y costumbres que

forman parte de su cultura, actúan frente a las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud y enfermedad; es por ello que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.[31]

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje para muchos es sinónimo de estudio, pero psicólogos lo definen en términos más amplios: "Es el proceso por el cual la experiencia o la práctica producen un cambio relativamente permanente en la conducta o en el potencial conductual". Esta definición ciertamente abarca el aprendizaje en el ámbito familiar, social, escolar, universitario, etc.[32]

En general en el hombre se distinguen dos tipos de conocimientos: precientífico o vulgar y el científico[33].

3.2.1.1 CONOCIMIENTO PRE-CIENTIFICO O VULGAR

También llamado "popular" y se obtiene al azar, luego de innumerables tentativas cotidianas, este conocimiento permite al hombre conducirse en la vida diaria, en las relaciones interpersonales y con el medio ambiente.

Este conocimiento es acrítico, aparente, casual, subjetivo, improvisado, provisional. En el conocimiento vulgar se da a menudo contradicciones serias en los juicios que los hombres tienen acerca de las características, efectos y funciones sobre los sucesos que se observa. Este conocimiento precientífico comulga con elementos no racionales tales como imágenes, creencias,

sensaciones y donde se utiliza premisas sobrenaturales para entender alguna realidad.[33]

3.2.1.2 CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Este conocimiento al igual que el conocimiento vulgar también tiene su origen en las preocupaciones prácticas de la vida, pero la diferencia es que este conocimiento trata de acercar el sujeto al objeto: para conocerlo, explicarlo y conseguir un conocimiento llamado "científico".

El conocimiento científico trata de explicar sistemáticamente los hechos que observa, no de forma aislada, sino profundiza y va más allá de lo aparente, acepta la crítica como medio para corregir sus errores.

Tiende a la generalidad y objetividad a pesar de que la mayoría de los casos los trabaja con muestras representativas del objeto en estudio, pero con márgenes aceptables que le dan un carácter de confiabilidad.[33]

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente; destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de promoción de la salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación.

La mayoría de los autores concuerdan en definir al conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.[31]

3.2.1.3 LA MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa o cuantitativa.[34]

Escala de estaninos

La escala de estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media 5 y desviación 2 que sirve para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables.[35]

Su fórmula: X +/- 0.75 (Sx)

Donde: x = media

Sx = desviación estándar

a = media - 0.75 (Sx)

b = media + 0.75 (Sx)

a y b son los puntos de corte para clasificar en tres categorías para la distribución de los puntajes.

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ---------- 1ª categoría (conocimiento deficiente)

De (a + 1) hasta (b) ---------- 2ª categoría (conocimiento regular)

De (b + 1) hasta el puntaje máximo --------- 3ª categoría (conocimiento bueno)

3.2.2 ACTITUD

La actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien que viene a ser objeto de la actitud.[32,36,37]

Estas creencias, sentimientos o tendencias son ideas subjetivas sobre un objeto y nos llevan a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia el objeto[38], para Morales[39] la actitud es una variable intermedia entre el estímulo (objeto de la actitud) y la respuesta externa manifiesta sobre ese estimulo.

Los "objetos de las actitudes" pueden abarcar; problemas sociales (pena de muerte, aborto, control de armas de fuego), grupos (demócratas, sindicatos, agricultores, etc.), instituciones (distintas iglesias, parlamento, poder ejecutivo, partido político, etc.), productos de consumo (alimentos, servicios, etc.), personas (el médico, el odontólogo, el paciente).[37]

3.2.2.1 COMPONENTES DE LA ACTITUD

- Componente cognitivo: Es el conjunto de hechos, datos, información, opiniones, creencias y conocimiento del objeto.

- Componente afectivo: Abarcan el amor, el odio, la simpatía, la aversión y sentimientos afines que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas asociaciones con el objeto y pueden ser positivos o negativos.

- Componente conductual: Se refieren a nuestras inclinaciones por ciertas acciones relacionadas con el objeto. Esta intención, disposición o tendencia hacia el objeto, es cuando surge la verdadera asociación entre objeto y sujeto.[32,36,37,39]

3.2.2.2 DESARROLLO DE LAS ACTITUDES

La relación entre actitudes y conductas no siempre es simple. Los investigadores concluyen en su mayoría que las actitudes no predicen con toda credibilidad la conducta, pero en determinadas situaciones sí.[32]

La psicología social plantea y cuestiona que la conducta sea regida por la actitud, existiendo diversas actitudes para la conducta[40], De igual manera Morales[39] sostiene que hay un cierto acuerdo en considerar las actitudes como factor importante, pero no el único, en la determinación de las conductas.

Los rasgos de personalidad también son importantes, hay quienes obedecen sus acciones de acuerdo a sus actitudes, sin miramientos, otros tienden dejar de lado sus actitudes para comportarse adecuadamente ante una situación.

Es más previsible que una persona que tiene alto autocontrol o auto supervisión prescinda de sus actitudes o las ajuste a las expectativas de otros, porque antes de hablar o actuar buscan señales sobre cómo reaccionar. En cambio, otras personas se expresan o se comportan en conformidad con sus actitudes, mostrando poco interés por las señales o restricciones de la situación.[32]

Por ejemplo, en la atención de un paciente de riesgo, para algunos estudiantes la disposición de atenderlos está dada por la obligación académica, siendo otra sus actitudes internas (rechazo, desprecio, discriminación, inseguridad, temor, etc.). Otros estudiantes a pesar de las exigencias académicas no atenderían a un paciente de riesgo situación que iría con sus actitudes (rechazo, desprecio, discriminación, inseguridad, temor,

etc.) o tal vez otros atenderían a estos pacientes diligentemente porque sienten que es su deber.

Cuando las personas actúan de una manera frente a los hábitos o las expectativas sociales, culturales o académicas, sus actitudes esta como adormecidas. Por tanto, la conducta se ve afectada por nuestras actitudes e influencias sociales externas.[36]

Muchas de las actitudes básicas provienen de las primeras experiencias familiares directas con en el niño. Generalmente estas primeras experiencias generan actitudes que son duraderas a lo largo de la vida. Otra forma de arraigar las actitudes es a través de la escuela, televisión y amistades.

Las actitudes y el comportamiento

Ander-Egg nos define actitud como "una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones". Además, señala la diferencia entre actitud y opinión, la cual constituiría una "posición mental consciente, manifiesta sobre algo o alguien, que no implica disposición a la acción".[41,42,43]

Una actitud es una predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos.[44]

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia. Las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como ¨síntomas¨ no como ¨hechos¨.[45]

En qué casos las actitudes predicen el comportamiento

Los psicólogos sociales están de acuerdo en que las actitudes y las acciones se alimentan mutuamente. Las actitudes podrán predecir el comportamiento si se minimizan otras influencias, si la actitud se corresponde de manera muy estrecha con el comportamiento predicho o si la actitud es fuerte (porque algo nos la recuerde, o porque la hemos adquirido por experiencia directa).[43]

3.2.2.3 LA MEDICIÓN DE LA ACTITUD

Las actitudes no son susceptibles de observación directa, sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas, las cuales son "instrumentos utilizados en las Ciencias Sociales para observar y medir características muy diversas de los fenómenos sociales".[43]

Estas escalas se basan en las respuestas que el sujeto brinda de una serie graduada de ítems, señalando cuales de aquellos son los que agrada o prefiere. Existen varios tipos de escalas: las de ordenación de punto, comparaciones binarias, las de intensidad y las de distancia social; pero las más formalizadas son las Thurstone, Gutmann y Lickert.[43]

Construcción de una escala aditiva tipo Lickert

La escala de Lickert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que, si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30.[43]

A pesar de esta limitación, la escala Likert tiene la ventaja que es fácil de construir y aplicar, además proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.[43]

La construcción de esta escala consta los siguientes pasos:

1. Se recoge una larga serie de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable. Estos ítems pueden ser elaborados por personas conocedoras del tema que se pretende medir y conocedoras, así mismo, del colectivo de individuos que responderá a la escala definitiva.
2. Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala. Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.
3. Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas.

   Posibles respuestas:

   TA = totalmente de acuerdo

   A = de acuerdo en ciertos aspectos

   I = indeciso

   D = en desacuerdo en ciertos aspectos

   TD = totalmente en desacuerdo
4. Para asegurar la precisión de la escala, se seleccionarán el 25 % de los sujetos con puntuación más alta y el 25 % con puntuación más baja, y se seleccionan los ítems que discriminan a los sujetos de estos dos grupos, es decir, aquellos con mayor diferencia de puntuaciones medias entre ambos grupos.

5. Con los criterios anteriores se selecciona el número de ítems deseado para la escala.

El conocimiento, las actitudes y el comportamiento

El conocimiento se concibe como el proceso de cognición, que transforma todo el material sensible que recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos.[45]

De otro lado, los resultados del estudio de Ensember señalan que la actitud es uno de los elementos fundamentales del comportamiento de los individuos. Si se llega a modificar una actitud indiferente o negativa se podrá favorecer comportamientos deseables.[46]

3.2.3 HÁBITOS

Un hábito es aquel acto que al principio es realizado de forma consiente, pero por la repetición del mismo se torna inconsciente, constante, y automático que resulta fácil de efectuar, pero difícil de modificar.[47,48,49,50,51,52]

Hay consenso en aceptar que el mal hábito proporciona satisfacciones, por ser agradable al que lo practica, y en algunos casos son manifestaciones minimizantes subestimadas de procesos de ansiedad. El efecto de la manifestación repetitiva y de la satisfacción que depara es lo que determina la instalación del hábito. Por tanto, son expresiones viciosas de aspecto físico, motor y de satisfacción psicoemocional.[5]

Finn, sostiene que un hábito como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea en forma física o moral al mismo niño, o a quienes lo rodean. Frecuentemente los niños adquieren un cierto número de hábitos que pueden ser temporal o permanentemente nocivos a la oclusión dental y estructuras dentarias de soporte.[53]

Se considera que aún es más seguro afirmar que hábitos bucales y disfunciones son probables factores determinantes de maloclusiones. Como factores fuertes y únicos, podemos afirmar que no. Preferimos entenderlos como factores etiológicos coadyuvantes. Además, para que haya desequilibrio y el hábito lleve a maloclusiones dentales, es necesario que se produzca la combinación: frecuencia, duración e intensidad.[5]

3.2.3.1 TIPOS DE HÁBITOS

Podemos encontrar dos tipos de hábitos, los cuales son:

- **Hábitos Fisiológicos:** son aquellos hábitos que el individuo las hace por naturaleza es decir ya nacen con el individuo, podemos citar en este grupo: la respiración nasal, la masticación, la deglución, el habla los cuales desempeñan una función importante en el crecimiento craneofacial y la fisiología oclusal.[48,54,55]
- **Hábitos no fisiológicos:** Son hábitos que se manifiestan por estrés, aburrimiento, fatiga, falta de atención, los cuales son causantes de maloclusiones o deformaciones dentomáxilofaciales debido a que realizan fuerzas nocivas en dientes, arcos dentarios y tejidos blandos cuya magnitud de alteración que se ejerza dependerá de a la intensidad, duración y frecuencia del hábito realizado.[20,48,52,54,55,56]

3.2.3.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A HÁBITOS ORALES NOCIVOS

El niño no tiene un aparato psíquico organizado desde su nacimiento, no tiene consciencia de su cuerpo como totalidad, experimenta un cúmulo de diversas sensaciones placientes o displacientes frente a las que actuará en la medida de sus posibilidades, escasas dada su vulnerabilidad. Así se tiene que los

reflejos simples del recién nacido pronto experimentarán claras modificaciones a causa de su contacto con el ambiente; cuando eso ocurre, se convierten imperceptiblemente en comportamientos adquiridos en lugar de meros reflejos. Durante la primera fase del desarrollo psicológico del niño, la boca juega un papel central, no sólo como órgano con el que el sujeto logra la incorporación a su cuerpo del alimento necesario, sino que a su alrededor organiza la primera forma estructurada de relación con el medio: la incorporación. Es decir, empiezan a aparecer los primeros hábitos bucales simples, las más elementales adquisiciones sensorio-motoras.[57]

El hábito y el reflejo de succión en el infante tienen un efecto tranquilizador. El niño desde que nace hasta aproximadamente los dos años utiliza la succión para obtener su alimento durante el amamantamiento y relacionarse con el medio que lo rodea, ya que en la boca se concentran las sensaciones. El principal acto instintivo del infante es la succión y todos los hábitos inadecuados de succión provienen de la insuficiente succión del pecho o mamadera.[58]

Palermo, sugiere que la succión digital surge de una reacción de estímulo-recompensa y que desaparecerá espontáneamente, salvo que se convierta en un mecanismo para atraer la atención.[59]

Algunos pediatras, psiquiatras y psicólogos consideran que los hábitos bucales se desarrollan a partir de problemas de conducta, profundamente arraigados y de los cuales pueden ser sólo un síntoma; mientras otros autores sostienen que la succión digital es un hábito sencillo adquirido.[60]

3.2.3.3 ASPECTOS NEUROMUSCULARES RELACIONADOS A LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS

Los hábitos orales nocivos también tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de

naturaleza compleja que se aprenden. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, como la acción normal de los labios y la masticación adecuada.[61]

El desarrollo normal dental y facial depende de la función muscular. Es decir que el desarrollo y mantenimiento dental incluye un balance de fuerzas entre la musculatura de los labios y carrillos, externo a los arcos dentales, y los músculos de la lengua interno a los arcos.[60]

Braner y otros refieren que la presión muscular anormal puede causar movimiento dentario en varias direcciones, hasta establecer un nuevo balance anormal, éste inducirá a deformidad facial o dental, dependiendo de la naturaleza, intensidad, dirección y duración de la presión muscular.[5,60,62]

El tamaño de los órganos tales como: amígdalas, adenoides o lengua, pueden obstruir la correcta respiración, obligar a tener la lengua en posición adelantada, entre o contra los dientes anteriores al tragar, o mantener la mandíbula adelantada, para hacer más lugar en la faringe oral.[63]

3.2.4 DEGLUCIÓN

Es una acción neuromuscular compleja (automática), que se logra por medio de fuerzas y movimientos sincronizados ocurridos dentro de la boca, la faringe, la laringe y el esófago, con interrupciones de la respiración, cuya finalidad es llevar el bolo alimenticio a la faringe.[64]

El primer paso para evaluar la función de la deglución es estudiar el ciclo evolutivo de la deglución.

En el recién nacido, la lengua aparece relativamente grande y está en una posición anterior. La punta de la lengua pasa por la parte anterior de las encías y participa en el cierre anterior de los labios. Esta posición de la lengua y su correspondiente deglución se llama infantil o visceral. Alrededor de los 06

meses, con la erupción de los incisivos, la lengua se retrae en sí. De 12 a 16 meses, la propiocepción es causa de modificación en las posiciones y funciones de la lengua. Entre los 2 y 4 años se desarrolla la forma de deglución somática o normal. Sin embargo, si la deglución infantil o visceral persiste más allá del 4° año, se denomina "deglución atípica". Son muchos los factores que pueden contribuir o incluso ser responsables de la persistencia de la deglución atípica: el dedo o chuparse el dedo pulgar, la alimentación con biberón persistente, boca, lengua y desarrollo tardío de succión del sistema nervioso central.[65]

Para poder hablar de la deglución atípica debemos recordar lo que es la deglución normal.

3.2.4.1 DEGLUCIÓN NORMAL/ADULTA/SOMÁTICA

La deglución normal es una actividad muscular voluntaria e involuntaria, la cual consiste en una serie de contracciones musculares coordinadas que trasladan el bolo alimenticio de la cavidad oral al estómago.[66]

Muchos profesionales, como odontólogos y fonoaudiólogos, han aceptado una descripción de deglución normal en la cual los músculos de la expresión facial no se usan, los músculos de la masticación unen los maxilares y la lengua permanece confinada dentro de los arcos dentales, esta realiza un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás para transportar el bolo alimenticio.[4]

Se caracteriza por:[67]

- Al tragar los dientes están en contacto.
- La mandíbula inferior está estabilizada (no se mueve).
- La punta de la lengua se coloca contra el paladar, arriba y detrás de los incisivos.

- Contracción mínima de los labios durante la deglución (los labios no se deberían mover al tragar).

3.2.4.2 DEGLUCIÓN ATÍPICA/INFANTIL/VISCERAL

Durante la deglución se separan las mandíbulas y la lengua sigue adelante, y se mantiene entre las apófisis alveolares con su punta afuera. La mandíbula se estabiliza por la contracción de los músculos orofaciales y por el contacto entre la lengua y los labios. Al tragar ocurre principalmente por la interacción sensorial entre los labios y la lengua, a partir del movimiento peristáltico en el vestíbulo oral.[65]

Se caracteriza por:[67]

- Al inicio de la fase deglutoria la lengua se sitúa entre los incisivos, contactando con el labio inferior.
- Durante la deglución existe un adelantamiento de la lengua con la mandíbula abierta.
- En reposo se crea un movimiento anterior de la lengua con la mandíbula ligeramente abierta y la punta entre o sobre los dientes anteriores. Es decir, normalmente tienen la lengua colocada entre los dientes sin llegar a cerrar la boca del todo.

Las alteraciones que se producen en la posición de la lengua durante cualquier fase de la deglución pasan desapercibidas por el individuo quien la convierte en un hábito. Estas alteraciones se cree que influencian al resto de los tejidos blandos y duros y que pueden contribuir al desarrollo de maloclusiones.[57]

Las causas más probables son:[14]

a. Desequilibrio del control nervioso. Se da en niños que, por problemas neurológicos, no tiene control de la musculatura ni la coordinación motora; tampoco mantiene el equilibrio muscular durante la deglución.
b. Amígdalas inflamadas. La amigdalitis frecuente hace que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.
c. Macroglosia. Poco frecuente y ocurre en pacientes con cretinismo. La lengua es de aspecto voluminoso, onduladas, y parecen que no caben en la cavidad bucal. Cuando se pide al paciente que muestre la lengua no logra dejarla apuntando, en cambio, saca la lengua flácidamente. Este síntoma no indica una macroglosia, al contrario, denota una lengua hipotónica, flácida, que no será corregida con cirugía, sino con ejercicios musculares específicos.
d. Anquiloglosia. Lengua anquilosada que no puede realizar correctamente los movimientos de deglución.
e. Pérdida dentaria temprana y diastemas anteriores. Esto hace que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.

Los tipos de deglución atípica son:[14]

a. **Deglución con presión atípica de labio (interposición labial).** Ocurre en pacientes que normalmente en reposo, los labios no entran en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores, de esta manera, se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. La

pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida.

b. **Deglución con presión atípica de la lengua (interposición lingual).** En este caso la lengua se aloja entre los incisivos, interponiéndose a veces, entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y de las comisuras, lo que provoca estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Estas degluciones se clasifican en:

   - Tipo I: No causa deformación
   - Tipo II: Con presión lingual anterior. La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones que ocasiona son: a) mordida abierta anterior; b) mordida abierta y vestibuloversión; c) mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior.
   - Tipo III: Con presión lingual lateral. La presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son: a) Mordida abierta lateral; b) mordida abierta lateral y mordida cruzada.
   - Tipo IV: Con presión lingual anterior y lateral. Las maloclusiones resultantes son: a) mordida abierta anterior y lateral; b) mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión; c) mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

La deglución atípica por interposición lingual o labial se observa en aquellos niños, que fueron amamantados por un período menor de seis meses. La misma se considera como una persistencia de la deglución infantil, por falta o ausencia del amamantamiento, lo cual no permitió la maduración normal de la

función y trajo como consecuencia la incorrecta postura de los órganos bucales, como sabemos es ocasionada por la alimentación a biberón.[68]

3.2.5 SUCCIÓN

La succión es una de las primeras y más complejas habilidades integradas sensorio-motoras del recién nacido.[69] La succión es un acto reflejo que comienza a partir del quinto mes de gestación y su desarrollo se encuentra completo en la semana número 32 de vida intrauterina. Es hacia el cuarto mes de vida cuando se vuelve un acto voluntario. Este proceso debe iniciarse con facilidad, ritmo, sustentación, fuerza, frecuencia y debe estar presente desde el nacimiento.[70]

La succión tiene dos variantes en su forma de acuerdo con la presencia o ausencia de líquido; succión nutritiva y succión no nutritiva respectivamente:[71]

- **Succión nutritiva**

  Es coordinada de forma refleja con la deglución a partir de las 32 semanas de gestación, madura progresivamente entre la semana 32 y la 40 de gestación, y es la que permite la alimentación del lactante.[72] Ocurre en presencia de líquido y su patrón es generalmente una serie de succiones de aproximadamente una por segundo. Durante esta la respiración está secuenciada rítmicamente.[71]

- **Succión no nutritiva**

  Está presente desde la 18-24 semana de gestación, no está implicada en la alimentación, es descoordinada con la deglución, y ayuda al desarrollo de la succión nutritiva y a la adquisición de las habilidades de alimentación.[71] Ocurre en ausencia de líquido y se caracteriza por series de salvas de corta duración y pausas, donde las salvas son similares y ocurren a una frecuencia rápida de dos succiones por segundo.[69,71]

Su importancia radica en que calma y organiza a los niños muy inmaduros y enfermos, e independiente de su costo energético, es segura y muy compensadora.[73]

Dentro de los hábitos de succión no nutritiva tenemos a la succión digital, succión de labio, uso chupón y biberón.

3.2.5.1 SUCCIÓN DIGITAL

En este hábito se posiciona el pulgar u otros dedos dentro de la boca muchas veces durante el día y la noche, ejerciendo una presión definida al succionar.[6] Ha sido asociado con un desbalance psicológico que constituye una forma errónea de solucionar problemas, y está relacionado con estados de ansiedad e inestabilidad emocional.[74]

Existen 4 categorías descritas por Subtelny para posicionar el dedo. Estas son:[4]

1. El pulgar entra en la boca considerablemente más allá de la primera articulación o nudillo. Este va a ocupar una gran porción de la bóveda del paladar duro presionado contra la mucosa palatina y el tejido alveolar. El incisivo inferior es presionado hacia el pulgar, o lo contacta.
2. El pulgar no va directamente al área de la bóveda del paladar duro, sin embargo, con frecuencia entra en la boca alrededor de la primera articulación o anterior a esta. Puede observarse contacto entre incisivos inferiores y el pulgar.
3. El pulgar pasa completamente a la cavidad oral y se aproxima a la bóveda del paladar duro como en el primer grupo, aunque este grupo varía de los otros en que el incisivo inferior no contacta el pulgar en ningún momento durante el proceso de succión.

4. El pulgar no progresa apreciablemente dentro de la boca. El incisivo inferior hace contacto a nivel de la uña.

Durante la dentición primaria los hábitos de succión no producen efectos nocivos; sin embargo, cuando un niño adquiere un hábito de succión no nutritivo prolongado, este con frecuencia conduce a maloclusión.[6] Si el hábito de succión de pulgar o de otro dedo persiste más allá del tiempo en que los dientes permanentes comienzan a erupcionar, se desarrolla una maloclusión.[75]

El pulgar es el factor causante primario de la maloclusión anterior y no la actividad protrusiva de la lengua. En respuesta análoga a la pregunta de qué vino primero si la gallina o el huevo, las observaciones indican que la succión digital es primero, y luego se presenta la actividad protrusiva de la lengua.[4]

El desarrollo de una mordida abierta anterior se relaciona con la duración más que con la intensidad del hábito. Es probable desarrollar maloclusiones luego de 18 meses de presentar el hábito.[6]

La maloclusión resultante se caracteriza por incisivos superiores espaciados y proinclinados, inferiores retroinclinados, mordida abierta anterior y un arco maxilar estrecho, y dependiendo de cómo se chupe el dedo, los incisivos inferiores también se pueden vestibularizar.[6,76]

3.2.5.2 SUCCIÓN DE LABIO

El hábito de succión del labio inferior puede manifestarse en cualquier edad. Con frecuencia se acompaña de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón. Por lo general se asocia con una protrusión labial de los incisivos superiores, y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. Puede haber retracción o dehiscencia de la encía de los incisivos inferiores.[76,77] Este hábito puede ser la consecuencia más que la

causa de una maloclusión clase II división 1, y clínicamente se observa el surco mentolabial pronunciado.[78]

El hábito de interposición labial puede contribuir a un desequilibrio muscular orofacial asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, malposición dental y deformaciones dentofaciales. La manifestación de una maloclusión adquirida varía según el tipo, la localización, severidad, frecuencia y longevidad de la costumbre, pero la eliminación del hábito es fundamental para el tratamiento y la estabilidad futura.[77]

3.2.5.3 USO DEL CHUPÓN

El uso de chupones obedece a la necesidad de succión, la cual forma parte del funcionamiento saludable y esencial para el desarrollo de la mandíbula y la cavidad oral de acuerdo con la edad del niño. De esta forma, los chupones son un apoyo importante durante este intervalo del desarrollo.[79] Esta necesidad fisiológica de succión es más importante durante los 6 primeros meses de vida; después de esa edad, el uso del chupete tiende a ser un hábito que brinda sensación de seguridad.[80]

Al llevar a posición el chupón, la lengua es forzada hacia una posición inferior en la parte anterior de la boca, ejerciendo una presión lateral incrementada sobre los caninos y primeros molares inferiores. La falta de soporte palatino de la lengua resultará en un arco superior más estrecho, y la presión de la lengua ampliará el arco inferior. Estos cambios crean una desarmonía transversal que incrementa la tendencia a desarrollar una mordida cruzada posterior.[81]

El uso del chupón aumenta 6 veces más la probabilidad de desarrollar maloclusiones; en pacientes que lo usan, se encontró un incremento en la maloclusión únicamente cuando estos dejan de usar el chupón después de

los 2 años de edad, con una probabilidad de maloclusión 13,6 veces mayor.[82] Se ha estimado que debe estar presente por lo menos 2 años para que tenga efecto en el maxilar[83], reduciendo la distancia intercanina,[81,84] y 3 años para aumentar el ancho intercanino mandibular.[83]

Mucho se ha discutido sobre los perjuicios y beneficios de la utilización del chupón, tales como mordida abierta, mordida cruzada posterior, profundidad del paladar aumentada,[85] incremento en la incidencia de otitis media, candidiasis oral,[80] problemas dentales, acortamiento del tiempo de amamantamiento, dificultades en la lactancia, riesgo de accidentes, hipersensibilidad al látex y ulceras orales[86]. Algunos beneficios incluyen disminución del riesgo de muerte súbita del lactante, efecto analgésico y estímulo de la succión no nutritiva en niños pretérmino y a término.[86]

Es importante conocer los tipos de chupones que se encuentran disponibles en el mercado, y es esencial usar diferentes tamaños de chupones para poder ir a la par con el rápido crecimiento de la cavidad bucal y la mandíbula, especialmente en el primer año de vida.[83] No todos los chupones son adecuados, dado que su forma puede afectar el desarrollo de la mandíbula y la cavidad bucal. Existen chupones planos, redondos y ortodóncicos.[79]

El chupón redondo puede inhibir el desarrollo anatómico y fisiológico de la boca, o puede empujar la lengua hacia una dirección no deseada. El uso de este se ha asociado con distancias intercaninas e intermolares disminuidas en maxilar superior y una incompetencia labial.[82] El chupón plano ofrece un movimiento fisiológico de la lengua que puede promover el cierre completo de los labios.[83]

Alertados por las altas tasas de anomalías mandibulares en niños, los doctores W. Balters y A. Müller desarrollaron el chupón ortodóncico con una

forma adaptada a la mandíbula, indicado para un desarrollo adecuado mandibular. Es una medida profiláctica y de apoyo para el desarrollo fisiológico de la mandíbula y la cavidad bucal.[83]

3.2.5.4 USO DEL BIBERÓN

El biberón satisface las necesidades nutritivas y del desarrollo del neonato. En ocasiones un chupón con abertura demasiado grande puede disminuir la estimulación del desarrollo del niño. En estos casos observaremos:

- Falta de crecimiento hacia adelante de la mandíbula inferior, es decir, se queda retrasada porque al no existir una succión correcta no se favorece su crecimiento.
- Pérdida de sincronía entre succión y respiración.
- Respiración oral: Aumenta las posibilidades por la no estimulación muscular.
- Succión de otros elementos: Al no satisfacer el instinto de succión se tiende a hacerlo con otros objetos. Esto puede crear maloclusiones, como la creada por la succión digital (chuparse el dedo).
- Mordida anómala: Paladar ojival (maxilar superior estrecho), Mandíbula inferior y lengua retraídos.
- No estimulación de la articulación que abre y cierra la boca, creando un desarrollo anómalo.

  Es por ello por lo que se aconseja un uso del biberón sin manipular el chupón y no prolongar su uso demasiado en el tiempo.

3.2.6 HÁBITO DE MORDER

Los hábitos de morder tienen una incidencia tan alta como la de los hábitos de succión sin fines nutritivos. Se puede aceptar que hay bases etiológicas

semejantes, además que en muchos pacientes se produjo el abandono del hábito de succión o su remoción de manera incorrecta, lo que provocó la transferencia del hábito de succión para los hábitos de morder. Científicamente se conocen como hábitos de fagia y estos son onicofagia, queilofagia y glosofagia.[5]

3.2.6.1 ONICOFAGIA

Muchos niños abandonan el hábito de succión del chupón o del dedo y lo transfieren para morder las uñas. Es un hábito muy difícil de reeducar, por ser bastante disimulable. Como consecuencia para la oclusión, no es tan grave como lo es para los dedos o para las uñas propiamente dichas. En los arcos dentales, algunas mordidas cruzadas de uno o de dos elementos pueden producirse, por la presión ejercida sobre el diente cuando muerde la uña. Se han observado también casos de intrusión de dientes, especialmente incisivos superiores.[5]

3.2.6.2 QUEILOFAGIA

También se entiende como transferencia de los hábitos de succión. Inicialmente el niño succiona el labio inferior, el cual está sujetado entre los incisivos superiores e inferiores, y por la presión de la mordida, resulta la inclinación vestibular de los incisivos superiores, y lingual en los inferiores. Como agravante se realiza la deglución en esta misma posición.[5]

3.2.6.3 GLOSOFAGIA

Los niños lo realizan muchas veces cuando se realiza algún esfuerzo, y en esta época se han observado mordiéndose la lengua frente a computadora o televisión. La alteración de los arcos dentales será mordida abierta, resultante de la infra-oclusión de los incisivos provocada por la presencia y por la

presión de la lengua. Mordidas abiertas laterales, especialmente unilaterales, son las más frecuentes. Esto ocurre porque al hacerse hábito, muchos individuos se muerden la lengua todo el día y para disimular lo hacen con los segmentos laterales de los arcos dentales.[5]

3.2.7 RESPIRACIÓN BUCAL

De acuerdo con la teoría funcional de Moss, la respiración nasal permite un adecuado crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial y dentofacial.[87]

Los niños con respiración oral tienen 10 veces más probabilidad de desarrollar una maloclusión en comparación con quienes respiran por la nariz.[88]

En condiciones normales, el factor que limita el flujo respiratorio nasal es el tamaño de los orificios nasales. Normalmente, los niños tienen amígdalas faríngeas o adenoides de gran tamaño, y una obstrucción parcial producida por las mismas puede contribuir a la respiración bucal a esas edades. Los individuos que padecen obstrucción nasal crónica pueden seguir respirando parcialmente por la boca, incluso después de haber desaparecido la obstrucción. En este sentido es posible considerar la respiración bucal como un hábito.[13]

Su etiología es multifactorial, puede ir desde una obstrucción anatómica (hipertrofia de amígdalas palatinas, desviación del septum nasal, pólipos, hipertrofia de cornetes) hasta traumas nasales y rinitis alérgica.[89]

La respiración oral puede conducir a una fuerza labial de cierre debilitada, probablemente porque se mantienen los labios separados rutinariamente y no se ejercitan efectivamente los músculos periorales.[88]

La obstrucción nasal crónica conduce a respiración oral; posición anterior o inferior de la lengua; mordida abierta anterior; labios medio abiertos; posición baja de la mandíbula; rotación horaria; elongación de la altura facial inferior; tonicidad reducida de la musculatura orofacial; desarmonía en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales; maxilar estrecho; subdesarrollo de la

mandíbula; alteraciones en la posición de la cabeza y protrusión de incisivos superiores.[88, 90]

Efectos inmediatos[91]

- **Dentales:** La incompetencia labial existente, genera labioversión de los incisivos superiores y linguoversión de los inferiores. El espacio libre que hay entre las arcadas permite la extrusión de la zona lateral superior mientras que la presencia de la lengua en posición baja genera un bloqueo eruptivo de la zona lateral inferior, favoreciendo la aparición de maloclusión Clase II de Angle.
- **Ortopédicos.** La rotación mandibular, debido al descenso de la lengua y apertura bucal, conlleva a una posición sinfisiaria retraída. La hipotonía muscular inhibe el crecimiento condilar y de la rama ascendente.

Efectos a medio plazo[91]

- **Dentales:** La clase II molar de Angle es mucho más evidente por la presencia de la extrusión del sector lateral superior y el bloqueo eruptivo del inferior. El resalte a nivel anterior aumenta, lo que permite la interposición del labio inferior y habitualmente la instauración de la deglución atípica. La verticalización de los incisivos inferiores y el bloqueo de la zona lateral inferior favorecen el aumento de la curva de Spee.
- **Ortopédicos:** Existe un remodelamiento alveolar con lo que se estabilizan la postero-rotación y la retrusión mandibular. Se establece así una clase II esquelética.

Efectos a largo plazo[91]

- **Dentales:** La verticalización de los incisivos inferiores conlleva a la pérdida de contacto con los superiores. Mientras la extrusión de los inferiores

aumenta, la de los superiores se encuentra bloqueada por la presencia del labio inferior que se interpone en la zona anterior. Estos cambios en los incisivos favorecen el aumento de la sobremordida. A nivel molar se establece la relación clase II de Angle, la curva de Spee es más exagerada y la posición baja de la lengua favorece el desarrollo de una contracción maxilar que puede ocasionar mordida cruzada uni o bilateral.

- **Ortopédicos:** La retrusión mandibular produce un cambio en la respuesta de los tirantes musculares que ejercen una fuerza distal arrastrando hacia atrás al maxilar superior.
- **Funcionales:** Interposición del labio inferior que presenta hipertonicidad. El superior suele ser corto e hipotónico.

3.2.8 OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN

Oclusión es la relación de ambas arcadas, es decir la superior con la inferior. Cualquier alteración en estas arcadas, es decir en la disposición de los dientes en su propia arcada, así como cualquier desviación, recibe el nombre de maloclusión.[12]

Según el Diccionario Odontológico de Marcelo Friedenthal: “maloclusión” es una condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con las demás en el mismo arco y con las del arco antagonista. Estas anomalías de espacio y posición presentan como variedades principales la disto-oclusión, mesio-oclusión, vestíbulo-oclusión, linguo-oclusión, hiper-oclusión e hipo-oclusión. La maloclusión ocupa el tercer lugar en los trastornos bucales, después de la caries y la enfermedad periodontal.[92]

En general las maloclusiones pueden afectar a cuatro sistemas tisulares: dientes, huesos, músculos y nervios. En algunos casos, sólo los dientes son irregulares; la relación maxilar puede ser buena y la función muscular y neural

normal. En otros casos los dientes pueden estar bien alineados, pero puede existir una relación maxilar anormal, de tal forma que los dientes no hagan contacto correcto durante la función. Pero también la maloclusión puede afectar a los cuatro sistemas con malposiciones individuales de dientes, relación anormal de los maxilares y función muscular y neural anormal. A estos dos últimos sistemas se les llama también sistema neuro–muscular.[93]

3.2.8.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

Según los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas como uno de los denominados “problemas de salud”.[12]

3.2.8.2 ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

La clasificación según Graber divide los factores etiológicos en intrínsecos y extrínsecos. Aunque existan algunas desventajas en esta clasificación, es el más fácil de emplear y el más didáctico.[59]

Factores extrínsecos: Son factores actuando a distancia, muchas veces durante la formación del individuo, y que por tanto son difícilmente controlables por el ortodoncista, excepto los hábitos bucales. En estos casos, la contención debe ser prolongada llegando a ser permanente.[59]

a. Herencia (influencia racial; tipo facial hereditario; influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo).
b. Molestias o deformidades congénitas (labio leporino; parálisis cerebral; tortícolis; disostosis cleidocraneana; sífilis congénita).
c. Medio Ambiente (influencia prenatal y postnatal).

d. Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes
e. Problemas dietéticos (raquitismo; escorbuto; beriberi).
f. Hábitos y presiones anormales.
g. Postura
h. Accidentes y traumatismos

Factores intrínsecos: Son más directamente relacionados a la cavidad bucal y perfectamente controlables por el odontólogo. Estos deben ser detectados y eliminados para que la corrección sea mantenida y no existan recidivas.[59]

a. Anomalías de número (supernumerarios, agenesias)
b. Anomalías de tamaño (macrodoncia, microdientes)
c. Anomalías de forma (dientes conoides, cúspides extras, geminación, fusión, molares en forma de frambuesa, dientes de Hutchinson)
d. Frenillos labiales y bridas mucosas
e. Pérdida prematura de dientes deciduos
f. Retención prolongada de dientes deciduos
g. Erupción tardía de dientes permanentes
h. Vía de erupción anormal
i. Anquilosis
j. Caries dental

3.2.8.3 TIPOS DE MALOCLUSIONES

La clasificación de las maloclusiones, que implica las relaciones entre el esqueleto, los maxilares y la cara no es nueva y ha sido intentada frecuentemente, existiendo diversas clasificaciones que se han propuesto a lo largo de la historia de la ortodoncia.[93]

CLASIFICACION DE ANGLE

De acuerdo con Angle la parte más importante de la oclusión es la relación molar. En otras palabras, el arco inferior se encuentra en relación con el superior en su descripción de malposiciones máxilo-mandibulares. Angle dividió las maloclusiones en tres clases amplias: Clase I (neutro-oclusión), Clase II (disto-oclusión) y Clase III (mesio-oclusión). Pero lo que en realidad hizo Angle fue categorizar las maloclusiones por síndromes, creando una imagen mental de las características de ciertos tipos de maloclusiones en cada clase.[94,95]

- **CLASE I (Neutro-oclusión):** La maloclusión clase I está asociada a una relación esquelético máxilo-mandibular normal; la discrepancia se encuentra entre los dientes y el tamaño de la mandíbula del individuo. Así como en una oclusión ideal, en la maloclusión clase I las cúspides mesio-bucales de los primeros molares superiores permanentes ocluyen en el surco bucal de los primeros molares inferiores permanentes.[96]
- **CLASE II (Disto-oclusión):** Poseen dos divisiones o tipos:
    - **CLASE II, División 1:** Se dice que existe una maloclusión clase II división 1 cuando el primer molar inferior permanente se encuentra distal a su contraparte superior. Esta disto-oclusión puede ser resultado de una mandíbula retrógnata, de un maxilar que se encuentra demasiado hacia delante, o una combinación de ambos. Además de la discrepancia esquelética anteroposterior, los arcos pueden estar apiñados, y también puede presentar una mordida abierta anterior. Debido a la sobreposición horizontal (sobremordida horizontal) del segmento anterior de los arcos de la maloclusión clase II, los inferiores anteriores pueden estar en sobre erupción hacia el paladar.[96]

- **CLASE II, División 2:** Esta maloclusión también presenta una disto-oclusión, y su forma típica está caracterizada por una sobremordida vertical anterior profunda, los incisivos centrales superiores tienen inclinación lingual y los incisivos laterales superiores están inclinados labialmente (vestibular) y una curva de Spee exagerada en el arco mandibular con poco o nada de apiñamiento.[96]

- **CLASE III (Mesio-oclusión):** Una maloclusión clase III esquelética o verdadera es causada por sobrecrecimiento de la mandíbula creando una mesio-oclusión y consecuentemente una mordida cruzada anterior. En algunos casos el problema se complica más cuando existe un maxilar insuficiente o retraído. Otras características son la inclinación labial de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores, además, existe labio superior hipertónico, mientras que el inferior es hipofuncional.[96]

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. **Oclusión dentaria:** Relación de contacto tanto estática como dinámica de las arcadas superior e inferior entre sí, que deben mantener una interrelación anatómica y funcional con respecto a los dientes con sus tejidos de sostén, a las articulaciones temporomandibulares y a la neuromusculatura.

2. **Maloclusión:** La maloclusión es una patología del sistema estomatognático que puede ser dentaria, esquelética, funcional o mixta. Cuando el origen es dentario, es referido a malposiciones dentarias, y ésta es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. Esto conlleva a que las

piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad. Si el origen es esquelético, es referido a que el defecto está en las bases óseas. Cuando es funcional, se debe generalmente a una alteración en la dinámica mandibular por alteraciones del sistema neuromuscular que conducen a una oclusión dentaria anormal.

3. **Hábito oral:** Un hábito es aquel acto que al principio es realizado de forma consiente, pero por la repetición del mismo se torna inconsciente, constante, y automático que resulta fácil de efectuar, pero difícil de modificar, el cual está relacionado en una forma muy general con las adaptaciones musculares posturales y con el tono muscular, además del control de movimientos semiautomatizados. Está demostrado que la práctica de hábitos orales produce satisfacciones y en algunos casos son manifestaciones minimizantes subestimadas de procesos de ansiedad.

4. **Conocimiento:** El conocimiento es el fundamento teórico y conceptual del desarrollo de la ciencia considerándose como un sistema dinámico que interactúa con una serie de elementos como la teoría, práctica, investigación y educación, que en su conjunto son brindados al profesional, siendo el conocimiento un proceso de evaluación permanente. El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.

5. **Actitud:** Es una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

3.4 HIPÓTESIS

Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y la actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión 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.	Cuestionario (Escala de estaninos).	Ordinal	-Deficiente -Regular -Bueno
		Conocimiento sobre el tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos.			
		Conocimientos sobre las medidas que evitan la instalación de hábitos orales nocivos.			
Actitud frente a los hábitos orales nocivos.	Comportamiento de primera opción que asumen las participantes ante los hábitos orales nocivos.	Componente cognitivo.	Lista de cotejos (Escala de Lickert).	Ordinal	-Negativa -Indiferente -Positiva
		Componente afectivo.			
		Componente conductual.			

IV. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

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

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 360 madres que acudieron en un mes al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para la atención de sus hijos.

El tipo de muestreo para obtener una muestra representativa fue aleatorio simple, que fue obtenida mediante la siguiente fórmula:

$$\mathrm{n}_1 = \frac{z^2 pq}{E^2} \qquad\qquad n = \frac{n_1}{1+\frac{n_1}{N}}$$

Donde:

z = 1,96 (a un nivel de confianza del 95%)

E = 0,05 (error estándar)

p = 0,17 (prevalencia del nivel de conocimiento moderado, tomado del trabajo de Mendizábal[26])

q = 1-p

N = 360

n = muestra = 136

El tamaño muestral ajustado a perdidas: n_f = 143

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres mayores de 18 años.
- Madres de niños menores de 12 años.
- Madres de niños sin enfermedades sistémicas o congénitas.
- Madres de niños que no estén en tratamiento ortodontico.
- Madres que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres odontólogas
- Madres que presenten alguna alteración sistémica, física o mental.
- Madres analfabetas.

4.3 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Se realizó un documento dirigido al director del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y al jefe del servicio de Pediatría, solicitando la autorización para ejecutar esta investigación.

El proceso de recolección de datos se realizó mediante un cuestionario, previamente calibrado y sometido a juicio de expertos, para ello se tomó como referencia el cuestionario utilizado por Mendizábal[26] al cual se le realizó modificaciones. Luego fue verificado a través de tres pruebas piloto.

Luego de evaluado el cuestionario, se procedió a la recolección de datos, el cual se realizó mediante la aplicación de éste a 143 madres que acudieron acompañando a sus hijos al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

El primer cuestionario estuvo conformado por 12 preguntas cerradas sobre nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y el segundo cuestionario por 08 ítems sobre actitudes frente a los hábitos orales nocivos.

A su vez el cuestionario sobre conocimiento estuvo dividido en 03 dominios o categorías de la siguiente manera:

1) Primer dominio: Conocimiento sobre hábitos orales nocivos (04 preguntas)
    a. Deglución atípica
    b. Succión no nutritiva
    c. Hábitos de morder
    d. Respiración bucal
2) Segundo dominio: Conocimiento sobre tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos (04 preguntas)
    a. Mordida abierta anterior y vestibularización.
    b. Mordida abierta anterior, arco maxilar estrecho, vestibularización de incisivos superiores y lingualización de incisivos inferiores.
    c. Mordida cruzada de 1 o 2 dientes, intrusión de incisivos superior.
    d. Maxilar estrecho, incompetencia labial, posición baja de la mandíbula, elongación de la altura facial inferior, protrusión de incisivos superiores.
3) Tercer dominio: Conocimiento sobre medidas para evitar la instalación de los hábitos orales nocivos (04 preguntas)
    a. Darle de lactancia materna exclusiva durante los primeros 06 meses.
    b. Usar un chupón que sea recomendado por un odontólogo especialista en niños.
    c. Crear un ambiente familiar emocionalmente estable.
    d. Llevarlo al médico especialista para que los revise.

Se dio un punto por cada respuesta correcta, obteniendo un máximo de 12 puntos y según la escala de estaninos dividimos en tres categorías agrupándolos en los siguientes intervalos:

Escala para el total de preguntas:

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

Escala para cada uno de los dominios:

1. Para el primer dominio “conocimiento sobre hábitos orales nocivos” (04 preguntas)

- Deficiente: 1 ó ningún punto
- Regular: 2-3 puntos
- Bueno: 4 puntos

2. Para el segundo dominio “tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos” (04 preguntas)

- Deficiente: 1 ó ningún punto
- Regular: 2-3 puntos
- Bueno: 4 puntos

3. Para el tercer dominio “medidas para evitar la instalación de los hábitos orales nocivos” (04 preguntas)

- Deficiente: 1 ó ningún punto
- Regular: 2-3 puntos
- Bueno: 4 puntos

En la variable actitud se usó la escala de Lickert, la validación del instrumento estuvo sometido también a juicio de expertos.

Para la variable actitud se usó un cuestionario que constó de 08 ítems con proposiciones de alternativa múltiples. La escala de Lickert tuvo como objetivo identificar las actitudes que tienen las madres frente a los hábitos orales nocivos.

Para la medición de esta variable se le asignó un valor del 1 al 5 a las proposiciones:

- Definitivamente no: 1 punto
- Probablemente no: 2 puntos
- Duda: 3 puntos
- Probablemente sí: 4 puntos
- Definitivamente sí: 5 puntos

Se clasificó el puntaje total obtenido en tres categorías:

- Actitud negativa: 8 – 15 puntos
- Actitud indiferente: 16 – 29 puntos
- Actitud positiva: 30 – 40 puntos

Se realizó tres pruebas pilotos para dar validez y confiabilidad a los instrumentos, la validez del instrumento sobre conocimiento estuvo a cargo de jueces expertos en un total de cinco: tres jueces del área de Odontopediatría y dos jueces del área de Ortodoncia todos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, además de ello fue sometido a prueba estadística para hallar su confiabilidad (Kuder-Richardson=0.815) el cual resultó ser un instrumento de excelente confiabilidad. La evaluación de la escala de Lickert estuvo a cargo de los mismos docentes y también fue sometido a prueba estadística para hallar su confiabilidad (Alfa de Cronbach=0.749) que también dio como resultado ser un instrumento de excelente confiabilidad.

El cuestionario fue resuelto y devuelto al tesista en el mismo día de su aplicación, y se entregó a las madres un tríptico informativo sobre hábitos orales nocivos después de haber respondido a todas las preguntas.

4.4 PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de datos se realizó de manera automatizada empleando una laptop Toshiba Intel Core i7 2.40GHz, utilizando el siguiente software:

- Windows 10 Pro.
- Microsoft Word 2016.
- Microsoft Excel 2016.
- Programa SPSS 20 español.

4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se elaboró una base de datos y se realizó los análisis estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje. Asimismo, se analizó la normalidad de las variables “conocimiento” y “actitud” con la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov (Anexo N°02), luego se usó la prueba estadística de Spearman para hallar la correlación existente entre las variables “conocimiento” y “actitud”. El estudio se trabajó considerando un $p<0.05$ como significativo estadísticamente y un nivel de confianza del 95%.

V. RESULTADOS

5.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA POBLACIÓN

Tabla 1. Distribución numérica y porcentual de la población según las covariables sociodemográficas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	18 a 25 años	19	13,3	13,3	13,3
	26 a 35 años	53	37,1	37,1	50,3
	36 a más años	71	49,7	49,7	100,0
	Total	143	100,0	100,0	
Número de hijos	1 hijo	61	42,7	42,7	42,7
	2 hijos	42	29,4	29,4	72,0
	3 a más hijos	40	28,0	28,0	100,0
	Total	143	100,0	100,0	
Grado de instrucción	primaria	9	6,3	6,3	6,3
	secundaria	69	48,3	48,3	54,5
	técnico	40	28,0	28,0	82,5
	universitario	25	17,5	17,5	100,0
	Total	143	100,0	100,0	
Experiencia odontológica previa	sí	136	95,1	95,1	95,1
	no	7	4,9	4,9	100,0
	Total	143	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Se contó con la participación de 143 madres que acudieron al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2018.

La agrupación de la población según edad se realizó haciendo un corte en los 25 y 35 años.

En la Tabla N°01 se observa que respecto a la edad el mayor porcentaje está en el grupo etario de 36 a más años con 71 (49.7%) madres, respecto al número de hijos el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de madres que solo tienen 1 hijo con 61 (42.7%) madres, respecto al grado de grado de instrucción el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de secundaria con 69 (48.3%) madres y 136 (95.1%) madres sí tuvo experiencia odontológica previa.

5.2 RESULTADOS DEL CONOCIMIENTO

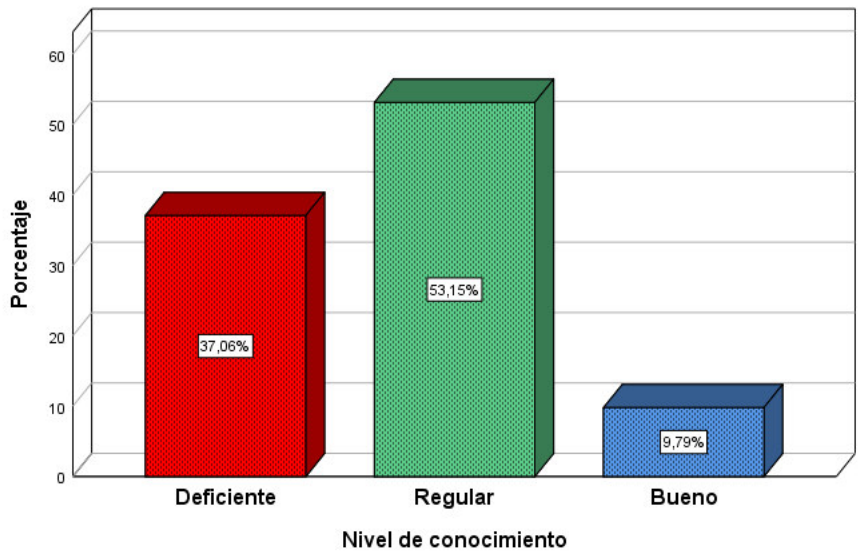
Tabla 2. Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de Pediatría del HNAL, Lima 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	53	37,1	37,1	37,1
	Regular	76	53,1	53,1	90,2
	Bueno	14	9,8	9,8	100,0
	Total	143	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°02 se observa que del total de madres 143 (100%), se encontró que 76 (53.1%) madres tienen un nivel de conocimiento regular, 53 (37.1%) madres tienen un nivel de conocimiento deficiente, y 14 (9.8%) madres tienen un nivel de conocimiento bueno.

Gráfico 1. Nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de Pediatría del HNAL, Lima 2018.



5.3 RESULTADOS DE LA ACTITUD

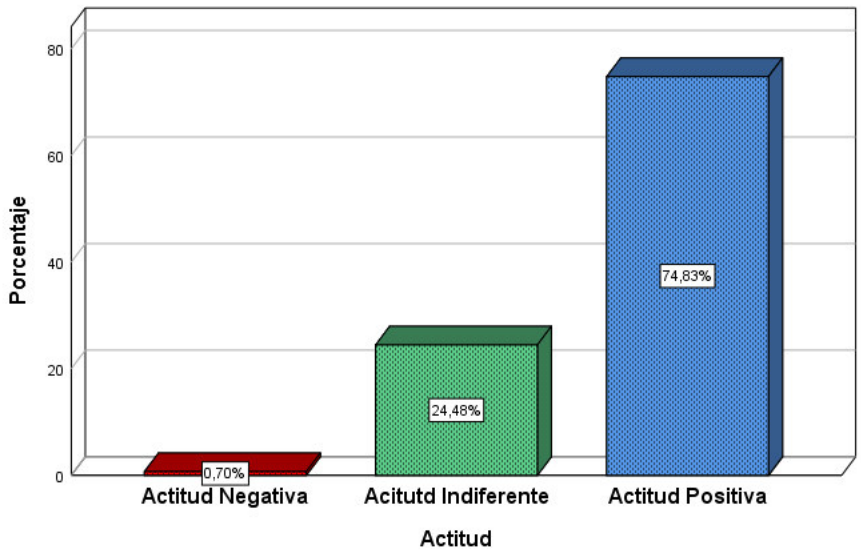
Tabla 3. Actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del HNAL, Lima 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Actitud Negativa	1	,7	,7	,7
	Actitud Indiferente	35	24,5	24,5	25,2
	Actitud Positiva	107	74,8	74,8	100,0
	Total	143	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°03 se observa que del total de madres 143 (100%), se encontró que 107 (74.8%) madres presentan una actitud positiva, 35 (24.5%) madres presentan actitud indiferente y 1 (0.7%) madre presenta actitud negativa.

Gráfico 2. Actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del HNAL, Lima 2018.



5.1 RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD

Tabla 4. Distribución numérica y porcentual del nivel de conocimiento y actitudes de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria.

			Actitud			
			Negativa	Indiferente	Positiva	Total
Nivel de conocimiento	Deficiente	Recuento	1	16	36	53
		% del total	0,7%	11,2%	25,2%	37,1%
	Regular	Recuento	0	15	61	76
		% del total	0,0%	10,5%	42,7%	53,1%
	Bueno	Recuento	0	4	10	14
		% del total	0,0%	2,8%	7,0%	9,8%
Total		Recuento	1	35	107	143
		% del total	0,7%	24,5%	74,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°04 se observa que en el nivel de conocimiento regular (53.1%) la mayoría tuvo una actitud positiva (42.7%), seguido del nivel de conocimiento deficiente (37.1%) donde predominó la actitud positiva (25.2%) y en último lugar el nivel de conocimiento bueno (9.8%) donde predominó la actitud positiva (7%).

Gráfico 3. Distribución numérica y porcentual del nivel de conocimiento y actitudes de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria.

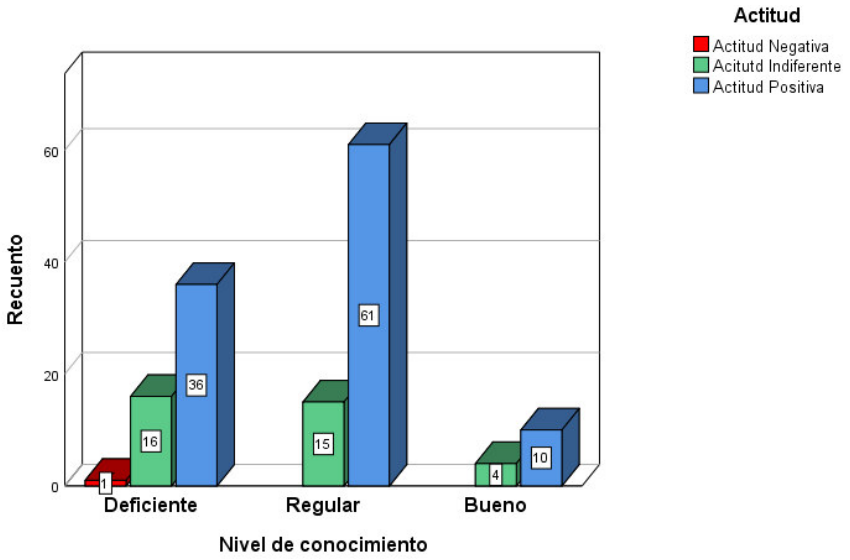


Tabla 5. Correlación de Spearman entre la variable conocimiento y la variable actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

			Actitud
Rho de Spearman	Conocimiento	Coeficiente de correlación	,272
		Sig. (bilateral)	,001
		N	143

Fuente: Elaboración propia

H_0: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a los hábitos orales nocivos.

H_1: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a los hábitos orales nocivos.

En la tabla N°05 se observa que el coeficiente de correlación de Spearman es (rho= 0.272, p=0.001 < 0.05) para el conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y las actitudes frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018. Se concluye que existe relación la cual es positiva baja y significativa.

Gráfico 4. Diagrama de dispersión de las variables nivel de conocimiento y actitud.

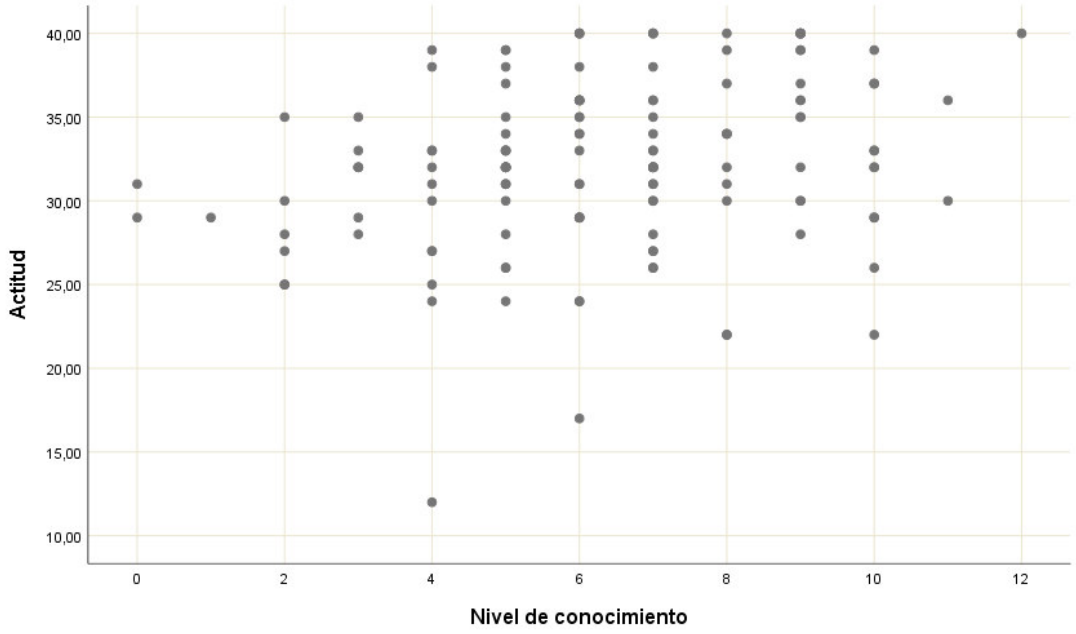


Tabla 6. Tabla de índices de correlación.

Índice de correlación	Interpretación
1 a 0.80	Correlación positiva muy alta
0.80 a 0.60	Correlación positiva alta
0.60 a 0.40	Correlación positiva moderada
0.40 a 0.20	Correlación positiva 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 negativa baja
-0.40 a -0.60	Correlación negativa moderada
-0.60 a -0.80	Correlación negativa alta
-0.80 a -1	Correlación negativa muy alta

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

5.2 RESULTADOS DEL CONOCIMIENTO POR DOMINIOS

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre el primer dominio " Hábitos orales nocivos"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	42	29,4	29,4	29,4
	Regular	80	55,9	55,9	85,3
	Bueno	21	14,7	14,7	100,0
	Total	143	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°07 se observa que del total de madres 143 (100%), se encontró que 80 (55.9%) madres tienen un nivel de conocimiento regular sobre el primer dominio “hábitos orales nocivos”, 42 (29.4%) madres tienen un nivel de conocimiento deficiente, y 21 (14.7%) madres tienen un nivel de conocimiento bueno.

Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre el primer dominio " Hábitos orales nocivos"

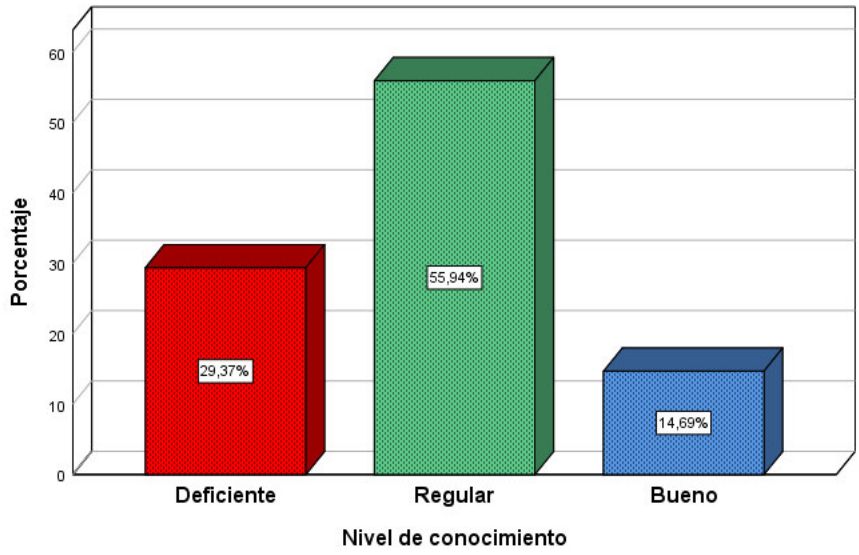


Tabla 8. Nivel de conocimiento sobre el segundo dominio "Tipos de maloclusiones que generan los hábitos orales nocivos".

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	83	58,0	58,0	58,0
	Regular	57	39,9	39,9	97,9
	Bueno	3	2,1	2,1	100,0
	Total	143	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°08 se observa que del total de madres 143 (100%), se encontró que 83 (58%) madres tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre el segundo dominio “tipos de maloclusiones que generan los hábitos orales nocivos”, 57 (39.9%) madres tienen un nivel de conocimiento regular, y 3 (2.1%) madres tienen un nivel de conocimiento bueno.

Gráfico 6. Nivel de conocimiento sobre el segundo dominio "Tipos de maloclusiones que generan los hábitos orales nocivos".

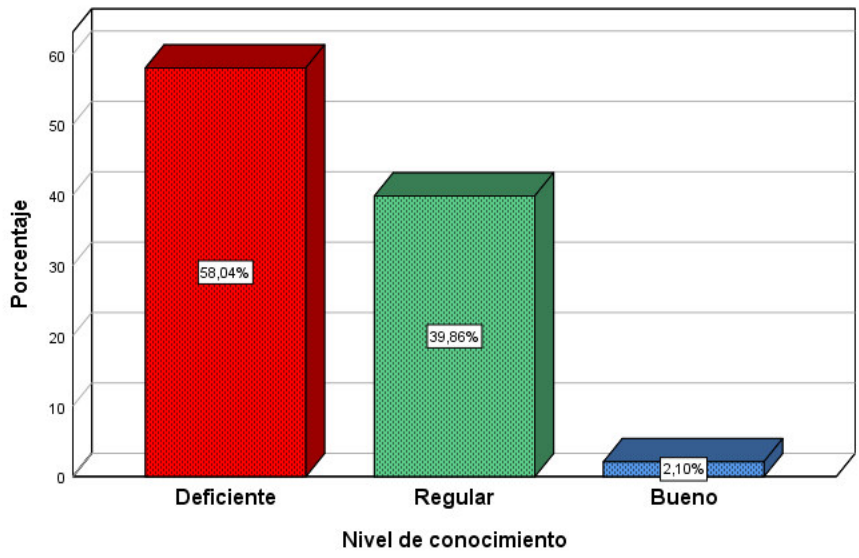


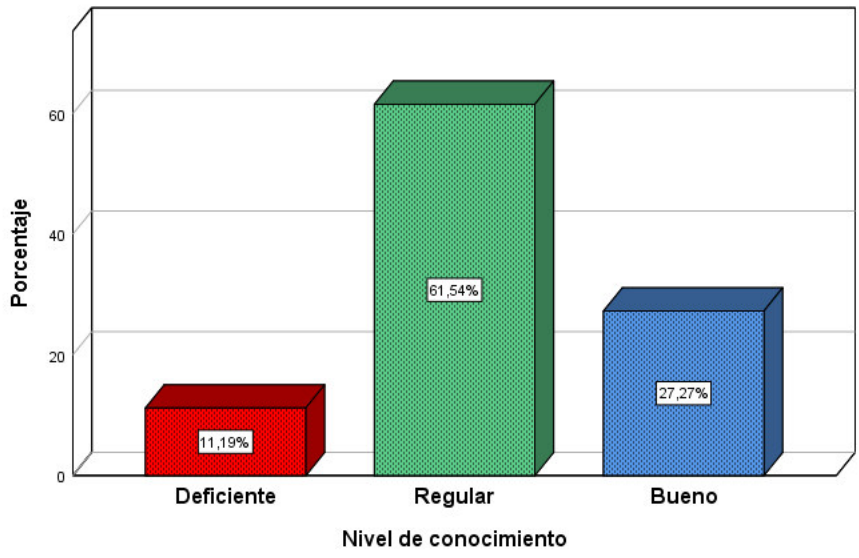
Tabla 9. Nivel de conocimiento sobre el tercer dominio "Medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos".

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	16	11,2	11,2	11,2
	Regular	88	61,5	61,5	72,7
	Bueno	39	27,3	27,3	100,0
	Total	143	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°09 se observa que del total de madres 143 (100%), se encontró que 88 (61.5%) madres tienen un nivel de conocimiento regular sobre el tercer dominio “medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos”, 39 (27.3%) madres tienen un nivel de conocimiento bueno, y 16 (11.2%) madres tienen un nivel de conocimiento deficiente.

Gráfico 7. Nivel de conocimiento sobre el tercer dominio "Medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos".



VI. DISCUSIÓN

Los hábitos orales nocivos son considerados como factores extrínsecos de la maloclusión, para que estos hábitos orales nocivos causen desequilibrio en la oclusión dependen de la combinación frecuencia, intensidad y duración con la cual se realice. Según la OMS, las maloclusiones son consideradas como la tercera patología estomatológica más frecuente en el mundo, por lo cual se hace de vital importancia poder prevenir los factores etiológicos que favorezcan su desarrollo.

Estas costumbres que en un inicio son inocuas aparecen a temprana edad y es en este momento donde se tiene que intervenir a fin de prevenir que se instalen y se conviertan en hábitos orales nocivos. Siendo la madre la que generalmente tiene a cargo el cuidado del niño es de vital importancia que cuenten con conocimientos sobre causas, consecuencias y medidas preventivas a fin de conservar la salud oral de su hijo.

Actualmente se han publicado estudios que dan cuenta del nivel de conocimiento que poseen los padres y de personas que no trabajan en el área odontológica en distintos países, sobre hábitos orales nocivos; sin embargo, la actitud frente a los hábitos orales nocivos no ha sido objeto de estudio. En nuestro país, uno de los primeros estudios realizados es el de Mendizabal[26] donde solo se evaluó el conocimiento de las madres. Basándonos en su investigación y tomando su instrumento de recolección como modelo de estructura se elaboró, previas modificaciones, el instrumento utilizado en el presente estudio cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de 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, 2018.

En la presente investigación se estudió la población de madres que acuden llevando a sus hijos al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los

meses de agosto y setiembre del 2018. Se planteó determinar la relación de las variables “Conocimiento” y “Actitud” hacia los hábitos orales nocivos. Obteniéndose como resultado que existe correlación positiva baja y significativa (rho= 0.272, p=0.001 $<$ 0.05) entre las variables “Conocimiento” y “Actitud”. Esto significa que las variables al ser producto de la psiquis humana están afectadas por componentes aleatorios, como por ejemplo prejuicios, creencias, temores e influencias socioculturales. Una madre podría saber mucho sobre el tema, pero su actitud se ve afectada por esos componentes aleatorios o también llamadas variables no observadas, o viceversa, y que son limitaciones propias de los estudios correlacionales por lo que se dificulta establecer una correlación alta.

En cuanto al nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en la muestra de madres se obtuvo como resultado un nivel de conocimiento regular en 76 (53.1%) madres, asimismo 53 (37.1%) madres tuvieron un nivel de conocimiento deficiente, sumando ambos valores nos resulta una considerable diferencia respecto al nivel de conocimiento bueno con 14 (9.8%) madres. Estos resultados evidencian que el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria es moderado, incluso llega a nivel bueno en el análisis del tercer dominio o categoría. Estos resultados podemos comprarlos con estudios realizados anteriormente como por ejemplo el de Mendizábal[26] en el 2007 donde encontró como resultado que el nivel de conocimiento que predominó fue el deficiente en un 83% de su población, este es el estudio más similar con el que podemos comparar ya que tomamos como referencia su instrumento de recolección, que fue un cuestionario dividido en 3 dominios o categorías, sin embargo, las madres de su población estudiada presentaron mucho mayor porcentaje de nivel de conocimiento deficiente que la estudiada en esta investigación y una posible causa de esto es que en el servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza los residentes realizan pequeñas sesiones

educativas sobre prevención en la salud estomatológica a las madres que están esperando las diversas consultas empleando material visual como rotafolios, esto de alguna manera influenciaría positivamente a que las madres aumenten un poco su conocimiento sobre prevención. Otro estudio realizado por Aparcana[23] en el 2013 en la ciudad de Tacna en centros educativos preescolares concluyó que predomino el nivel de conocimiento deficiente en el 93.95% de las madres; aquí se observa que el porcentaje de desconocimiento sobre hábitos orales nocivos es abrumador esto tiene cierta relación con que en los centros educativos hay ausencia de educación en prevención por lo que se ve reflejado en los resultados. Por otra parte, Sanz[22] en su estudio realizado en el 2013 encontró que el 50% de las madres conocen poco sobre hábitos orales nocivos, este fue un estudió más enfocado a reconocer y diferenciar los hábitos orales nocivos, sin embargo, nos muestra que la mitad de su población no sabría reconocer un hábito oral nocivo y muchos menos tener conocimiento sobre cómo prevenirlo. Una perspectiva diferente nos muestra el estudio realizado por Tipán[15] el 2018 en Ecuador donde obtuvo como resultado que el nivel de conocimiento en su gran mayoría era adecuado, este estudio lo realizó en padres de familia de una institución educativa particular, podemos decir que este nivel de conocimiento que tienen podría deberse a que en dicho país la política de prevención está siendo manejada de manera más eficaz en comparación a nuestra sociedad, también recalcar que el conocimiento que presentan los padres de familia está más enfocado a reconocer los hábitos orales nocivos mas no tanto profundizan en las causas y consecuencias como las que se analizan en nuestro estudio.

Esta investigación se subdividió en tres dominios. De esta manera se identificó el nivel de conocimiento de las madres acerca de los hábitos orales nocivos, tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos y medidas que eviten la instalación de los hábitos orales nocivos en el niño.

En el análisis del primer dominio “conocimiento sobre hábitos orales nocivos” nos da como resultado que predominó el nivel de conocimiento regular con 80 (55.9%) madres encuestadas. Esto se interpreta como que las madres conocen parcialmente los principales hábitos orales nocivos que son deglución atípica, succión digital, respiración bucal y hábitos de morder, es decir, no identifican cuando son considerados hábitos orales nocivos ni tampoco sus causas. Este resultado es igual al que encontró Mendizábal[26], pero diferente al encontrado por Borroto[28] quien encontró nivel de conocimiento deficiente referente a los tipos de hábitos y los trastornos que estos provocan.

En el segundo dominio “conocimiento acerca del tipo de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos” predomino el nivel de conocimiento deficiente con 83 (58%) madres encuestadas. Esto demuestra que las madres tienen poco conocimiento sobre las consecuencias que podrían producir estos hábitos orales nocivos tales como mordida abierta, mordida cruzada, apiñamiento, paladar atrésico, etc., y por lo tanto lo consideran inocuas para la salud bucal de su hijo generándole cierto grado de desinterés en buscar información que la puedan ayudar a prevenir estas alteraciones. Mismo resultado encuentra Mendizábal[26] en su investigación.

En el tercer dominio “conocimiento sobre medidas para evitar que se instalen los hábitos orales nocivos” predominó el nivel de conocimiento regular con 88 (61.5%) madres encuestadas. De igual manera Mendizábal[26] encontró los mismos resultados. Esto nos indica que las madres le dan mayor importancia a la información preventiva y por lo tanto recepcionan y asimilan mejor esta clase de información, pero esta información que manejan es muy básica y las limita en su propósito de proteger a sus hijos de las alteraciones que pueden ocasionar los hábitos orales nocivos.

Respecto a la variable actitud frente a los hábitos orales nocivos el tipo de actitud que predominó fue la positiva con 107 (74.8%) madres encuestadas seguida de la

indiferente con 35 (24.5%) madres y solo 1 (0.7%) madre tuvo una actitud negativa. Vemos que la gran mayoría de madres tienen una actitud positiva frente a los hábitos orales nocivos, esto quiere decir que están predispuestas a hacerle frente previniendo y corrigiendo estos hábitos orales nocivos, asimismo se observa que también hay una cantidad considerable de actitud indiferente esto se entiende como insensibilidad o frialdad emocional de las madres hacia sus hijos o simplemente ignorancia, y por último el hecho que la actitud negativa sea casi nula nos indica que la gran mayoría de las madres tiene una postura adecuada frente a los hábitos orales nocivos.

En el Perú y en el mundo no existen estudios donde se evalué la actitud de las madres frente a los hábitos orales nocivos por lo que no se puede hacer comparaciones con los resultados obtenidos en esta investigación.

VII. CONCLUSIONES

1. Existe correlación positiva baja y significativa entre el nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria y la actitud frente a los hábitos orales nocivos de las madres que acuden al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (rho= 0.272, $p=0.001 < 0.05$).

2. El nivel de conocimiento acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria es regular en el 53.1% (76 madres) y deficiente en el 37.1% (53 madres)

3. La actitud predominante de las madres frente a los hábitos orales nocivos es positiva en el 74.8% (107 madres) y negativa en el 0.7% (1 madre).

4. Las madres poseen un nivel de conocimiento regular sobre el primer dominio “hábitos orales nocivos”.

5. Las madres poseen un nivel de conocimiento deficiente sobre el segundo dominio “tipos de maloclusiones que generan los hábitos orales nocivos”.

6. Las madres poseen un nivel de conocimiento regular sobre el tercer dominio “medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos”.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que se tomen en cuenta los resultados para que se evalúen y analicen las políticas preventivas en educación para la salud.

2. Elaborar programas permanentes y continuos de sesiones educativas en los pacientes que acuden a los diversos servicios del hospital con la finalidad de expandir y afianzar los conocimientos sobre hábitos orales nocivos.

3. Buscar estrategias que permitan la aplicación de las competencias para tratar que las madres mejoren la disposición y mostrar menos actitud de indiferencia frente a los hábitos orales nocivos que puedan presentar sus hijos.

4. En futuras investigaciones se debe incluir la variable “Prácticas”, además de conocimiento y actitud, todo ello bajo el modelo de estudios “CAP: Conocimiento, Actitud y Prácticas” del Ministerio de Salud. Asimismo, se recomienda realizar más estudios en diferentes Hospitales sobre el tema tratado ampliando la muestra.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría Madrid: Ergon; 1999.
2. Correa MS. Odontopediatría en la primera infancia Sao Paulo: Livraria Santos; 2009.
3. Rolón MC, Samudio M. Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre factores preventivos de la salud oral en la primera infancia. Pediatr (Asunción). 2014; 41(3): p. 191-200.
4. Subtelny JD. Oral habits: Studies in form, function, and therapy. Angle Orthod. 1973; 43(4): p. 347-383.
5. Alves R, Nogueira E. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares Brasil: Libros de Artes Médicas; 2002.
6. Singh SP, Ultreja A, Chawla HS. Distribution of malocclusion types among thumb suckers seeking orthodontic treatment. J Indian Soc Pedod Dent. 2008; 26(Suppl 3): p. S114-7.
7. Aguilar M, Nieto I, De La Cruz J. Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2011.
8. Gavish A, Halachmi M, Winocur E, Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls. J Oral Rehabil. 2000; 27: p. 22-32.
9. Varrela J. Masticatory Function and Malocclusion: A Clinical Perspective. 2006; 12: p. 102-109.
10. Proffit W, Fields H, Sarvers D. Contemporary Orthodontics. 4th ed.: Mosby; 2007.
11. MINSAL Ministerio de Salud. Normas de Prevención e Intercepción de Anomalías Dentomaxilares: División de Salud de las Personas, Departamento Odontológico; 1998.

12. Aguila F. Tratado de Ortodoncia teoría y práctica Tomos I y II: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A.; 2000.
13. Proffit W, Fields H. Ortodoncia teoría y práctica España: Mosby / Doyma libros; 1994.
14. Vellini F. Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación clínica. 2nd ed. Brasil: Editora Artes Médicas; 2004.
15. Tipán Cabrera S. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre los hábitos perniciosos en la cavidad bucal, en niños de 3-5 años de la Institución Educativa Particular "Santa Paula", de la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el periodo noviembre-diciembre 2017. Proyecto de investigación previo a la obtención del Título Académico de Odontología. Quito-Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Odontología, Unidad de investigación, titulación y graduación; 2018.
16. Araujo Pila E. Nivel de información que presentan las tecnólogas de desarrollo infantil sobre hábitos bucales deformantes de "Centros Infantiles del Buen Vivir" (CIBV), Zona Quitumbe, Quito 2017. Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Odontólogo. Quito-Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Odontología; 2018.
17. Mallqui Benigno J. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre 6-12 años de la I.E.P. Mater Purissima en el año 2017. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología; 2018.
18. Escola Rocha M. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales. Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología; 2017.
19. Crespín Ponce A. Incidencias de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión en los pacientes de la Clínica de Odontopediatría. Trabajo de titulación

previo a la obtención del Título de Odontólogo. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología; 2015.

20. Zapata Dávalos H, Lavado Torres A, Anchelia Ramírez S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Lima, Perú. KIRU. 2014;11(1):16-24
21. Mendoza Oropeza L, Meléndez Ocampo A, Ortiz Sánchez R, Fernández López A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábito bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista mexicana de ortodoncia. 2014. Vol.2, pág. 220-227.
22. Sanz Linares L. Nivel de información de las madres sobre hábitos orales deletéreos y su prevalencia en niños de 6 - 12 años, Institución Educativa Milagros N°40206 - Hunter Arequipa 2010. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima-Perú: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Odontología; 2013.
23. Aparcana Díaz J. Conocimiento de los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales asociados a las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, 2012. Tesis para optar el grado académico de Maestro en ciencias con mención en Salud Pública. Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela de Posgrado; 2013.
24. Estrella Sáenz A. Asociación de hábitos orales con maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar. Tesis como requisito para obtener el grado de maestría en ciencias odontológicas con especialidad en odontopediatría. Universidad Autónoma de Nueva León. Facultad de Odontología. 2011.
25. García SY, Espeso N, Herrera J. Información sobre hábitos bucales deformantes en trabajadoras de círculos infantiles. Rev Arch Medico de Camaguey. 2010; 14(5).
26. Mendizábal Campoverde 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. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología; 2007.

27. Álvarez González M, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado: fecha de acceso];36(4).
28. Borroto O, Mora C, Aráujo M, López R. Nivel de conocimiento de educación para la salud en ortodoncia de trabajadoras de círculos infantiles. Rev Cubana Orto. 2001; 16(2): p. 83-9.
29. Holt K, Barzel R. A health proffesional´s guide to pediatric oral health management. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC; 2003.
30. Casamassimo P, Holt K. Guide for oral health risk assessment training. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC; 2003.
31. Curasma S. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del C.S. Madre Teresa de Calcuta: El Agustino, 2008. Tesis para optar el título profesional de Lic. en Enfermería. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina, Lima; 2009.
32. Morris CG, Maisto AA. Psicología. Pearson Educación; 2001. 722 p.
33. Nava VH. Del conocimiento vulgar o precientifico al conocimiento científico: caracteres diferenciales. Opción Univ Zulia-Venezuela [Internet]. 1985 [citado 11 de enero de 2016];2(3). Recuperado a partir de: http://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/5931
34. Castillo E. Nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en internos de odontología de tres universidades de

lima, 2014. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Lima; 2014.

35. Pinedo C. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza": Lima, 2007. Tesis para optar el título profesional de Lic. En Enfermería. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima; 2008.
36. Myers DG. Psicología. 7ma Edición. Ed. Médica Panamericana; 2006. 940 p.
37. Weiten W. Psicología: temas y variaciones. Cengage Learning Editores; 2006. 902 p.
38. Garayar Porta NG. Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2007 [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/527/1/garayar_pn.pdf
39. Morales Vallejo P. Medición de actitudes en psicología y educación: Construcción de escalas y problemas metodológicos. Tercera. Madrid: Univ Pontifica Comillas; 2006. 660 p.
40. Ibáñez GT. Introducción a la psicologia social. Editorial UOC; 2011. 454 p.
41. Mampar M. Administración de servicios de enfermería Madrid: Masson Salvat; 1994.
42. Jones E. Fundamentos de la psicología social México: Limusa; 1995.
43. Fernández I. Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Monografía de internet. Barcelona: Centro de Investigación y Asistencia Técnica.
44. Contreras N. Conocimientos y actitudes del medico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Tesis Especialidad en Odontopediatría. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2003.

45. Ander-Egg E. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. 1st ed. Buenos Aires: Humanitas editores; 1978.
46. Hernandez S. Metodología de la Investigación. 2nd ed. Colombia: Mc Graw Hill Interamericana de México; 1991.
47. Müller R, Piñero S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(2).
48. Pipa A, Cuerpo P, López E, Gonzáles M, Pipa I, Prado A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Av Odontoestomato. 2011; 27(3).
49. Martínez H, Garza G, Martínez R, Treviño G, Rivera G. Hábitos orales: succión de dedo, chupon o mamila. Odontol Pediatr. 2011; 10(1).
50. Ocampo A, Johnson N, Lema MC. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Part I. Rev Nac Odontol. 2013; Edición especial.
51. Fuziy A, Ishikawa E, Ferreira R, Tapia J, Cotrim F, Furquim D. Características faciales y oclusales en niños con hábitos bucales. Acta odontológica. 2012; 3.
52. Medina C, Laboren M, Viloria C, Quiros O, D´ Jurisic A, Alcedo C, et al. Hábitos orales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2010; 20.
53. Finn S. Odontología Pediátrica México: Interamericana; 1982.
54. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2011; 5.
55. Reyes D, Torres I, Quesada L, Fernández M, Labrada H. Hábitos orales deformantes en niños de 5 a 11 años. Medisan. 2014; 8(5).
56. Murrieta JF, Martínez L, Morales J, Linares C, Gonzáles MB. Frecuencia y distribución de hábitos parafuncionales en un grupo de escolares mexicanos, 2014. Rev Nac Odontol. 2015; 11(21).

57. Ortiz ML, Restrepo DP, Sierra SY. Análisis comparativo de la deglución normal y atípica utilizando la técnica Payne y la técnica convencional. Revista CES Odontología. 1994; 7(1).
58. Leyt S. Odontología Pediátrica Argentina: Editorial Mundi; 1980.
59. Graber M. Ortodoncia, teoría y práctica. 3rd ed. México: Editorial Interamericana; 1974.
60. Rojas EJ. Prevalencia de hábitos bucales asociados a condiciones fisiológicas, condicionantes psicológicos, algunas alteraciones corporales y maloclusiones en niños de 3 a 12 años del Asentamiento Huamano José Carlos Mariátegui Canto Grande. Tesis bachiller. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 1988.
61. Moyers R. Handbook of Orthodontics Chicago, USA: Year Book Medical Publications; 1975.
62. Braner J. Odontología para niños Argentina: Editorial Mundi; 1953.
63. Learreta JA, Bono AE. Evaluación de las vías aéreas superiores en el diagnóstico ortodontico. Sociedad Argentina de Ortodoncia. 2000; 63(126).
64. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 6th ed. Madrid: Mosby; 2003.
65. Sobral Costa T. Influencia de parámetros infantiles y hábitos orales en la oclusión de niños de 3 a 5 años de edad. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, Facultad de Odontología, Granada; 2011.
66. Matsuo K, Palmer J. Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing-Normal and Abnormal. National Institutes of health. 2008; 19(4).
67. Manso J. Zona Ortodoncia. [Online].; 2006 [cited 2018 06 02. Available from: http://www.zonaortodoncia.com/maloclusion_prev.htm.
68. Guerra ME, Mujica C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venezolana. 1999; 37(2).

69. Costas M, Santos S, Godoy C, Martell M. Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. Rev Pediatr. 2006; 77(2).
70. Queiroz I. Fundamentos de fonoaudiología Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002.
71. Villanueva P, Palomino H. Motricidad orofacial: Fundamentos anatomofisiológicos y evolutivos para la evaluación clínica Santiago, Chile: Editorial Universitaria; 2011.
72. La Orden E, Salcedo E, Cuadrado I, Herráez M, Cabanillas L. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. Nutrición Hospitalaria. 2012; 27(4).
73. Mena P, Mülhausen G, Novoa J, Vivanco G. Guias Nacionales de neonatología Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile; 2005.
74. Sweet CA. Thumb- and finger-sucking by children. Am J Orthod. 1948; 34(1017).
75. Zadik D, Stern N, Litner M. Thumb- and pacifier-sucking habits. Am J Orthod. 1977; 71.
76. Cárdenas D. Fundamentos de odontología pediátrica. 2nd ed. Bogotá: CIB; 2000.
77. Germec D, Taner TU. Lower lip sucking habit treated with a lip bumper appliance. Angle Orthod. 2005; 75.
78. Bjerregaard J, Bundgaard AM, Melsen B. The effect of the mandibular lip bumper and maxillary bite plate on tooth movement, occlusion and space conditions in the lower dental arch. Eur J Orthod. 1980; 2.
79. Aznar T, Galan AF, Marin I, Dominguez A. Dental arch diameters and relationships to oral habits. Angle Orthod. 2006; 76.
80. Aliboni V. Uso del chupete: hallazgos preliminares. Arch Argent Pediatr. 2002; 2.
81. Larsson E. Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. Angle Orthod. 2001; 71.

82. Gois EG, Ribeiro HC, Vale MP, Paiva SM, Serra JM, Ramos ML, et al. Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. Angle Orthod. 2008; 78.
83. Heb C. Los chupones satifacen la necesidad natural de succionar. Taller de expertos: “efectos de los chupones en la mandíbula y desarrollo bucal” Hamburgo; 2010.
84. Ogaard B, Larsson E, Lindsten R. The effect of sucking habits, cohort, sex,intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year-old children. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1994; 106.
85. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits’ duration on dental characteristics in the primary dentition. J Am Dent Assoc. 2001; 132.
86. Lozano M. Uso del chupete y lactancia materna. An Pediatric Barc. 2011; 271e.
87. Moss ML, Salentijn L. The primary role of functional matrices in facial growth. Am J Orthod. 1969; 55.
88. Harari D, Redlich M, Miri S, Hamud T, Gross M. The effect of mouth breathing versus nasal breathing on dentofacial and craniofacial development in orthodontic patients. Laryngoscope. 2010; 120.
89. Warren DW. Effect of airway obstruction upon facial growth. Otolaryngol Clin North Am. 1990; 23.
90. Ngan P, Fields HW. Open bite: a review of etiology and management. Pediatr Dent. 1997; 19.
91. Ustrell W, Fields H. Ortodoncia España: Edicions de la Universitat de Barcelona; 1994.
92. Friedenthal M. Diccionario de Odontología. 2nd ed.: Editorial Médica Panamericana; 1996.

93. Hernandez Huaripaucar E. Maloclusiones y su relación con la disfunción craneomandibular en pacientes de la clínica de la odontológica de la UNSLG de Ica. Tesis para optar el grado académido de Magístes en Estomatología. Perú: Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Facultad de Odontología, Ica; 2004.
94. Millet D. Orthodontic and pediatric dentistry Toronto: Editorial Churchill Livingstone; 2000.
95. Salazar Flores N. Prevalencia de maloclusiones en niños escolares en el departamento de Tumbes. Tesis para optar el título de cirujano dentista. 2003.
96. Mitchell L. An introduction to orthodontic: Oxford University Press; 1996.

X. ANEXOS

ANEXO N°01. Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{n_1}{1 + \frac{n_1}{N}} \qquad \mathrm{n}_1 = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

Donde:

z = 1,96 (a un nivel de confianza del 95%)

E = 0,05 (error estándar 5%)

p = 0,17 (prevalencia del nivel de conocimiento moderado, tomado del trabajo de Mendizábal[15])

q = 1-p = 1 – 0.17 = 0.83

N = 360

n = muestra

$$\mathrm{n}_1 = \frac{(1.96)^2(0.17)(0.83)}{(0.05)^2} = \frac{0.542}{0.0025} = 216.8$$

$$n = \frac{216.8}{1 + \frac{216.8}{360}} = \frac{216.8}{1 + 0.60} = \frac{216.8}{1.60} = 135.5 = 136$$

El tamaño muestral ajustado a perdidas: **n_f = 143**

ANEXO N°2. Análisis estadísticos adicionales.

Tabla 10. Coeficiente de confiabilidad del instrumento conocimiento y actitud.

Variable	Coeficiente	N° de ítems	Validación
Conocimiento (KR20)	0.815	12	Excelente confiabilidad
Actitud (Alfa de Cronbach)	0.749	08	Excelente confiabilidad

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°10 se observa que el coeficiente de confiabilidad obtenido del instrumento conocimiento es de 0.815 y la prueba de confiabilidad del instrumento actitud es de 0.749 siendo instrumentos de excelente confiabilidad.

Tabla 11. Valores de índices de confiabilidad de instrumento.

Nivel de confiabilidad	Valores
Confiabilidad nula	0.53 a menos
Confiabilidad baja	0.54 a 0.59
Confiable	0.60 a 0.65
Muy confiable	0.66 a 0.71
Excelente confiabilidad	0.72 a 0.99
Confiabilidad perfecta	1.00

Fuente: Hernández Sampieri, Roberto (2006). Metodología de la investigación científica. Edit. Mac Graw Hill. Cuarta edición.

Tabla 12. Prueba de distribución normal Kolmogorov – Smirnov de las variables nivel de conocimiento y actitud.

	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Estadístico	gl	Sig.
Variable nivel de conocimiento	,099	143	,002
Variable actitud	,091	143	,006

Fuente: Elaboración propia

H_0: Las puntuaciones tienen distribución normal.

H_1: Las puntuaciones difieren de la distribución normal.

En la tabla N°12 se observa que para la variable nivel de conocimiento su p=0.002 < 0.05 y para la variable actitud su p=0.006 < 0.05 por lo que se concluyen que ambas variables difieren de la distribución normal.

Gráfico 8. Curva de la distribución normal para la variable nivel de conocimiento.

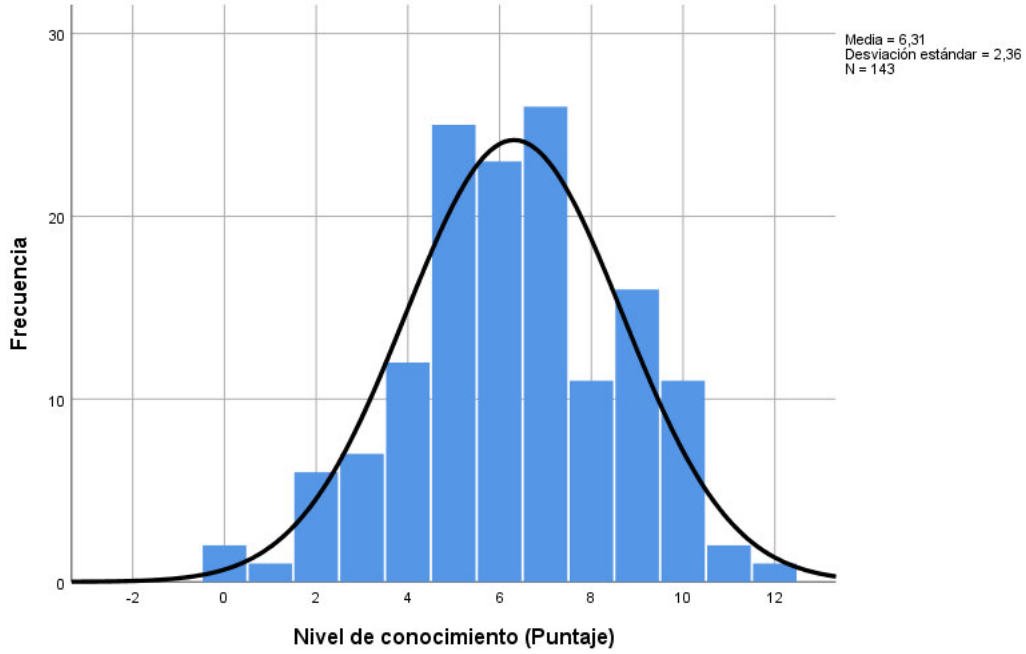
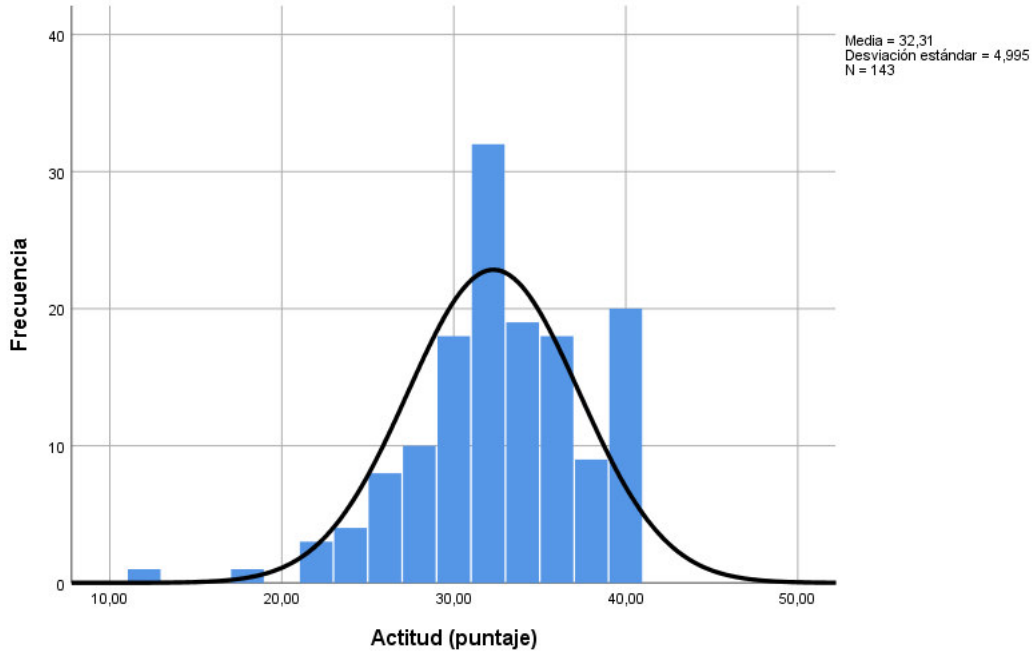


Gráfico 9. Curva de la distribución normal para la variable actitud.



ANEXO N°03. Consentimiento informado.

Estimado paciente:

Soy Frank Benjamín Félix Mendoza Huamaní, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, responsable de la investigación titulada: *"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"*.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria en las madres, durante el año 2018; y para el cual solicito su valiosa participación respondiendo un cuestionario de manera anónima, el cual le tomará un tiempo promedio de 10 minutos.

La información que Ud. brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y los datos recabados serán de absoluta confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que éste le afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud. no recibirá ningún beneficio económico, sin embargo Ud. estará contribuyendo a un importante estudio para la salud de los niños.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse al siguiente teléfono: 964687035

Yo,…….....dejo constancia que se me ha explicado en qué consiste el estudio titulado *"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"*. Realizado por Frank Benjamín Félix Mendoza Huamaní.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar todas las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara por el investigador.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

_____

Firma del paciente

Fecha: DNI N° ……

ANEXO N°04. Cuestionario de conocimiento y actitud.

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

- Ha ido alguna vez al dentista:
  a) sí
  b) no

- Actualmente usted recibe tratamiento dental:
  a) sí
  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 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 bucal
   d. No sé

5. Qué podría ocurrir si su hijo no 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 contactarían 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 primeros 06 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 en 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 pequeñito 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

III. CUESTIONARIO SOBRE LAS ACTITUDES FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS

A continuación, se le presentan 08 enunciados acompañados de 05 alternativas de respuesta. Usted debe marcar con una equis (X) solo en uno de los 05 casilleros de acuerdo a su criterio.

N°	PREGUNTAS	Sí	Tal vez sí	Dudo	Tal vez no	No
1	Si su hijo pasa los alimentos y/o agua de manera "anormal", por ejemplo, colocando la lengua entre los dientes, ¿Usted lo llevaría al dentista para que lo ayude a resolver el problema?					
2	Si ve que su hijo comienza a morder objetos, como un lapicero, después de discusiones familiares o cuando está ansioso ¿buscaría ayuda profesional?					
3	Si su hijo respira siempre por la boca ¿lo tomaría como algo normal y por lo tanto no buscaría ayuda profesional?					
4	Si ve que su hijo se chupa el dedo *constantemente*, ¿acudiría al dentista para que lo ayude a resolver el problema?					
5	Si usted nota que su hijo siempre tiene las uñas mordidas, ¿lo llevaría con los profesionales como dentista y psicólogo para que lo ayuden?					

6	Si usted nota que su hijo juega *constantemente* con su lengua, por ejemplo, empujando los dientes hacia adelante ¿lo consideraría inofensivo?					
7	Si ve que su hijo respira por la boca *constantemente* en vez que, por la nariz, ¿usted lo llevaría a un médico especialista para que lo revise?					
8	Si su hijo usa chupón y no lo quiere dejar, ¿acudiría al dentista para que le recomiende un chupón adecuado para su hijo?					

ANEXO N°05.

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor(a) C.D. Esp. MARÍA ELENA NÚÑEZ LIZARRAGA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SÍ o NO en cada criterio según opinión.

N°	CRITERIOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS: En la elaboración FINAL del cuestionario deben intercalarse las preguntas, no agruparlas por hábito.

Firma del juez experto

Dra. María Elena Nuñez L.
ODONTOPEDIATRA
C.O.P. 3194

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "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".

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
	CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	Pregunta N°1	✓		✓		✓		
2	Pregunta N°2	✓		✓		✓		
3	Pregunta N°3	✓		✓		✓		
4	Pregunta N°4	✓		✓		✓		
	CONOCIMIENTOS SOBRE TIPO DE MALOCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS							
5	Pregunta N°5	✓		✓		✓		
6	Pregunta N°6	✓		✓		✓		
7	Pregunta N°7	✓		✓		✓		
8	Pregunta N°8	✓		✓		✓		
	CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA PREVENIR LOS HÁBITO ORALES NOCIVOS							
9	Pregunta N°9	✓		✓		✓		
10	Pregunta N°10	✓		✓		✓		
11	Pregunta N°11	✓		✓		✓		
12	Pregunta N°12	✓		✓		✓		
	ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS							
13	Pregunta N°13	✓		✓		✓		
14	Pregunta N°14	✓		✓		✓		
15	Pregunta N°15	✓		✓		✓		
16	Pregunta N°16	✓		✓		✓		
17	Pregunta N°17	✓		✓		✓		

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
18	Pregunta N°18	✓		✓		✓		
19	Pregunta N°19	✓		✓		✓		
20	Pregunta N°20	✓		✓		✓		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] 24 de JULIO 2018

Apellidos y nombres del juez evaluador: NÚÑEZ LIZARRAGA MARIA ELENA

Especialidad del evaluador: ODONTOPEDIATRA

Firma y sello

Dra. María Elena Núñez L.
ODONTOPEDIATRA
C.O.P. 3194

[1]Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
[2]Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión
[3]Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor(a) C.D. Esp. Jhon Payl Mezarina Mendoza

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SÍ o NO en cada criterio según opinión.

N°	CRITERIOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		Definir ocupación
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		Mejorar o Replantear las preguntas
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

Firma del juez experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD ACERCA DE LA INFLUENCIA QUE EJERCEN LOS HÁBITOS ORALES EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, EN MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA".

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
	CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	Ítem N°1	X		X		X		
2	Ítem N°2	X		X		X		
3	Ítem N°3		X	X		X		Ser más claro en los termino usados
4	Ítem N°4		X	X		X		
5	Ítem N°5		X	X		X		
	CONOCIMIENTO SOBRE TIPO DE MALOCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES							
6	Ítem N°6		X	X		X		Ser mas claro en los términos usados
7	Ítem N°7		X	X		X		
8	Ítem N°8	X		X		X		
	CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA EVITAR LA INSTALACIÓN DE LOS HÁBITO ORALES							
9	Ítem N°9		X	X		X		Ser más claro en los términos usados.
10	Ítem N°10	X		X		X		
11	Ítem N°11	X		X		X		
12	Ítem N°12		X	X		X		
	ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES							
13	Ítem N°1	X		X		X		
14	Ítem N°2	X		X		X		
15	Ítem N°3	X		X		X		
16	Ítem N°4	X		X		X		
17	Ítem N°5	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
18	Ítem N°6	x		x		x		
19	Ítem N°7	x		x		x		
20	Ítem N°8	x		x		x		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [ ] Aplicable después de corregir [X] 19 de Julio 2018

Apellidos y nombres del juez evaluador: Mezarina Mendoza Jhon

Especialidad del evaluador: Odontopediatra.

Firma y sello

[1]Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
[2]Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión
[3]Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor(a) C.D. Esp. ..... Angie Ruth Aquije Herrera .....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SÍ o NO en cada criterio según opinión.

N°	CRITERIOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		Son algunos detalles que mejorar mejorable.
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		Con algunas opciones de tipo de combotar
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		Si Es adecuado.
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		En algunas preguntas no.
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

Firma del juez experto

Angie Aquije Herrera
Cirujano Dentista

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD ACERCA DE LA INFLUENCIA QUE EJERCEN LOS HÁBITOS ORALES EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, EN MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA".

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
	CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	Ítem N°1	X		X		X		
2	Ítem N°2	X		X		X		
3	Ítem N°3		X	X		X		En Co pagina documentos
4	Ítem N°4		X	X		X		
5	Ítem N°5	X		X		X		
	CONOCIMIENTO SOBRE TIPO DE MALOCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES							
6	Ítem N°6		X	X		X		
7	Ítem N°7		X	X		X		
8	Ítem N°8							
	CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA EVITAR LA INSTALACIÓN DE LOS HÁBITO ORALES							
9	Ítem N°9		X	X		X		
10	Ítem N°10		X	X		X		
11	Ítem N°11		X	X		X		
12	Ítem N°12		X	X		X		
	ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES							
13	Ítem N°1	X		X		X		
14	Ítem N°2	X		X		X		
15	Ítem N°3		X	X		X		
16	Ítem N°4	X		X		X		
17	Ítem N°5	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias		
18	Ítem N°6		X	X		X		//	//	//
19	Ítem N°7		X	X		X		//	//	//
20	Ítem N°8	X		X		X				

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [ ] Aplicable después de corregir [X] .....de.....2018

Apellidos y nombres del juez evaluador: Aguije Herencia, Angie Ruth

Especialidad del evaluador: Odontopediatría

Firma y sello

[1]Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
[2]Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión
[3]Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor(a) C.D. Esp. ....Luciano Soldevilla Galarza.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SÍ o NO en cada criterio según opinión.

N°	CRITERIOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

Firma del juez experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD ACERCA DE LA INFLUENCIA QUE EJERCEN LOS HÁBITOS ORALES EN LA OCLUSIÓN DENTARIA, EN MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA".

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
	CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	Ítem N°1	X		X		X		
2	Ítem N°2	X		X		X		
3	Ítem N°3	X		X		X		
4	Ítem N°4	X		X		X		
5	Ítem N°5	X		X		X		
	CONOCIMIENTO SOBRE TIPO DE MALOCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES							
6	Ítem N°6	X		X		X		
7	Ítem N°7	X		X		X		
8	Ítem N°8	X		X		X		
	CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA EVITAR LA INSTALACIÓN DE LOS HÁBITO ORALES							
9	Ítem N°9	X		X		X		
10	Ítem N°10	X		X		X		
11	Ítem N°11	X		X		X		
12	Ítem N°12	X		X		X		
	ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES							
13	Ítem N°1	X		X		X		
14	Ítem N°2	X		X		X		
15	Ítem N°3	X		X		X		
16	Ítem N°4	X		X		X		
17	Ítem N°5	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
18	Ítem N°6	X		X		X		
19	Ítem N°7	X		X		X		
20	Ítem N°8	X		X		X		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] 12 de Julio 2018

Apellidos y nombres del juez evaluador: Soldevilla Ozbrza Luzino Carlos

Especialidad del evaluador: Ortodoncia

Firma y sello

COP 4825 RNE 0049

[1]Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

[2]Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión

[3]Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor(a) C.D. Esp. Tomás Oriel Orellana Yanarico

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SÍ o NO en cada criterio según opinión.

N°	CRITERIOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

Firma del juez experto
Dr. Oriel Orellana

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "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".

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
	CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	Pregunta N°1	X		X		X		
2	Pregunta N°2	X		X		X		
3	Pregunta N°3	X		X		X		
4	Pregunta N°4	X		X		X		
	CONOCIMIENTOS SOBRE TIPO DE MALOCLUSIÓN QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS							
5	Pregunta N°5	X		X		X		
6	Pregunta N°6	X		X		X		
7	Pregunta N°7	X		X		X		
8	Pregunta N°8	X		X		X		
	CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PARA PREVENIR LOS HÁBITO ORALES NOCIVOS							
9	Pregunta N°9	X		X		X		
10	Pregunta N°10	X		X		X		
11	Pregunta N°11		X	X		X		No hay congruencia en las respuestas
12	Pregunta N°12	X		X		X		
	ACTITUD FRENTE A LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS							
13	Pregunta N°13	X		X		X		
14	Pregunta N°14	X		X		X		
15	Pregunta N°15	X		X		X		
16	Pregunta N°16	X		X		X		
17	Pregunta N°17	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / Ítems	Claridad[1]		Pertinencia[2]		Relevancia[3]		Sugerencias
18	Pregunta N°18	X		X		X		
19	Pregunta N°19	X		X		X		
20	Pregunta N°20	X		X		X		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [ ] Aplicable después de corregir [X] .....de.....2018

Apellidos y nombres del juez evaluador: ORELLANA MANRIQUEZ, TOMAS ORIEL

Especialidad del evaluador: ORTODONCIA

Firma y sello

Dr. Oriel Orellana T.
CoP 2956

[1]Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
[2]Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión
[3]Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

ANEXO 06. PERMISOS

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Doctora

VICTORIA BAO CASTRO
DIRECTORA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Yo, **FRANK BENJAMÍN FÉLIX MENDOZA HUAMANÍ,** identificado con DNI N° 70030587, Bachiller de la Facultad de Odontología de la **Universidad Nacional Mayor de San Marcos** ante Ud. me presento y expongo:

Que deseando ejecutar mi Proyecto de Investigación (Tesis), cuyo título es: **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**, para obtener el grado de CIRUJANO DENTISTA, es que solicito a Ud. ordene a quien corresponda me brinde las facilidades del caso para realizar dicha investigación en la institución que Ud. dignamente dirige.

Por lo expuesto:

Es gracia que espero alcanzar.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
MESA DE PARTES
DIRECCION GENERAL
02 AGO 2018
HORA: 11:10 FIRMA: FOLIOS: 6
RECIBIDO

00017806

Lima, 31 de julio del 2018

Frank Benjamín Félix
Mendoza Huamaní
DNI:70030587

ADJUNTO: Requisitos solicitados.

Lima, 02 de AGOSTO del 2018

CARTA N° / HNAL - 2018

Doctor:
JORGE RICARDO JIMENEZ BUSTAMANTE
Director de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
Presente.-

Por la presente tengo a bien dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y en referencia al Proyecto de Investigación titulado:
"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."
,del cual, el Investigador Principal es el (*):
BACHILLER EN ODONTOLOGÍA, FRANC BENJAMÍN FÉLIX MENDOZA HUATIANI
le comunico lo siguiente:

Después de haber revisado dicho Proyecto de Investigación opino que:

☒ Es factible y conveniente para este servicio.

☐ No es factible por los siguientes motivos:

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

"Dr. DIEGO E. MENDOZA MENDOZA"
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA
C.M.P. 11717 R.N.E. 1998

(Firma y Sello)
Jefe del Departamento, Servicio o Inmediato Superior

(*)Consignar: profesión/ocupación y nombre completo

CARTA DE COMPROMISO DEL

RESPONSABLE INSTITUCIONAL:

Yo, C.D. JORGE CASAVERDE HERMOZA Responsable Institucional (*) en el Proyecto de Investigación presentado por el (la): BACHILLER FRANK BENJAMÍN FÉLIX MENDOZA HUAMÁN me comprometo a respetar las Normas Institucionales y Éticas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, así como realizar el seguimiento, en cuanto a la ejecución del Proyecto de investigación, titulado:

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.

y así mismo garantizar la entrega de un ejemplar del Informe Final, en formato escrito y electrónico a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Arzobispo Loayza.

Lima, 02 de Agosto del 2018

HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA CLÍNICA
Dr. CASAVERDE HERMOZA JORGE
C.O.P. 4186

Firma y sello del Responsable Institucional

(*) Personal con cualquier modalidad de contrato con el Hospital Arzobispo Loayza

ANEXO 07. TRIPTICO INFORMATIVO.

¿QUÉ SON LOS HÁBITOS ORALES NOCIVOS?



Son aquellos hábitos que en cierta etapa del desarrollo del niño son considerados normales pero su persistencia en el tiempo puede conducir a desarrollar alteraciones en la posición de los dientes y huesos alterando la salud bucal del niño.

¿CUÁLES SON LOS HÁBITOS MÁS COMUNES?

Los más comunes son:

- Deglución atípica
- Succión digital
- Hábitos de morder
- Respiración bucal



¿QUÉ PUEDEN PRODUCIR ESTOS HÁBITOS NOCIVOS?

Pueden producir diversas alteraciones en boca y dientes.

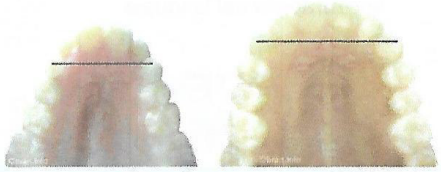
Algunas de estas alteraciones son:



- **Mordida abierta anterior**



- **Paladar estrecho y profundo**



Anormal Normal

- **Apiñamiento (dientes chuecos)**



- **Adelantamiento de dientes superiores**



- **Mordida cruzada de piezas únicas**

