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

Conocimiento y actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista

AUTOR

Jennifer Gianina VELASQUEZ SALCEDO

ASESOR

Dr. Leoncio Vladimir MENÉNDEZ MÉNDEZ

Lima, Perú

2026



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

Velasquez J. Conocimiento y actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Jennifer Gianina Velasquez Salcedo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	74536047
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4046-4278
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Leoncio Vladimir Menéndez Méndez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07857969
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6691-8549
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Eufemia Isabel Correa Olaya
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07763680
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Mercedes Rita Salcedo Rioja
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06001551
Datos de investigación	
Línea de investigación	**No aplica.**
Grupo de investigación	**No aplica.**
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.

Ubicación geográfica de la investigación	• Dirección: Av. Miguel Grau, cuadra 13, Parque Historia de la Medicina Peruana s/n, Cercado de Lima, Lima 15003, Perú. Coordenadas geográficas: • Latitud: -12.056054 • Longitud: -77.015729 • Altitud aproximada: 161 m s. n. m.
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE	Bibliotecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14

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

A C T A DE SUSTENTACIÓN PRESENCIAL N.º 031/FO-EPO/2026

Los Docentes que suscriben, reunidos el 06 de julio de 2026 en la ciudad de Lima, siendo las 14:00 horas, por encargo de la Señora Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista de la Bachiller:

JENNIFER GIANINA VELASQUEZ SALCEDO

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis **«CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE GESTANTES SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA PRIMERA INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO»** y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

Bueno
(escala)

Siendo calificada con un promedio de: Dieciseis (en letras) 16 (en números)

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

PRESIDENTA DEL JURADO
Dra. Eufemia Isabel Correa Olaya

MIEMBRO SECRETARIA
Mg. Mercedes Rita Salcedo Rioja

MIEMBRO VOCAL (ASESOR)
Dr. Leoncio Vladimir Menéndez Méndez

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

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

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, DR. LEONCIO VLADIMIR MENÉNDEZ MÉNDEZ en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la EPO N° 00056-FO-EPO-2026 de la tesis, cuyo título es "CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE GESTANTES SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA PRIMERA INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO" presentado por la bachiller Jennifer Gianina Velasquez Salcedo, para optar el título profesional de Cirujana Dentista. CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 1 % de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional de Cirujana Dentista.

Lima, 08 de junio del 2026

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: DR. LEONCIO VLADIMIR MENÉNDEZ MÉNDEZ

DNI: 07857969

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

A Dios, por su infinita bondad y por permitirme alcanzar esta etapa de mi formación profesional.

A mis padres, por su amor, sacrificio y ejemplo de vida.

A mi compañero de vida Kevin y a mi hijo, por su apoyo, su amor y por ser mi motivación para seguir creciendo.

A mis hermanos y mi familia por su cariño y apoyo constante.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mi familia y a todas las personas que me acompañaron durante este camino.

A mi asesor, el Dr. Leoncio Menéndez Méndez, por su orientación y valiosos conocimientos brindados durante el desarrollo de esta investigación.

A los miembros del jurado por su tiempo y orientación en la mejora del presente estudio.

Al Hospital Nacional Dos de Mayo y a todas las gestantes que participaron en este estudio, haciendo posible la realización de la presente investigación.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las gestantes sobre los hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo. **Metodología**: Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal en una muestra de 351 gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia durante el año 2025. Se aplicó un cuestionario compuesto por 12 preguntas sobre conocimiento y 8 ítems tipo Likert para evaluar la actitud. **Resultados**: El 55,6% de las gestantes presentó un nivel de conocimiento deficiente, el 41,9% un nivel regular y solo el 2,6% un nivel bueno. Respecto a la actitud, el 78,1% mostró una actitud positiva hacia la prevención de hábitos orales nocivos, mientras que el 14,2% presentó actitud indiferente y el 7,7% actitud negativa. El puntaje promedio de conocimiento fue de 5,21 ± 2,43 (máximo 12) y el de actitud de 30,98 ± 6,63 (máximo 40). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento según el trimestre gestacional ($p=0,024$), el número de hijos ($p<0,001$), el grado de instrucción ($p<0,001$) y la atención odontológica ($p<0,05$). Asimismo, la actitud mostró diferencias significativas según el número de hijos ($p<0,001$), el grado de instrucción ($p=0,004$), la asistencia previa al dentista ($p=0,012$) y el tratamiento odontológico actual ($p=0,011$). La prueba de Spearman indicó una correlación positiva débil significativa entre conocimiento y actitud ($rho = 0,265$; $p < 0,001$). **Conclusiones**: Aunque predomina un conocimiento limitado sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia, la mayoría de gestantes presenta actitudes favorables hacia su prevención. Además, el mayor nivel educativo y el contacto con servicios odontológicos se asociaron con mejores niveles de conocimiento y actitudes más positivas.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes, mujeres embarazadas, hospital.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge and the attitude of pregnant women regarding harmful oral habits in early childhood at the Dos de Mayo National Hospital. **Methodology:** A descriptive, correlational, cross-sectional study was conducted with a sample of 351 pregnant women treated at the Gynecology and Obstetrics service during 2025. A questionnaire composed of 12 questions assessing knowledge and 8 Likert-type items evaluating attitude was applied. **Results:** A total of 55.6% of the pregnant women showed a deficient level of knowledge, 41.9% a regular level, and only 2.6% a good level. Regarding attitude, 78.1% showed a positive attitude toward the prevention of harmful oral habits, while 14.2% presented an indifferent attitude and 7.7% a negative attitude. The mean knowledge score was 5.21 ± 2.43 (maximum 12), and the mean attitude score was 30.98 ± 6.63 (maximum 40). Statistically significant differences were found in knowledge according to gestational trimester ($p=0.024$), number of children ($p<0.001$), educational level ($p<0.001$), and dental care ($p<0.05$). Likewise, attitude showed significant differences according to number of children ($p<0.001$), educational level ($p=0.004$), previous dental visits ($p=0.012$), and current dental treatment ($p=0.011$). Spearman's test indicated a weak but significant positive correlation between knowledge and attitude ($rho = 0.265$; $p < 0.001$). **Conclusions:** Although limited knowledge about harmful oral habits in early childhood predominates, most pregnant women show favorable attitudes toward their prevention. In addition, higher educational level and contact with dental services were associated with better levels of knowledge and more positive attitudes.

Keywords: Knowledge, attitudes, pregnant women, hospital.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 8

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 10

2.1. Área problema 10

2.2. Delimitación 11

2.3. Formulación 12

2.4. Objetivos 12

2.5. Justificación 13

2.6. Limitaciones 14

III. MARCO TEÓRICO 15

3.1. Antecedentes 15

3.2. Bases teóricas 18

3.3. Definición de términos 25

3.4. Hipótesis 26

3.5. Operacionalización de variables 27

IV. METODOLOGÍA 28

4.1. Tipo de investigación 28

4.2. Población y muestra 28

4.3. Procedimientos y técnica 29

4.4. Procesamiento y análisis de datos. 30

4.5. Aspectos éticos 30

V. RESULTADOS 32

VI. DISCUSIÓN 44

VII. CONCLUSIONES 48

VIII. RECOMENDACIONES 50

IX. BIBLIOGRAFÍA 51

X. ANEXOS 57

I. INTRODUCCIÓN

Los hábitos orales nocivos en la primera infancia representan un problema relevante dentro de la salud pública odontológica, debido a su asociación con alteraciones en el crecimiento y desarrollo craneofacial, así como con diversas formas de maloclusión. Estudios recientes han demostrado que estos hábitos, cuando se presentan con suficiente intensidad, frecuencia y duración, pueden generar desequilibrios musculares y óseos que afectan la función y estética del sistema estomatognático. En esta línea, la presencia de hábitos como la deglución atípica, la anteroposición o la respiración mixta se asocia significativamente con diferentes tipos de maloclusiones, constituyendo factores que deben abordarse de manera interdisciplinaria y desde etapas tempranas del desarrollo. Los autores destacan, además, que la falta de instrumentos específicos para evaluar la intensidad y duración de cada hábito limita la correcta interpretación de los cambios esqueléticos derivados, lo que evidencia la necesidad de conocer y prevenir su aparición temprana (1).

La variabilidad con la que se manifiestan los hábitos orales entre diversas poblaciones también ha sido documentada. Los autores sostienen que el daño generado por los hábitos depende del momento de inicio, intensidad y continuidad, elementos que no siempre pueden determinarse con facilidad en estudios transversales. Además, subrayan que casi la mitad de los niños evaluados presentaron uno o más hábitos nocivos, y que varios de ellos mostraron asociaciones directas con rasgos de maloclusión, lo que refuerza la importancia de la detección precoz y la educación comunitaria para prevenir alteraciones mayores en la dentición (2).

En ese mismo sentido, es fundamental promover la intervención temprana como estrategia preventiva, ya que la ausencia de atención oportuna frente a hábitos nocivos incrementa la probabilidad de maloclusiones, lo que vuelve el manejo clínico más complejo y costoso en etapas posteriores. La evidencia muestra una correlación clara entre estos hábitos y la aparición de maloclusiones en población escolar, destacando la importancia de implementar programas preventivos en entornos educativos y comunitarios. No obstante, también se señala que los diseños transversales presentan limitaciones para establecer relaciones causales y que factores como las prácticas parentales y el nivel socioeconómico deben considerarse para desarrollar intervenciones preventivas más integrales (3).

Si bien existe amplia evidencia sobre la relación entre hábitos orales y maloclusiones en niños, se reconoce una brecha importante en la literatura respecto al nivel de conocimiento y actitud

de las gestantes, quienes representan el primer punto de contacto para la prevención. Las madres desempeñan un rol determinante en la identificación de hábitos, su manejo inicial y la búsqueda de atención profesional. Por ello, comprender qué tanto conocen sobre estos hábitos y cuál es su actitud ante ellos constituye un paso imprescindible para diseñar estrategias de intervención efectivas en salud pública.

En este contexto, el propósito de la presente investigación es establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las gestantes sobre los hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, contribuyendo a generar evidencia que permita fortalecer acciones educativas, mejorar la prevención temprana y reducir el riesgo de alteraciones dentales y esqueléticas en los niños.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. Área problema

Los hábitos orales nocivos, tales como la deglución atípica, la succión digital, la succión labial, la respiración bucal, el uso del chupón y el biberón, han captado la atención de los investigadores a nivel mundial debido a sus significativas repercusiones en la salud y el desarrollo del sistema estomatognático en los niños (1–7). Estos hábitos pueden desencadenar diversas anomalías oclusales, como sobremordida moderada y protrusión bimaxilar (8), y su persistencia prolongada puede conducir a un desarrollo dental y maxilofacial anormal, afectando el sistema dentofacial (2–4,8,9).

En las Américas, países como Cuba y Brasil, han documentado repercusiones considerables de los hábitos orales nocivos en niños, incluyendo cambios en el crecimiento vertical y transversal del complejo craneofacial (10), así como maloclusiones, mordida abierta anterior y mordida cruzada (9). Estos hallazgos refuerzan la importancia de abordar clínicamente este problema desde etapas tempranas del desarrollo, priorizando intervenciones orientadas a evitar la instauración o persistencia de dichos hábitos.

En el contexto nacional, estudios de prevalencia realizados en diferentes localidades del Perú han identificado la presencia de hábitos orales nocivos en el 43.8% de 80 niños evaluados (11), así como en el 38.93% de un total de 149 niños (12), lo que evidencia una elevada frecuencia de esta problemática y sugiere la necesidad de estrategias preventivas oportunas que permitan reducir el riesgo de alteraciones oclusales y dentofaciales en la infancia.

En los últimos años, en respuesta a la crisis del modelo biomédico centrado en la enfermedad, se promueve un nuevo enfoque en la salud bucal que enfatiza la prevención como parte esencial de las responsabilidades profesionales, buscando promover un desarrollo humano óptimo (13). Desde esta perspectiva, la prevención primaria adquiere un rol esencial, al enfocarse en el fortalecimiento del conocimiento y en la anticipación de conductas saludables antes de la aparición de alteraciones clínicas.

La primera infancia constituye una etapa crítica para el establecimiento de hábitos orales adecuados y la prevención de problemas oclusales futuros, ya que el desarrollo oral es particularmente susceptible a influencias externas durante este período. En este contexto, la odontopediatría preventiva reconoce a la gestación como un momento clave para iniciar intervenciones educativas, considerando que las gestantes desempeñan un papel determinante en la formación de conductas relacionadas con la salud oral de sus hijos. La educación de las futuras madres sobre la prevención de hábitos orales nocivos desde edades tempranas puede generar un impacto positivo y sostenido en la salud bucal infantil a largo plazo (14).

No obstante, a pesar de la relevancia clínica y preventiva de esta problemática, existe escasa evidencia científica que evalúe el nivel de conocimiento y la actitud de las gestantes frente a los hábitos orales nocivos y sus consecuencias odontopediátricas en la primera infancia, especialmente en el ámbito hospitalario.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, establecimiento de referencia que brinda atención a un número significativo de gestantes, no se cuenta con información sistematizada que permita conocer el grado de conocimiento y la actitud que presentan las futuras madres respecto a los hábitos orales nocivos en sus hijos, lo cual limita el diseño de intervenciones preventivas específicas desde el enfoque odontopediátrico.

Por ello, el estudio titulado “Conocimiento y actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo” se plantea con un alcance clínico preventivo, enmarcado en el nivel de prevención primaria y con un enfoque odontopediátrico, orientado a evaluar el conocimiento y la actitud de las gestantes frente a estos hábitos, así como a identificar las posibles acciones que adoptarían ante su presencia, con la finalidad de contribuir a la prevención temprana de alteraciones ocluso-dentales y al adecuado desarrollo oral de los niños desde el nacimiento.

Los resultados de este estudio permitirán sustentar el diseño de estrategias educativas y preventivas dirigidas a las gestantes, fortaleciendo la promoción de la salud oral infantil y contribuyendo al desarrollo ocluso-dental adecuado en la primera infancia.

2.2. Delimitación

Los hábitos orales nocivos, como la deglución atípica, la succión digital, la succión labial, la respiración bucal, el uso del chupón y biberón, generan un desequilibrio entre las fuerzas musculares internas y externas del sistema estomatognático, constituyendo un factor etiológico potencial para la alteración de la oclusión y del patrón normal de desarrollo facial (15,16).

La primera infancia es el periodo comprendido desde el nacimiento hasta los 8 años, siguiendo el criterio de organismos internacionales como UNICEF (17). Este rango de edad es clave para el desarrollo de la salud bucal, ya que es durante esta etapa que suelen manifestarse hábitos orales nocivos que pueden influir en la formación de la dentición permanente y en la estructura maxilofacial (18–20).

En el campo de la odontología la ortodoncia se encarga de la corrección de las alteraciones ocluso-dentales, y es mucho más eficaz corregirlas desde que se detectan a temprana edad, evitando que se agraven (21), pero esta no se podría lograr sin una cultura de prevención, la cual comienza por el conocimiento.

En este contexto, las gestantes desempeñan un rol fundamental en la prevención de los hábitos orales nocivos, dado que son responsables del entorno inicial del niño y de la toma de decisiones relacionadas con prácticas como el uso del biberón, el chupón y la vigilancia de funciones orales desde el nacimiento. Aunque la literatura científica ha descrito ampliamente las consecuencias clínicas de estos hábitos, existe un vacío en la comprensión de cómo el nivel de conocimiento y la actitud de las gestantes influyen en la prevención, detección temprana y búsqueda de atención odontopediátrica frente a hábitos como la succión digital, la respiración bucal o la deglución atípica en la primera infancia.

La relación entre el conocimiento que poseen las gestantes y la actitud que adoptan frente al manejo de los hábitos orales nocivos constituye un aspecto poco explorado, especialmente

en el ámbito hospitalario. Comprender esta relación permitiría fortalecer estrategias educativas preventivas orientadas a la odontopediatría, optimizando la intervención temprana y reduciendo el riesgo de alteraciones ocluso-dentales en los niños. En el Hospital Nacional Dos de Mayo, se identifica la necesidad de generar evidencia que permita conocer esta dinámica y sustentar acciones preventivas dirigidas a las gestantes.

Por lo cual el presente trabajo busca establecer la relación entre conocimiento y actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia, en el Hospital Nacional Dos De Mayo, con el fin de valorar el conocimiento y actitud que tienen las gestantes sobre la influencia de los hábitos orales nocivos en la primera infancia.

2.3. Formulación

¿Qué relación existe entre el conocimiento y la actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo?

2.4. Objetivos

Objetivo general

Establecer la relación del nivel de conocimiento y la actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Objetivos específicos

- Determina las características de la población de estudio.
- Determinar el nivel de conocimiento por dimensiones y actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar el puntaje de conocimiento sobre la primera dimensión de hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.
- Determinar el puntaje de conocimiento sobre la segunda dimensión de hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.
- Determinar el puntaje de conocimiento sobre la tercera dimensión de hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.
- Determinar el puntaje de conocimiento total sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.

- Determinar la actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.

2.5. Justificación

2.5.1. Justificación teórica

La primera infancia constituye una etapa crítica en el desarrollo integral del ser humano, durante la cual los hábitos orales adquiridos pueden generar consecuencias funcionales y estructurales en el sistema bucodental. El conocimiento materno durante el periodo de gestación respecto a los hábitos orales nocivos resulta fundamental, ya que influye directamente en la adopción de conductas preventivas desde el entorno familiar. Diversos estudios han evidenciado que las madres con mayor conocimiento en salud oral tienden a desarrollar actitudes más responsables en el cuidado bucodental de sus hijos, contribuyendo a la prevención de maloclusiones, caries de la infancia temprana y alteraciones miofuncionales. En este sentido, la presente investigación se justifica teóricamente al aportar evidencia científica sobre la relación entre el conocimiento y la actitud de las gestantes y la prevención de hábitos orales nocivos en la primera infancia, ampliando el sustento conceptual desde un enfoque preventivo y odontopediátrico.

2.5.2. Justificación práctica

La evaluación del nivel de conocimiento y actitud de las gestantes que acuden al Hospital Nacional Dos de Mayo permitirá identificar brechas formativas y necesidades educativas específicas relacionadas con la salud oral infantil. Los resultados obtenidos podrán ser utilizados como insumo para el diseño e implementación de estrategias educativas dirigidas a las futuras madres, orientadas a la promoción de prácticas saludables desde el nacimiento del niño. Asimismo, esta información será de utilidad para los servicios de odontoestomatología y gineco-obstetricia del establecimiento de salud, facilitando la integración de la orientación en salud bucal infantil dentro de los controles prenatales y fortaleciendo el trabajo interdisciplinario en el ámbito hospitalario.

2.5.3. Justificación clínica

Desde el punto de vista clínico, este estudio se justifica al enfocarse en el nivel de prevención primaria, buscando reducir la aparición y persistencia de hábitos orales nocivos que pueden desencadenar alteraciones oclusales y funcionales en la infancia temprana. La identificación del nivel de conocimiento y la actitud de las gestantes permitirá orientar acciones clínicas preventivas oportunas, evitando la progresión de problemas bucodentales que, de no ser intervenidos tempranamente, podrían requerir tratamientos odontopediátricos más complejos en etapas posteriores. De esta manera, el estudio contribuye al fortalecimiento de la atención odontopediátrica preventiva, promoviendo un adecuado desarrollo ocluso-dental y mejorando la calidad de vida de los niños atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

2.6. Limitaciones

El estudio presentó limitaciones relacionadas principalmente con el uso de un cuestionario como instrumento de recolección de datos. La precisión de la información dependió de la sinceridad y comprensión de las gestantes al responder, lo que pudo generar respuestas influenciadas por la deseabilidad social o por dificultades para interpretar algunos ítems. Esto representa una restricción inherente a los estudios basados en autoinforme.

Además, la limitada educación en salud oral que presentan algunas gestantes pudo afectar su interés y disposición para abordar el tema, lo que influyó en el nivel de atención al completar el instrumento. Esta situación también pudo generar una comprensión parcial de los conceptos relacionados con los hábitos orales nocivos en la primera infancia, dificultando obtener información más completa.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Khattab et al. (2024)(22) realizaron un estudio para evaluar la prevalencia de hábitos orales en un grupo de estudiantes de 5 a 7 años en El Cairo, Egipto; e investigar varios predictores potenciales relacionados con la percepción de la madre sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal el niño. Participaron 23 escuelas en El Cairo, Egipto. Hubo una correlación entre el nivel educativo de la madre y su conciencia de los efectos perjudiciales de los hábitos orales en el niño, pero no se encontró una correlación entre el nivel educativo de la madre y la práctica de algunos de los hábitos. Concluyeron que las madres no estaban conscientes de los efectos perjudiciales de los hábitos orales en sus hijos.

Al-Dahan e Ismael (2023)(23) evaluaron el conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud bucal en 503 padres de niños preescolares en campamentos de refugiados de Erbil, Irak. Encontraron predominio de madres con educación primaria y secundaria, evidenciándose una asociación significativa entre el nivel educativo y el conocimiento en salud bucal. Además, identificaron deficiencias y conceptos erróneos sobre la caries de la primera infancia, así como actitudes y prácticas preventivas inadecuadas.

Vu *et al.* (2024)(3) realizaron un estudio con el objetivo de medir la prevalencia de la maloclusión entre los estudiantes de primaria en Vietnam y encontrar los factores relacionados. Su muestra incluyó 873 estudiantes. Sus resultados revelaron una prevalencia del 60,7% de maloclusión, el 19 % tenía clase I, el 31 % tenía clase II y el 10% tenía clase III. El hábito de chuparse el dedo se asoció con maloclusión clase I y maloclusión clase II. Tener la costumbre de morderse los labios está asociado con maloclusión de clase II y clase III. Tener el hábito de empujar la lengua se asoció con maloclusión clase I y clase
II. La maloclusión clase III se asoció con la pérdida temprana de dientes deciduos. Se encontró que la maloclusión clase II es muy común y que los hábitos orales son un factor importante en el desarrollo de la enfermedad.

Cagetti *et al.* (2024)(24) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos y actitudes hacia la salud bucal materna infantil. La muestro estuvo conformada por 1340 mujeres. Un mejor conocimiento/actitud se asoció con la edad del niño, el número de hijos y si la madre había recibido asesoramiento durante el embarazo. Se concluyó que existe una falta de atención odontológica durante el embarazo, una falta de información sobre salud bucodental por parte de los profesionales sanitarios durante y después del embarazo y, en consecuencia, lagunas en los conocimientos necesarios para cuidar la salud bucodental de la mujer y su hijo.

Galán-González *et al.* (2023)(25) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de encontrar una posible asociación entre la mordida cruzada posterior en dentición decidua y su posible asociación a factores extrínsecos (malos hábitos bucales). Su muestra estuvo formada por 1168 niños españoles de entre 3 a 6 años. Sus resultados encontraron que el 19,7% presentaba mordida cruzada posterior unilateral o bilateral. De tal forma que, al adoptar una relación céntrica frente a las líneas medias, la mordida cruzada persistió en 165 niños, lo que indica que 65 casos se debieron a un factor funcional. Finalmente, llegaron a la conclusión de que los malos hábitos orales contribuyen a la aparición de mordidas cruzadas posteriores, así como a su duración, comportamiento y tipo.

Rai *et al.* (2022)(2) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la relación entre los hábitos orales y la maloclusión en la dentición primaria y comparar la prevalencia de hábitos orales según el sexo, la raza y la edad. Su muestra consistió en 625 estudiantes que asistían a la escuela. Se encontró que el 42,7% de las personas tenían el hábito de morderse las uñas. Este hábito era el más común y estaba relacionado con el hábito de succión digital. Se concluyó que los hábitos orales y los signos de maloclusión están relacionados, lo que indica la necesidad de detección e intercepción temprana.

Soto *et al.* (2022)(26) realizó un estudio para determinar si existe una relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los niños de 6 a 12 años sobre hábitos bucales perjudiciales. 36 madres de familia formaron la muestra. Sus resultados revelaron que el 57.6% tenía conocimiento, mientras que el 49,5% mantenía una actitud positiva. Finalmente, llegó a la conclusión de que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia los hábitos bucales perjudiciales en los niños.

Egusquiza (2022)(27) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia los hábitos bucales nocivos relacionados con la oclusión dentaria. Su muestra incluyó 90 madres. Según sus hallazgos, el 60% de las madres mostraron un nivel regular de conocimiento. Y el 66,7% de las madres se mostraron indiferentes. Concluyendo que existe una correlación entre el nivel de conocimiento regular y la actitud indiferente hacia los hábitos bucales perjudiciales para la oclusión dentaria.

Fajardo (2022)(28) realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria, en un centro educativo en Arequipa. La muestra consistió en 104 madres. Sus resultados revelaron que el 45,2 por ciento tenían un nivel de conocimiento regular y que el 68,3 por ciento tenían una actitud mayoritariamente positiva. Concluyendo, que a medida que aprendían más las madres, su actitud se volvió más positiva.

Loaysa y Yepez (2022)(29) realizaron un estudio con el objetivo de dar a conocer el problema de la maloclusión causada por hábitos orales nocivos. La muestra estuvo formada por 120 madres. Sus resultados hallaron que el 39,2% tiene un deficiente conocimiento y el 90,8% tiene una actitud positiva. Concluyendo que si bien había una falta de conocimiento la actitud de los padres se mostraba positiva.

Wassihun *et al.* (2022)(30) realizó un estudio con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre la salud bucal durante el embarazo y los factores asociados. La muestra estuvo compuesta por 384 gestantes. Sus resultados revelaron que más de un tercio (34,1%) de las mujeres embarazadas tenían un buen conocimiento sobre la salud bucal durante el embarazo, mientras que 251 (65,9%) de ellas tenían un conocimiento deficiente sobre la salud bucal. Concluyendo, que un 34,1% de conocimiento en salud bucal durante el embarazo es bajo, lo que indica que la mayoría de las madres embarazadas tienen un conocimiento limitado en este aspecto. Esto resalta la necesidad de reforzar la educación y la consejería en salud bucal dentro de la atención prenatal.

Carvajal *et al.* (2021)(31) llevaron a cabo un estudio para determinar la prevalencia de hábitos bucales nocivos y su relación con las maloclusiones en niños preescolares. Su muestra incluyó 263 niños preescolares de la ciudad de Sucre. Los resultados indicaron que el 39 % de las personas tenían al menos un hábito bucal. El grupo de edad de 5 años presentó el mayor número de casos de algún tipo de habito. Concluyeron que los hábitos bucales afectan la posición de los dientes, su relación y cómo se sostienen las arcadas dentarias entre sí, lo que afecta el crecimiento y funcionamiento normal de la musculatura orofacial.

Molina (2021)(32) realizó un estudio con el objetivo de relacionar el nivel de conocimiento de padres sobre hábitos bucales deletéreos con la frecuencia de la práctica de dichos hábitos en pacientes de 5 a 13 años. La muestra estuvo formada por 114 padres y 114 pacientes. Sus resultados hallaron que el nivel general de conocimientos fue en un 50% deficiente. La maloclusión prevalente en plano vertical fue del 54.39% y en el plano transversal es del 79.82%. Concluyó que, a mayor nivel de conocimiento sobre hábitos bucales en padres, menor prevalencia de estos en sus hijos.

Hernández y Céspedes (2019)(33) realizaron una investigación para determinar el nivel de conocimiento de los padres o tutores de los pacientes sobre la respiración bucal y las manifestaciones clínicas asociadas. Su muestra consistió en 120 padres de pacientes de7 a 19 años. Sus resultados demostraron que los pacientes y los padres tenían bajo conocimiento sobre la respiración bucal. Concluyeron que tanto los pacientes como los padres o tutores carecen de conocimientos sobre la respiración bucal y sus causas, así como sobre la atención brindada en las especialidades de ortodoncia y ortopedia.

Mendoza (2018)(34) realizaron un estudio para determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria entre las madres que asistían al servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La muestra incluyó 143 madres. Los datos obtenidos mostraron una correlación positiva baja y significativa. Concluyeron que las madres poseen un nivel de conocimiento regular sobre "hábitos orales nocivos", y "medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos".

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Conocimiento de salud bucal infantil

El nivel de conocimiento que poseen las gestantes sobre la salud bucal de los niños es esencial para la implementación de prácticas preventivas adecuadas. Investigaciones recientes muestran que las madres con mayor conocimiento sobre cuidados bucales son más propensas a adoptar medidas preventivas, tales como la limpieza de las encías antes de la aparición de los dientes, la restricción del consumo de azúcares y la prevención de hábitos perjudiciales como la succión prolongada del chupón o el uso inadecuado del biberón (35,36). Un estudio de Saverio et al (2022) reveló que las madres bien informadas son más propensas a llevar a sus hijos a revisiones odontológicas tempranas y a fomentar hábitos saludables, como el cepillado dental regular, lo cual reduce significativamente la incidencia de caries (37). Además, contar con una formación adecuada en salud bucal permite a las madres identificar precozmente señales de posibles problemas, facilitando intervenciones tempranas que eviten complicaciones posteriores, especialmente en contextos donde el acceso a servicios odontológicos puede ser limitado (38,39).

3.2.1.1. Factores que influyen en el conocimiento de las gestantes sobre salud bucal infantil

- Nivel Educativo Materno: El nivel de educación de las gestantes está directamente relacionado con su conocimiento sobre prácticas de salud bucal. Las mujeres con un mayor nivel educativo suelen mostrar un conocimiento más amplio y una mayor disposición a adoptar prácticas de cuidado bucal apropiadas (40).
- Acceso a Información Relevante: La disponibilidad de información precisa y oportuna es clave para mejorar el conocimiento sobre salud bucal. Las gestantes que reciben información de profesionales de la salud, así como aquellas que participan en programas educativos durante el embarazo, muestran un conocimiento más adecuado de cómo prevenir problemas orales en sus hijos (36).
- Experiencia Previa con Hijos: Las experiencias anteriores de las gestantes con otros hijos pueden influir en su nivel de conocimiento, aunque este no siempre es preciso o actualizado. Dependiendo de las fuentes de información y las prácticas adquiridas previamente, estas experiencias pueden ser beneficiosas o perjudiciales para la salud bucal de los niños (24).

3.2.2. Actitud y salud

En el ámbito de la salud, la actitud de las personas hacia prácticas preventivas, como el cuidado bucal, puede determinar significativamente el estado de salud de los individuos y sus familias (41).

En el caso de las gestantes, su actitud frente a los hábitos orales nocivos (como el uso prolongado del biberón o el chupete) juega un papel crucial en la prevención de problemas de salud bucal en la primera infancia. Las madres con una actitud positiva hacia la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, por ejemplo, tienden a reducir el riesgo de maloclusiones y otros hábitos deformantes en sus hijos (42). Por otro lado, una actitud despreocupada o falta de conocimiento sobre estos temas puede contribuir a la adopción de prácticas que incrementan el riesgo de caries temprana de la infancia y otros problemas orales (3).

Además, la actitud de las gestantes se ve influenciada por diversos factores, como el nivel de educación, el acceso a la información sanitaria y las creencias culturales. En entornos donde el conocimiento sobre la salud bucal es limitado, es común observar actitudes más negativas o de indiferencia hacia las prácticas preventivas, lo que a su vez se refleja en un mayor número de problemas dentales en la población infantil (24).

En conclusión, las actitudes de las gestantes hacia la salud bucal no solo impactan su propia salud, sino también la de sus hijos. Por ello, explorar y entender estas actitudes es fundamental para implementar estrategias efectivas de promoción de la salud que aborden tanto el conocimiento como las creencias y prácticas relacionadas con la salud bucal en la primera infancia.

3.2.2.1. Escala de Likert

La escala de Likert, al ser una escala ordinal, no proporciona una medida exacta de cuán favorable o desfavorable es una actitud en comparación con otra. Por ejemplo, si una persona obtiene 60 puntos en la escala y otros 30 puntos, no implica que la primera tenga una actitud el doble de favorable que la segunda, sino simplemente que su actitud es más positiva. A pesar de esta limitación, la escala de Likert tiene la ventaja de ser fácil de crear y aplicar, y sirve como una buena base para clasificar inicialmente a las personas según la característica medida (43,44).

La creación de esta escala sigue los siguientes pasos:

Se recopila una amplia variedad de declaraciones relacionadas con la actitud que se desea medir, seleccionando aquellas que expresen claramente una posición favorable o desfavorable. Estas declaraciones pueden ser elaboradas por expertos en el tema y familiarizados con el grupo de personas que responderán a la escala final.

Se elige un grupo de individuos similar al que se aplicará la escala, quienes responderán a cada declaración seleccionando la opción que mejor refleje su posición personal.

Las respuestas a cada declaración se puntúan más alto cuanto más favorable sea la actitud, y a cada individuo se le asigna la suma total de las puntuaciones obtenidas.
Las opciones de respuesta incluyen:

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo en ciertos aspectos
- Indeciso
- En desacuerdo en ciertos aspectos
- Totalmente en desacuerdo

Para garantizar la precisión de la escala, se selecciona el 25% de los individuos con las puntuaciones más altas y el 25% con las puntuaciones más bajas. Se eligen las declaraciones que mejor distinguen entre estos dos grupos, es decir, aquellas con la mayor diferencia de puntuaciones promedio entre ambos grupos.
Basándose en los criterios anteriores, se selecciona el número deseado de declaraciones para la escala.

3.2.3. Primera infancia

Según la American Academy of Pediatrics, la primera infancia se encuentra comprendida desde el nacimiento hasta los ocho años, siendo una etapa esencial para el desarrollo integral del ser humano (45). Durante estos primeros años, se produce un crecimiento rápido y significativo, no solo en términos físicos, sino también a nivel cognitivo, emocional y social. Este periodo se caracteriza por la alta plasticidad del desarrollo, donde múltiples factores, tanto internos como externos, pueden influir de manera decisiva en el bienestar y la salud futura del niño (46).
En el contexto de la salud bucal, la primera infancia adquiere una relevancia especial debido a los cambios y adaptaciones que ocurren en las estructuras orales y maxilofaciales. Los primeros años de vida son determinantes para el establecimiento de los patrones de desarrollo dentofacial, los cuales incluyen la formación y posicionamiento de los dientes temporales, el crecimiento de los maxilares, y el desarrollo de las funciones orales como la masticación, la deglución, y el habla. Este proceso es dinámico y está influenciado por factores genéticos, pero también por el entorno, los hábitos y los cuidados recibidos durante esta etapa crucial (47). A medida que los dientes temporales comienzan a erupcionar alrededor de los seis meses de edad, el desarrollo dentofacial se vuelve más evidente. La alineación y el espacio adecuados de estos dientes no solo son importantes para guiar la erupción de los dientes permanentes, sino también para el correcto desarrollo de los maxilares y de la cara en su conjunto (48). Durante la primera infancia, la instauración de hábitos orales saludables, es fundamental para prevenir alteraciones en el crecimiento y desarrollo dentofacial (49).

Finalmente, es importante destacar que la salud dentofacial en la primera infancia no solo depende de la ausencia de hábitos nocivos, sino también de la adopción de prácticas de prevención desde los primeros meses de vida. La educación de los padres y cuidadores sobre la importancia de la salud bucal, y la promoción de buenos hábitos desde una edad temprana, pueden tener efectos duraderos en el desarrollo adecuado de los maxilares y en la salud general del niño (50).

3.2.4. Hábitos orales nocivos

Los hábitos orales nocivos son prácticas repetitivas que interfieren con el desarrollo normal de la dentición y el crecimiento maxilofacial. Estos hábitos pueden provocar maloclusiones, alteraciones en la forma de los arcos dentales y problemas en la función oral. Los hábitos orales nocivos se clasifican en varios tipos según su impacto y naturaleza. Pueden estar relacionados a aspectos psicológicos o neuromusculares.

3.2.4.1. Deglución atípica

La deglución atípica, también conocida como deglución disfuncional o deglución infantil, es un patrón de deglución anormal que se mantiene más allá de la edad en la que debería haberse establecido un patrón de deglución madura o típica. En la deglución atípica, la lengua se interpone entre los dientes anteriores o presiona contra los dientes superiores o inferiores durante el acto de tragar, lo que puede causar fuerzas desequilibradas sobre las estructuras orales (51).

Este patrón anómalo de deglución se observa comúnmente en niños, aunque también puede persistir en la adolescencia o en la adultez si no es corregido a tiempo. Las causas de la deglución atípica pueden ser variadas e incluyen factores anatómicos, funcionales, o de hábitos, como el uso prolongado del chupete, el biberón, la succión digital (chuparse el dedo), y la respiración bucal crónica (51). Estas condiciones pueden alterar la posición natural de la lengua, afectando su función y contribuyendo a la instauración de un patrón de deglución anormal.

La deglución atípica tiene implicaciones importantes en el desarrollo dentofacial. Debido a la posición incorrecta de la lengua y la aplicación de fuerzas inadecuadas sobre los dientes y los maxilares, este patrón puede contribuir al desarrollo de maloclusiones como la mordida abierta anterior, la protrusión de los incisivos superiores, y la mordida cruzada posterior. Asimismo, puede llevar a un crecimiento desequilibrado del maxilar y la mandíbula, afectando no solo la estética facial sino también la función masticatoria y respiratoria (52).

Además, la persistencia de un patrón de deglución atípica puede interferir con otros aspectos del desarrollo orofacial. Por ejemplo, puede dificultar el cierre adecuado de los labios y generar tensión muscular en las zonas periorales y del cuello (53).

3.2.4.2. Succión

3.2.4.2.1. Succión digital

La succión digital, o el hábito de chuparse el dedo, es uno de los hábitos orales más comunes durante la primera infancia. Este hábito, considerado normal en los primeros años de vida, se convierte en un problema cuando persiste más allá de los 3 o 4 años de edad, ya que puede tener efectos adversos significativos en el desarrollo dentofacial del niño (54). La succión digital involucra la colocación del dedo (generalmente el pulgar) en la boca, lo que genera una fuerza constante sobre los dientes y las estructuras orales circundantes.

El impacto de la succión digital en el desarrollo dentofacial depende de diversos factores, como la intensidad, frecuencia, duración del hábito y la edad del niño. Los estudios han demostrado que este hábito puede llevar a una serie de alteraciones dentofaciales, como la mordida abierta anterior, la protrusión de los incisivos superiores, la retrusión de los incisivos inferiores, y el estrechamiento del maxilar superior (55). Estas alteraciones pueden afectar no solo la estética facial, sino también la funcionalidad masticatoria, la fonación y la respiración. El mecanismo detrás de estas alteraciones se debe a las fuerzas generadas por la presión del dedo contra el paladar y los dientes, que interfieren con el crecimiento y desarrollo normal de los maxilares. En particular, la succión digital puede promover el desarrollo de una mordida abierta anterior, caracterizada por un espacio entre los dientes superiores e inferiores cuando los dientes posteriores están en contacto, debido a la posición constante del dedo entre las arcadas dentales (54).

Los efectos de la succión digital también pueden extenderse más allá del desarrollo dental, afectando la postura de la lengua y la función orofacial. La posición del dedo en la boca puede impedir que la lengua desarrolle su función normal de presión contra el paladar durante la deglución, promoviendo patrones de deglución atípica y contribuyendo a la disfunción miofuncional orofacial (54).

3.2.4.2.2. Succión de labio

La succión de labio es un hábito oral considerado no fisiológico, que consiste en la succión repetida del labio inferior o superior, y suele observarse con mayor frecuencia en la primera infancia. Aunque menos común que otros hábitos como la succión digital, la succión de labio puede tener efectos significativos en el desarrollo dentofacial si persiste más allá de los primeros años de vida. Este hábito, al igual que otros patrones de succión no nutritiva, puede afectar tanto la alineación dental como la morfología del arco maxilar y mandibular (56).

El hábito de succión de labio generalmente involucra la posición del labio inferior por detrás de los dientes incisivos superiores, lo que crea una presión continua y anormal sobre estos dientes, llevando a la protrusión de los incisivos superiores y a la retrusión de los incisivos inferiores. Además, la succión repetida del labio inferior puede inducir un aumento de la actividad del músculo mentoniano, contribuyendo a una tensión excesiva en los tejidos

blandos de la zona perioral (57).

La succión de labio, al ser un hábito no nutritivo, suele estar asociada con factores emocionales o de ansiedad, y puede ser una respuesta a situaciones de estrés o inseguridad en el niño (58). Sin embargo, más allá de sus posibles causas psicológicas, el impacto de este hábito en el desarrollo dentofacial subraya la importancia de su identificación temprana y manejo adecuado para prevenir complicaciones mayores.

Entre las alteraciones dentofaciales más comunes asociadas con la succión de labio se encuentran la mordida abierta anterior y las maloclusiones clase II, división 1, caracterizadas por una sobremordida aumentada debido a la protrusión de los incisivos superiores. También puede observarse un desarrollo insuficiente del arco mandibular, lo que contribuye al desbalance en la relación entre los maxilares (59).

3.2.4.3. Respiración bucal

La respiración bucal o respiración anormal a través de la boca, usualmente asociada con trastornos obstructivos de las vías nasales. Durante la respiración bucal, la inspiración y espiración, el aire pasa por la cavidad bucal, provocando el aumento de la presión aérea intrabucal (15,16).

Este hábito puede ser provocado por obstrucciones nasales crónicas, como rinitis alérgica, hipertrofia de adenoides o malformaciones anatómicas de las vías respiratorias superiores. La respiración bucal puede tener un impacto considerable en el desarrollo dentofacial y en la salud bucal general de los niños (16,60).

El impacto de la respiración bucal en el desarrollo dentofacial se manifiesta a través de alteraciones en el crecimiento de los maxilares y los dientes. La respiración a través de la boca puede interferir con la presión normal ejercida por los labios y la lengua sobre los dientes y el paladar. Este patrón respiratorio anormal puede conducir a un desarrollo inadecuado del maxilar superior, resultando en una mordida cruzada y un arco dental estrecho. Además, la respiración bucal crónica puede contribuir a la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los incisivos inferiores, creando un desequilibrio en la relación entre los maxilares (12,61,62).

3.2.4.4. Uso de chupón

El uso del chupón, también conocido como chupete o pacificador, es una práctica común durante la infancia, especialmente en los primeros años de vida. Aunque su empleo puede proporcionar beneficios temporales, como la reducción del llanto y la promoción de la calma en el bebé, su uso prolongado está asociado con efectos adversos sobre la salud bucal (63). Diversos estudios han demostrado que el uso prolongado del chupón, especialmente más allá de los 2 a 3 años, puede contribuir al desarrollo de hábitos orales nocivos y maloclusiones, como la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior. Estas alteraciones ocurren debido a la presión constante ejercida por el chupón sobre los dientes y las estructuras orofaciales en crecimiento, lo que puede interferir en el desarrollo normal de la mandíbula y

la alineación dental (63).

Además, el uso excesivo del chupón puede influir en la respiración del niño, favoreciendo la respiración bucal en lugar de nasal, lo que puede tener implicaciones en la salud general y el desarrollo facial. Por otro lado, se ha observado que el uso controlado del chupón durante el primer año de vida puede tener efectos positivos, como la reducción del riesgo de muerte súbita del lactante (64).

En este contexto, se hace necesario educar a los padres sobre el uso adecuado y los posibles riesgos del chupón, recomendando limitar su uso después de los 12 meses de edad y evitar su empleo más allá de los 2 a 3 años, para minimizar el impacto negativo en el desarrollo bucal del niño. Asimismo, se deben promover alternativas para calmar al bebé y establecer hábitos de sueño saludables sin necesidad de recurrir al chupón.

3.2.4.5. Uso de biberón

El uso del biberón es una práctica común en la alimentación infantil que puede tener implicaciones significativas en el desarrollo dentofacial, especialmente si se prolonga más allá de los primeros años de vida. Aunque el biberón es una herramienta útil para la alimentación, su uso prolongado o inadecuado puede contribuir al desarrollo de problemas dentales y orales en los niños (65).

Uno de los principales efectos del uso prolongado del biberón es el desarrollo de maloclusiones y alteraciones en el crecimiento de los maxilares. El biberón, especialmente cuando se usa como medio para calmar al niño o para dormir, puede causar una presión continua sobre los dientes anteriores. Esta presión prolongada puede llevar a la protrusión de los incisivos superiores y a la retrusión de los incisivos inferiores, contribuyendo a una mordida abierta anterior o una mordida cruzada (59).

Es por ello la importancia de la lactancia materna, la cual ha mostrado beneficios importantes en la formación de un patrón adecuado de succión y deglución, contribuyendo así a un desarrollo equilibrado de las estructuras orofaciales (66). La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, por ejemplo, ha sido asociada con un menor riesgo de desarrollar maloclusiones dentales, ya que favorece un desarrollo armónico de los maxilares y una correcta función masticatoria (67).

3.2.5. Efectos de los hábitos orales nocivos en la salud bucal

Los hábitos orales nocivos pueden llevar a una serie de problemas dentales y funcionales, incluyendo:

- Alteraciones en la Alineación Dental: Los hábitos como la succión digital y el uso prolongado de chupetes pueden llevar a maloclusiones, como mordida abierta anterior y mordida cruzada. Estas alteraciones pueden requerir tratamiento ortodóntico para su corrección (59).

- Problemas de Desarrollo Maxilar: La respiración oral y la succión prolongada pueden interferir con el desarrollo normal de los maxilares, afectando la forma y tamaño de los arcos dentales (16,47).

- Dificultades Funcionales: Los hábitos nocivos pueden afectar la masticación, la fonación y la deglución, lo que puede tener un impacto en la nutrición y el desarrollo general del niño (68).

3.2.5.1. Efectos específicos en la etapa preescolar

En la etapa preescolar, que abarca desde los 3 hasta los 5 años, los efectos de los hábitos orales nocivos pueden ser particularmente evidentes y pueden tener consecuencias a largo plazo en la salud bucal y el desarrollo general del niño:

- Desarrollo Dentario y Oclusión: Durante esta etapa crítica, la dentición primaria está en desarrollo, y los hábitos orales nocivos pueden tener un impacto duradero en la alineación de los dientes y la formación de la mordida. La succión digital y el uso prolongado de chupetes están asociados con una alta incidencia de maloclusiones en preescolares, con estudios indicando que los niños que continúan con estos hábitos después de los 3 años desarrollan problemas dentales significativos (59).

- Alteraciones en el Desarrollo Facial: Los hábitos como la respiración oral pueden afectar el crecimiento y desarrollo de los huesos faciales, resultando en problemas como el maxilar superior estrecho o el desarrollo asimétrico de los arcos dentales. Estos cambios pueden contribuir a maloclusiones más severas en etapas posteriores de desarrollo (1).

- Impacto en la Salud y Calidad de Vida del Niño Preescolar: Las maloclusiones en preescolares pueden tener un impacto considerable en su salud general y calidad de vida. Niños con maloclusiones graves tienden a experimentar dificultades masticatorias, problemas del habla, y a veces, dolor orofacial. Además, la estética dental alterada puede afectar negativamente la autoestima y el desarrollo social del niño (47,69).

3.3. Definición de términos

3.3.1. Conocimiento

El conocimiento abarca toda la información, vivencias, ideas, conceptos y destrezas que una persona acumula a lo largo de su vida a través de la observación, el estudio, la experiencia directa, la interacción con otros u otros medios. Puede manifestarse tanto en formas teóricas como prácticas, y su propósito radica en comprender el entorno, tomar decisiones, resolver desafíos y desarrollar competencias. Resulta esencial en el proceso de aprendizaje y en la capacidad de adaptación de cada individuo a su contexto.

3.3.2. Actitud

Una actitud implica el estado emocional y mental que una persona experimenta hacia algo específico, ya sea una situación, objeto, persona o idea. Es una evaluación subjetiva que puede reflejarse en las creencias, emociones y acciones que una persona tiene respecto a ese objeto o situación particular. Estas actitudes pueden ser positivas, negativas o neutras, y tienen un papel importante en la forma en que una persona percibe, piensa y se comporta en diversas situaciones. Son fundamentales en la psicología social y afectan la forma en que interactuamos con nuestro entorno.

3.3.3. Hábitos orales nocivos

Los hábitos orales nocivos son conductas repetitivas y automáticas relacionadas con la cavidad oral que pueden interferir negativamente en el desarrollo y la salud bucal.

Entre estos hábitos se encuentran el uso prolongado del chupón, la succión del dedo, morderse las uñas (onicofagia), morder objetos, respirar por la boca, y el empuje de la lengua contra los dientes. La persistencia de estos hábitos durante un tiempo prolongado puede provocar problemas como maloclusiones, alteraciones en la alineación dental y afectar negativamente el crecimiento de las estructuras faciales.

3.3.4. Primera infancia

La primera infancia comprende la etapa del desarrollo humano que se extiende desde el nacimiento hasta aproximadamente los 8 años. Es un período clave para el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social del niño. En esta fase, se alcanzan hitos importantes como el desarrollo del lenguaje, las habilidades motoras, y se establecen los primeros hábitos de salud, incluidos los de salud bucal. Las intervenciones preventivas en esta etapa son fundamentales, ya que los hábitos y conductas adquiridas pueden influir significativamente en la salud futura de la persona.

3.4. Hipótesis

Existe relación significativa entre conocimiento y actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	ESCALA	CATEGORÍA
Nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia	Aprendizaje adquirido que poseen las participantes con respecto a los hábitos orales nocivos en la primera infancia	Conocimiento sobre hábitos orales nocivos	Reconocimiento del concepto y tipos de hábitos orales nocivos en la primera infancia	Ítems 1, 2, 3, 4 del cuestionario de Conocimiento	Ordinal	Deficiente: 0-1 puntos Regular: 2-3 puntos Bueno; 4 puntos
		Conocimiento sobre los efectos de los hábitos orales nocivos	Identificación de consecuencias dentarias, óseas y funcionales asociadas a hábitos orales nocivos	Ítems 5, 6, 7, 8 del cuestionario de Conocimiento	Ordinal	Deficiente: 0-1 puntos Regular: 2-3 puntos Bueno; 4 puntos
		Conocimiento sobre las medidas que evitan la instalación de hábitos orales nocivos	Reconocimiento de medidas de prevención e intervención temprana frente a hábitos orales nocivos	Ítems 9, 10, 11, 12 del cuestionario de Conocimiento	Ordinal	Deficiente: 0-1 puntos Regular: 2-3 puntos Bueno; 4 puntos
		Conocimiento total	Nivel total de conocimiento sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia	Puntaje total de los ítems 1 al 12 del cuestionario de Conocimiento	Ordinal	Deficiente: 0-5 puntos Regular: 6-9 puntos Bueno: 10-12 puntos
Actitud frente a los hábitos orales nocivos	Comportamiento de primera opción que asumen las participantes ante los hábitos orales nocivos	Actitud total	Disposición conductual y preventiva frente a la identificación y manejo de los hábitos orales nocivos	Ítems del 1 al 8 del cuestionario de Actitudes	Ordinal	Negativa: 8-15 puntos Indiferente: 16-29 puntos Positiva: 30-40 puntos

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

Descriptivo, correlacional y de corte transversal

4.2. Población y muestra

4.2.1. Población

La población estuvo conformada por las gestantes que asistieron a consulta, al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2025, con edades comprendidas entre 18 a 40 años. El número de gestantes que se atendió en el Hospital Dos de Mayo es de 675 pacientes.

4.2.1. Muestra

La muestra se obtuvo por muestreo aleatorio simple, el cual fue calculada por la presente fórmula mediante datos extraídos del estudio previo de Wassihum y col (2021)(30):

$$n = \frac{Z^2 pq}{e^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z = valor crítico según el nivel de confianza (1.96 para un 95%)

p = proporción esperada (0,34)

q = 1−p (0,66)

e = margen de error permitido (0.05)

Obteniendo una muestra mínima de 345 gestantes.

Criterios de inclusión

- Gestantes mayores de 18 años.
- Gestantes, u madres de niños sin enfermedades sistémicas o congénitas.
- Gestantes, madres de niños sin tratamiento ortodóntico.
- Gestantes que acepten participar en el presente estudio.
- Gestantes que firmen el consentimiento informado.
- Gestantes que no hayan recibido educación previa sobre hábitos orales.

Criterios de exclusión

- Gestantes odontólogos.
- Gestantes con alguna alteración sistémica, física o mental.
- Gestantes con dificultades de escritura y lectura.

4.3. Procedimientos y técnica

Se elaboró una carta dirigida al director del Hospital Nacional Dos de Mayo para solicitar la ejecución del proyecto de investigación. El proceso de recolección de datos se realizó mediante un cuestionario, tomando como referencia el instrumento utilizado por Mendoza (34) (ver Anexo 1), quien validó dicho cuestionario en Perú en el año 2018, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0.815 para la dimensión de conocimiento y de 0.749 para la dimensión de actitud, considerándose ambos como instrumentos de excelente confiabilidad (ver Anexo 3).

Con la finalidad de garantizar la pertinencia y adecuación del instrumento al contexto institucional y temporal del año 2025, se realizó un proceso de revisión semántica y contextual por parte del equipo investigador y dos expertos en el área, evaluando claridad, relevancia y coherencia de los ítems respecto a la realidad actual del hospital. No se realizaron modificaciones estructurales, manteniéndose la matriz original de dimensiones. Posteriormente, se ejecutó una prueba piloto en una muestra de 35 participantes, con características similares a la población de estudio. Los resultados permitieron evaluar la comprensión de los ítems.

Luego, se procedió a realizar la recolección de datos sobre una muestra de 351 gestantes que asistían al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo de forma presencial por la autora de este trabajo de investigación.

El instrumento estuvo conformado por tres secciones. La primera incluyó la recolección de datos generales de las participantes. La segunda evaluó el nivel de conocimientos sobre la influencia de los hábitos orales nocivos en la oclusión dental y estuvo compuesta por 12 preguntas distribuidas en tres dimensiones: conocimientos sobre definición y características de los hábitos orales nocivos (ítems 1 al 4), conocimientos sobre el tipo de maloclusión que generan (ítems 5 al 8) y conocimientos sobre medidas preventivas (ítems 9 al 12).

Para la calificación del nivel de conocimiento, se asignó un punto (1) por cada respuesta correcta y cero (0) por cada respuesta incorrecta. Cada dimensión estuvo conformada por cuatro ítems, por lo que el puntaje por dimensión osciló entre 0 y 4 puntos. El puntaje dimensional se obtuvo mediante la suma simple de las respuestas correctas correspondientes a los ítems de cada grupo.
La clasificación por dimensión se realizó considerando el rango teórico de 0 a 4 puntos, estableciéndose tres niveles ordinales proporcionales de la siguiente manera:
Para cada dimensión (0–4 puntos):
• 0–1 puntos: Nivel deficiente
• 2–3 puntos: Nivel regular
• 4 puntos: Nivel bueno
Esta categorización permitió identificar el nivel específico de conocimiento en cada área evaluada (conceptual, consecuencias y medidas preventivas).
El nivel total de conocimiento se obtuvo mediante la suma total de los 12 ítems, alcanzando un puntaje mínimo de 0 y máximo de 12 puntos. La categorización total se realizó dividiendo el rango total posible (0–

12 puntos) en tres intervalos ordinales equivalentes, considerando la distribución teórica del puntaje total. De esta manera:

• 0–5 puntos: Nivel deficiente

• 6–9 puntos: Nivel regular

• 10–12 puntos: Nivel bueno

Estos puntos de corte permiten diferenciar bajo, mediano y alto dominio del contenido evaluado, manteniendo coherencia con la escala de medición y el número total de ítems.

En la tercera sección se evaluó la actitud frente a los hábitos orales nocivos mediante 8 ítems con escala tipo Likert de cinco categorías de respuesta: definitivamente no (1 punto), probablemente no (2 puntos), duda (3 puntos), probablemente sí (4 puntos) y definitivamente sí (5 puntos). El puntaje mínimo posible fue 8 puntos (8×1) y el máximo 40 puntos (8×5).

El puntaje total de actitud se obtuvo mediante la suma de las respuestas individuales de los ocho ítems. Para la clasificación en actitud negativa, indiferente y positiva, el rango total (8–40 puntos) fue dividido en tres intervalos ordinales proporcionales, considerando la amplitud total de la escala (32 puntos). De esta forma:

• 8–15 puntos: Actitud negativa

• 16–29 puntos: Actitud indiferente

• 30–40 puntos: Actitud positiva

4.4. Procesamiento y análisis de datos.

El procesamiento de los datos se realizó una vez culminada la recolección de información mediante los instrumentos aplicados. Los datos fueron trasladados a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2019 y posteriormente fueron exportados al programa SPSS Statistics, versión 26. Luego, se procedió a la tabulación de la información, lo que permitió su análisis mediante tablas de frecuencia absoluta y relativa, así como gráficos y cruces de variables relevantes para dar respuesta a los objetivos del estudio. Finalmente, se aplicó la prueba de correlación de Spearman para evaluar la relación entre las variables principales de la investigación.

4.5. Aspectos éticos

Los aspectos éticos del estudio se rigieron por los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y por la normativa del Comité de Ética del Hospital Nacional Dos de Mayo. Las gestantes recibieron un consentimiento informado, mediante el cual se les brindó información clara sobre el propósito del estudio, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de sus respuestas.

La información recolectada se manejó de manera anónima, utilizando códigos en lugar de nombres para proteger la identidad de las participantes. La investigación representó un riesgo mínimo, ya que no implicó procedimientos invasivos ni intervenciones clínicas, limitándose únicamente a la aplicación de un cuestionario. Antes del inicio de la recolección

de datos, el proyecto obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Dos de Mayo y también fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

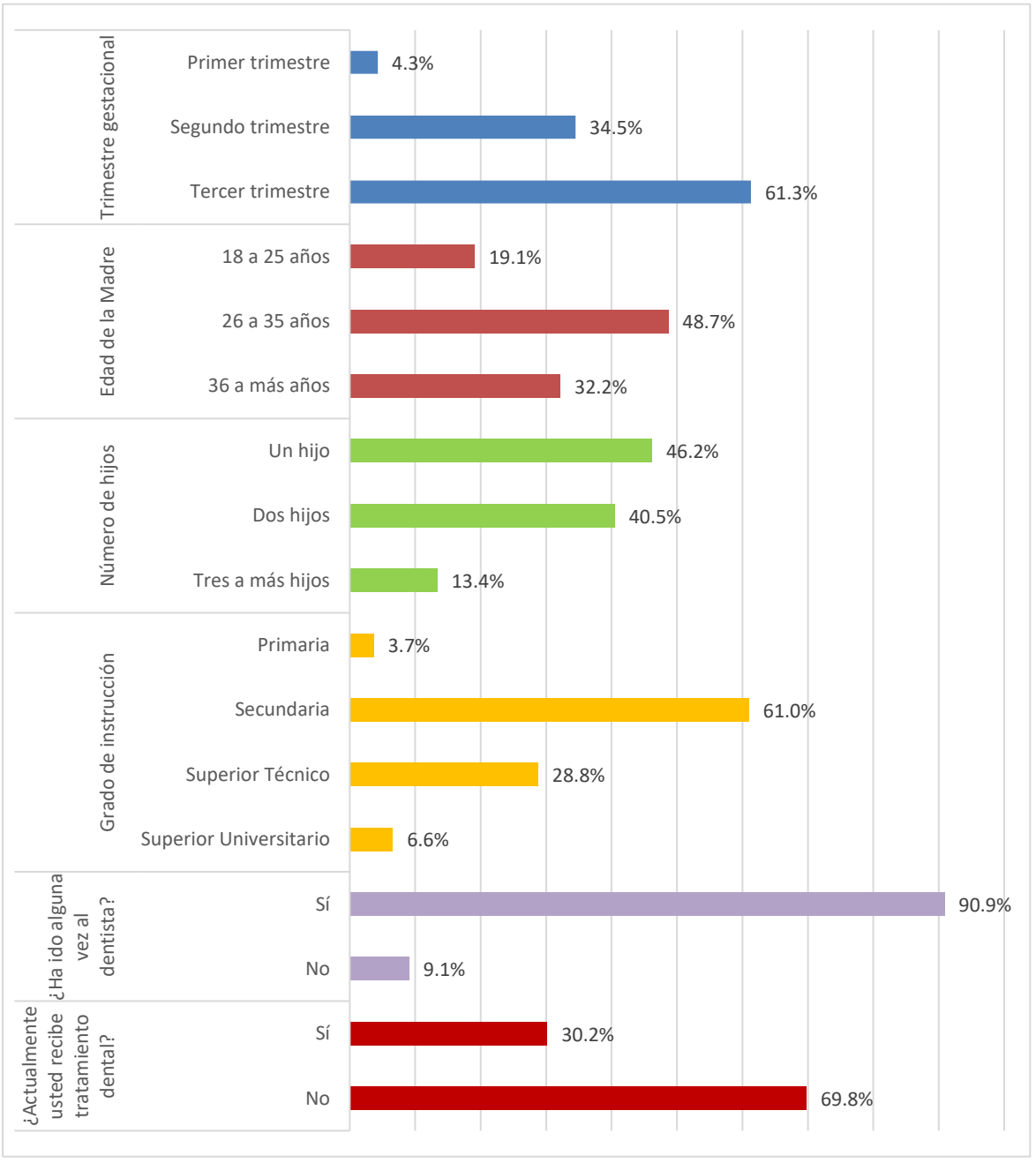
V. RESULTADOS

Se realizaron 351 encuestas a gestantes del Hospital Nacional Dos de Mayo con el fin de establecer la relación del nivel de conocimiento y la actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Tabla 01. Características de la población de estudio

		n	%
Trimestre gestacional	Primer trimestre	15	4,3%
	Segundo trimestre	121	34,5%
	Tercer trimestre	215	61,3%
Edad de la Madre	18 a 25 años	67	19,1%
	26 a 35 años	171	48,7%
	36 a más años	113	32,2%
Número de hijos	Un hijo	162	46,2%
	Dos hijos	142	40,5%
	Tres a más hijos	47	13,4%
Grado de instrucción	Primaria	13	3,7%
	Secundaria	214	61,0%
	Superior Técnico	101	28,8%
	Superior Universitario	23	6,6%
¿Ha ido alguna vez al dentista?	Sí	319	90,9%
	No	32	9,1%
¿Actualmente usted recibe tratamiento dental?	Sí	106	30,2%
	No	245	69,8%

Gráfico 01. Características de la población de estudio

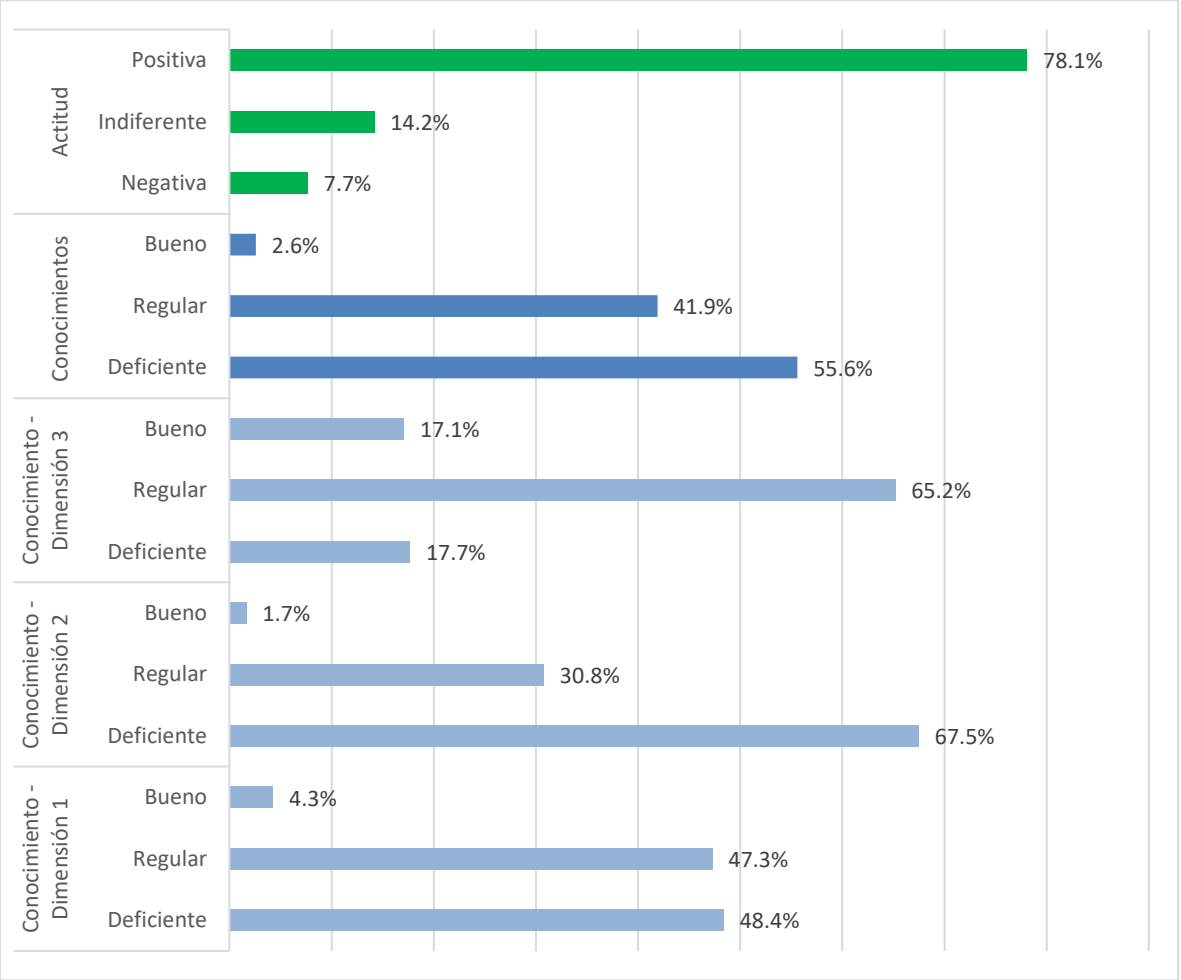


La tabla 01 y gráfico 01 representan la descripción de las características de la población de estudio. En relación al trimestre gestacional, el tercer trimestre presenta la mayor frecuencia con 215 participantes (61.3%). Respecto a la edad de la madre, la frecuencia más alta se registra en el grupo de 26 a 35 años con 171 casos (48.7%). En cuanto al número de hijos, predomina la población con un solo hijo con 162 individuos (46.2%). Sobre el grado de instrucción, el nivel secundario es el más frecuente con 214 personas (61.0%). Finalmente, en lo referente a la atención odontológica, la frecuencia más alta corresponde a quienes han ido alguna vez al dentista con 319 personas (90.9%), mientras que, respecto al tratamiento actual, predomina la opción "No" con 245 casos (69.8%).

Tabla 02. Nivel de conocimiento por dimensiones y actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

		n	%
Nivel de conocimiento sobre hábitos orales (Dimensión 1)	Deficiente	170	48,4%
	Regular	166	47,3%
	Bueno	15	4,3%
Nivel de conocimiento sobre tipos de maloclusiones que generan los hábitos orales nocivos (Dimensión 2)	Deficiente	237	67,5%
	Regular	108	30,8%
	Bueno	6	1,7%
Nivel de conocimiento sobre medidas que eviten la instalación de hábitos orales nocivos (Dimensión 3)	Deficiente	62	17,7%
	Regular	229	65,2%
	Bueno	60	17,1%
Nivel de Conocimientos	Deficiente	195	55,6%
	Regular	147	41,9%
	Bueno	9	2,6%
Actitud	Negativa	27	7,7%
	Indiferente	50	14,2%
	Positiva	274	78,1%
	Total	351	100,0%

Gráfico 02. Nivel de conocimiento por dimensiones y actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.



La tabla 02 y gráfico 02 presentan el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la primera dimensión relacionada con hábitos orales nocivos en la primera infancia. Se observó que 170 gestantes (48,4%) presentaron nivel de conocimiento deficiente, 166 gestantes (47,3%) nivel regular y 15 gestantes (4,3%) nivel bueno en esta dimensión. En el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la segunda dimensión relacionada con los tipos de maloclusión que generan los hábitos orales nocivos en la primera infancia, 237 gestantes (67,5%) presentaron nivel de conocimiento deficiente, 108 gestantes (30,8%) nivel regular y 6 gestantes (1,7%) nivel bueno en esta dimensión. En el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la tercera dimensión relacionada con las medidas preventivas que evitan la instalación de hábitos orales nocivos en la primera infancia, 229 gestantes (65,2%) presentaron nivel de conocimiento regular, 62 gestantes (17,7%) nivel deficiente y 60 gestantes (17,1%) nivel bueno en esta dimensión. En el nivel de conocimiento total de las gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia, integrando las tres dimensiones evaluadas previamente, 195 gestantes (55,6%) presentaron nivel de conocimiento deficiente, 147 gestantes (41,9%) nivel regular y 9 gestantes (2,6%) nivel bueno. En la actitud de las gestantes hacia los hábitos orales nocivos en la primera infancia, 274 gestantes (78,1%) presentaron actitud positiva, 50 gestantes (14,2%) actitud indiferente y 27 gestantes (7,7%) actitud negativa.

Tabla 03. Puntaje de conocimiento sobre la primera dimensión hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.

		Puntaje de conocimiento de la primera dimensión			
		Media	Desviación estándar	Valor p	Comparación post-hoc (Bonferroni)
Trimestre gestacional	(1) Primer trimestre	1.40	1.06	0,003*	(2) vs (3)
	(2) Segundo trimestre	1.88	1.11		
	(3) Tercer trimestre	1.48	1.08		
Edad de la Madre	(1) 18 a 25 años	1.48	0.93	0,046*	(2) vs (3)
	(2) 26 a 35 años	1.75	1.09		
	(3) 36 a más años	1.50	1.20		
Número de hijos	(1) Un hijo	1.57	1.01	0,001*	(1) vs (3)
	(2) Dos hijos	1.84	1.18		(2) vs (3)
	(3) Tres a más hijos	1.13	0.97		
Grado de instrucción	(1) Primaria	1.38	1.71	<0,001*	(1) vs (3), (1) vs (4)
	(2) Secundaria	1.43	1.03		(2) vs (3), (2) vs (4)
	(3) Superior Técnico	1.94	1.10		
	(4) Superior Universitario	2.04	0.93		
Acceso previo a servicios odontológicos	(1) Sí	1.66	1.12	0,054**	ns
	(2) No	1.22	0.87		
Utilización actual de atención odontológica	(1) Sí	1.95	1.21	<0,001**	
	(2) No	1.47	1.02		

*Prueba de Kruskal-Wallis, **Prueba U de Mann-Whiteny, ns = no significativo.

En la tabla 03 sobre el puntaje de conocimiento según las características de la población de estudio, se observa en primer lugar que el trimestre gestacional mostró diferencias significativas (p = 0,003), donde el segundo trimestre obtuvo la media más alta (1,88 ± 1,11) en comparación con el primero (1,40 ± 1,06) y el tercero (1,48 ± 1,08); el análisis de Bonferroni ratificó que la diferencia principal reside entre el segundo y tercer trimestre. Respecto a la edad de la madre, se halló significancia estadística (p = 0,046), destacando el grupo de 26 a 35 años con un promedio de 1,75 ± 1,09, superando significativamente al grupo de 36 a más años (1,50 ± 1,20) según el análisis post-hoc. En cuanto al número de hijos, las madres con dos hijos registraron el mayor conocimiento (1,84 ± 1,18), mientras que aquellas con tres a más hijos presentaron el puntaje más bajo (1,13 ± 0,97), reportando una diferencia altamente significativa (p = 0,001) con contrastes marcados entre el grupo de mayor paridad frente a los de uno y dos hijos. Sobre el grado de instrucción, se evidenció una relación

ascendente con el conocimiento (p < 0,001), donde el nivel superior universitario (2,04 ± 0,93) y técnico (1,94 ± 1,10) superaron significativamente a los niveles de primaria y secundaria en las comparaciones múltiples. Finalmente, mientras que el acceso previo a servicios no alcanzó la significancia estadística convencional (p = 0,054), la utilización actual de atención resultó ser un factor determinante (p < 0,001), con promedios superiores en quienes reciben tratamiento (1,95 ± 1,21) frente a quienes no lo reciben (1,47 ± 1,02).

Tabla 04. Puntaje de conocimiento sobre la segunda dimensión hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.

		Puntaje de conocimiento de la segunda dimensión			
		Media	Desviación estándar	Valor p	Comparación post-hoc (Bonferroni)
Trimestre gestacional	(1) Primer trimestre	0.60	0.83	0,028*	(1) vs (2)
	(2) Segundo trimestre	1.19	0.90		
	(3) Tercer trimestre	1.07	0.94		
Edad de la Madre	(1) 18 a 25 años	0.96	0.89	0,266*	
	(2) 26 a 35 años	1.08	0.96		
	(3) 36 a más años	1.18	0.90		
Número de hijos	(1) Un hijo	1.07	0.92	<0,001*	(1) vs (3)
	(2) Dos hijos	1.25	0.93		(2) vs (3)
	(3) Tres a más hijos	0.64	0.79		
Grado de instrucción	(1) Primaria	0.46	0.52	0,003*	(1) vs (3), (1) vs (4)
	(2) Secundaria	1.00	0.87		(2) vs (3)
	(3) Superior Técnico	1.36	1.05		
	(4) Superior Universitario	1.04	0.71		
Acceso previo a servicios odontológicos	(1) Sí	1.10	0.93	0,568**	ns
	(2) No	0.97	0.90		
Utilización actual de atención odontológica	(1) Sí	1.15	0.88	0,328**	ns
	(2) No	1.06	0.95		

*Prueba de Kruskal-Wallis, **Prueba U de Mann-Whiteny, ns = no significativo.

En la tabla 04 sobre el puntaje de conocimiento sobre los efectos de los hábitos orales nocivos según las características de la población de estudio, se observa que el trimestre gestacional mostró una diferencia significativa (p = 0,028), donde el segundo trimestre obtuvo el promedio más alto (1,19 ± 0,90) en comparación con el primero (0,60 ± 0,83); el análisis de Bonferroni confirmó que la diferencia

principal radica entre el primer y segundo trimestre. Respecto a la edad de la madre, no se halló significancia estadística ($p = 0,266$), mostrando promedios similares entre los rangos de 18 a 25 años (0,96 ± 0,89), 26 a 35 años (1,08 ± 0,96) y 36 a más años (1,18 ± 0,90). En cuanto al número de hijos, las madres con dos hijos registraron el mayor conocimiento sobre los efectos (1,25 ± 0,93), mientras que aquellas con tres a más hijos presentaron el puntaje más bajo (0,64 ± 0,79), reportando una diferencia altamente significativa ($p < 0,001$) con contrastes marcados entre el grupo de mayor paridad frente a los de uno y dos hijos. Sobre el grado de instrucción, se evidenció una influencia significativa ($p = 0,003$), donde el nivel superior técnico alcanzó la media más alta (1,36 ± 1,05) y el nivel primario la más baja (0,46 ± 0,52), identificándose mediante el post-hoc diferencias de los niveles superiores frente a la educación básica. Finalmente, tanto el acceso previo a servicios ($p = 0,568$) como la utilización actual de atención ($p = 0,328$) no mostraron diferencias estadísticamente relevantes en esta dimensión del conocimiento.

Tabla 05. Puntaje de conocimiento sobre la tercera dimensión de hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.

		Puntaje de conocimiento de la tercera dimensión			
		Media	Desviación estándar	Valor p	Comparación post-hoc (Bonferroni)
Trimestre gestacional	(1) Primer trimestre	2.60	1.40	0,333*	ns
	(2) Segundo trimestre	2.63	1.04		
	(3) Tercer trimestre	2.43	1.22		
Edad de la Madre	(1) 18 a 25 años	2.70	0.90	0,331*	ns
	(2) 26 a 35 años	2.51	1.19		
	(3) 36 a más años	2.37	1.27		
Número de hijos	(1) Un hijo	2.57	1.12	0,085*	ns
	(2) Dos hijos	2.58	1.12		
	(3) Tres a más hijos	2.04	1.38		
Grado de instrucción	(1) Primaria	1.46	1.51	0,004*	(1) vs (3), (1) vs (4)
	(2) Secundaria	2.43	1.18		(2) vs (4)
	(3) Superior Técnico	2.67	1.10		
	(4) Superior Universitario	3.00	0.80		
Acceso previo a servicios odontológicos	(1) Sí	2.56	1.17	0,001**	
	(2) No	1.91	1.06		
Utilización actual de atención odontológica	(1) Sí	2.62	1.18	0,151**	ns
	(2) No	2.45	1.16		

*Prueba de Kruskal-Wallis, **Prueba U de Mann-Whiteny, ns = no significativo.

En la tabla 05 sobre el puntaje de conocimiento sobre las medidas que evitan la instalación de hábitos orales nocivos según las características de la población de estudio, se observa que el trimestre gestacional no mostró diferencias significativas (p = 0,333), manteniendo promedios similares entre el primer (2,60 ± 1,40), segundo (2,63 ± 1,04) y tercer trimestre (2,43 ± 1,22). De igual manera, la edad de la madre (p = 0,331) y el número de hijos (p = 0,085) no reportaron variaciones estadísticamente relevantes, aunque se observa un puntaje numéricamente menor en madres con tres o más hijos (2,04 ± 1,38). En contraste, el grado de instrucción resultó ser un factor determinante (p = 0,004), donde el nivel superior universitario alcanzó el promedio más alto (3,00 ± 0,80) frente al nivel primaria (1,46 ± 1,51); el análisis de Bonferroni confirmó diferencias significativas de los niveles técnico y universitario frente al nivel primaria, así como del universitario frente al de secundaria.

Respecto al acceso previo a servicios, se halló una diferencia altamente significativa (p = 0,001) a favor de quienes ya han asistido al dentista (2,56 ± 1,17) en comparación con quienes no lo han hecho (1,91 ± 1,06). Finalmente, la utilización actual de atención no mostró una asociación significativa en esta dimensión específica (p = 0,151).

Tabla 06. Puntaje de conocimiento tota sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.

		Puntaje total Conocimientos			
		Media	Desviación estándar	Valor p	Comparación post-hoc (Bonferroni)
Trimestre gestacional	(1) Primer trimestre	4,60	2,90	0,024*	(2) vs (3)
	(2) Segundo trimestre	5,70	2,17		
	(3) Tercer trimestre	4,98	2,56		
Edad de la Madre	(1) 18 a 25 años	5,13	2,06	0,633*	ns
	(2) 26 a 35 años	5,35	2,38		
	(3) 36 a más años	5,05	2,82		
Número de hijos	(1) Un hijo	5,21	2,24	<0,001*	(1) vs (3)
	(2) Dos hijos	5,68	2,55		(2) vs (3)
	(3) Tres a más hijos	3,81	2,52		
Grado de instrucción	(1) Primaria	3,31	3,64	<0,001*	(1) vs (3), (1) vs (4)
	(2) Secundaria	4,87	2,39		(2) vs (3), (2) vs (4)
	(3) Superior Técnico	5,97	2,33		
	(4) Superior Universitario	6,09	1,70		
Acceso previo a servicios odontológicos	(1) Sí	5,32	2,47	0,012**	
	(2) No	4,09	2,20		
Utilización actual de atención odontológica	(1) Sí	5,73	2,46	0,011**	
	(2) No	4,99	2,45		
Total		5,21	2,47		

*Prueba de Kruskal-Wallis, **Prueba U de Mann-Whiteny, ns = no significativo.

En la tabla 06 sobre el puntaje total de conocimientos según las características de la población de estudio, se observa que el trimestre gestacional mostró diferencias significativas (p = 0,024), identificándose que las madres en el segundo trimestre alcanzaron el promedio más alto (5,70 ±

2,17) frente al primero (4,60 ± 2,90) y el tercero (4,98 ± 2,56); el análisis de Bonferroni ratificó que la diferencia principal reside entre el segundo y tercer trimestre. Respecto a la edad de la madre, no se halló significancia estadística ($p = 0,633$), con promedios que oscilaron entre 5,05 ± 2,82 y 5,35 ± 2,38. En cuanto al número de hijos, las madres con dos hijos registraron el mayor conocimiento total (5,68 ± 2,55), mientras que aquellas con tres a más hijos presentaron el puntaje más bajo (3,81 ± 2,52), reportando una diferencia altamente significativa ($p < 0,001$) con contrastes marcados del grupo de mayor paridad frente a los de uno y dos hijos. Sobre el grado de instrucción, se evidenció una relación ascendente con el conocimiento ($p < 0,001$), donde el nivel superior universitario (6,09 ± 1,70) y técnico (5,97 ± 2,33) superaron de manera significativa a los niveles de primaria y secundaria en las comparaciones múltiples de Bonferroni. Finalmente, se identificaron diferencias significativas según el contacto con el profesional, tanto en el acceso previo a servicios ($p = 0,012$) con una media superior para quienes sí asistieron (5,32 ± 2,47), como en la utilización actual de atención ($p = 0,011$), donde quienes reciben tratamiento actualmente lideran el puntaje con 5,73 ± 2,46.

Tabla 07. Puntaje de actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia, según trimestre gestacional, edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción, acceso previo a servicios odontológicos y utilización actual de atención odontológica.

		Puntaje total Actitud			
		Media	Desviación estándar	Valor p	Comparación post-hoc (Bonferroni)
Trimestre gestacional	(1) Primer trimestre	32,80	4,11	0,250*	ns
	(2) Segundo trimestre	31,74	6,74		
	(3) Tercer trimestre	30,43	7,98		
Edad de la Madre	(1) 18 a 25 años	32,09	6,16	0,685*	ns
	(2) 26 a 35 años	30,73	8,00		
	(3) 36 a más años	30,71	7,33		
Número de hijos	(1) Un hijo	31,38	7,49	<0,001*	(1) vs (3), (2) vs (3)
	(2) Dos hijos	32,02	6,22		
	(3) Tres a más hijos	26,47	9,18		
Grado de instrucción	(1) Primaria	25,85	10,76	0,004*	(1) vs (3), (1) vs (4)
	(2) Secundaria	30,10	8,54		(2) vs (4), (3) vs (4)
	(3) Superior Técnico	32,62	3,43		
	(4) Superior Universitario	34,87	3,45		
Acceso previo a servicios odontológicos	(1) Sí	31,03	7,69	0,014**	
	(2) No	30,47	4,61		
Utilización actual de atención odontológica	(1) Sí	31,30	6,84	0,557**	ns
	(2) No	30,84	7,73		
Total		30,98	7,46		

Nota: * Prueba de ANOVA, **Prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 7 sobre el puntaje de actitud según las características de la población de estudio, se observa que el trimestre gestacional no mostró diferencias significativas (p = 0,250), manteniendo promedios estables entre el primer (32,80 ± 4,11), segundo (31,74 ± 6,74) y tercer trimestre (30,43 ± 7,98). De igual manera, la edad de la madre (p = 0,685) no reportó variaciones estadísticamente relevantes, con puntajes similares en todos los rangos etarios. En contraste, el número de hijos resultó ser un factor determinante (p < 0,001), donde las madres con dos hijos alcanzaron el promedio más alto (32,02 ± 6,22) frente a aquellas con tres o más hijos, quienes registraron el puntaje más bajo (26,47 ± 9,18); el análisis de Bonferroni confirmó que el grupo de mayor paridad (3 a más hijos) difiere significativamente de los grupos de uno y dos hijos. Respecto al grado de instrucción, se halló una diferencia significativa (p = 0,004), destacando el nivel superior universitario con el promedio más elevado (34,87 ± 3,45) frente al nivel primaria (25,85 ± 10,76); las comparaciones

múltiples ratificaron diferencias significativas del nivel universitario frente a primaria y secundaria, así como del nivel técnico frente a primaria. En cuanto al acceso previo a servicios, se identificó una diferencia significativa (p = 0,014) a favor de quienes sí han asistido al dentista anteriormente (31,03 ± 7,69) en comparación con quienes no lo hicieron (30,47 ± 4,61). Finalmente, la utilización actual de atención no mostró una asociación estadística significativa en la disposición actitudinal de la muestra (p = 0,557).

Tabla 08. Relación del nivel de conocimiento y la actitud de gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

		Actitud					
		Negativa		Indiferente		Positiva	
		n	%	n	%	n	%
Nivel de	Deficiente	21	10,8%	41	21,0%	133	68,2%
Conocimientos	Regular	6	4,1%	9	6,1%	132	89,8%
	Bueno	0	0,0%	0	0,0%	9	100,0%
	Total	27	7,7%	50	14,2%	274	78,1%

Nota: Spearman rho = 0,265; $p < 0,001$.

La tabla 08 presenta la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia. De las 195 gestantes con nivel de conocimiento deficiente, 133 (68,2%) presentaron actitud positiva, 41 (21,0%) actitud indiferente y 21 (10,8%) actitud negativa. De las 147 gestantes con nivel de conocimiento regular, 132 (89,8%) presentaron actitud positiva, 9 (6,1%) actitud indiferente y 6 (4,1%) actitud negativa. Las 9 gestantes con nivel de conocimiento bueno (100,0%) presentaron actitud positiva. La prueba de correlación de Spearman mostró un coeficiente rho = 0,265 con un valor de p < 0,001.

VI. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian importantes brechas en el conocimiento de las gestantes respecto a los hábitos orales nocivos y sus implicancias en el desarrollo orofacial infantil. En cuanto a las características de la población, predominó el tercer trimestre gestacional (61,3%), el grupo etario de 26 a 35 años (48,7%), las madres con un hijo (46,2%) y el nivel de instrucción secundaria (61,0%). Asimismo, la mayoría de las participantes refirió haber acudido alguna vez al dentista (90,9%), aunque una proporción considerable no se encontraba recibiendo tratamiento odontológico al momento del estudio (69,8%). En relación con el conocimiento, aproximadamente la mitad de las gestantes presentó un nivel deficiente respecto a los hábitos orales nocivos, mientras que la otra mitad alcanzó un nivel apenas regular, con una proporción mínima de conocimiento bueno (4,3%), lo que evidencia limitaciones en la comprensión de prácticas que pueden afectar el desarrollo dentofacial infantil. La dimensión relacionada con las consecuencias oclusales mostró resultados aún más preocupantes, ya que más de dos tercios de las participantes evidenciaron conocimiento deficiente y solo el 1,7% alcanzó un nivel bueno, reflejando un desconocimiento generalizado sobre el impacto de los hábitos orales en el crecimiento craneofacial. Por su parte, la dimensión de medidas preventivas presentó resultados relativamente más favorables, con dos tercios de las gestantes en nivel regular y la mayor proporción de conocimiento bueno (17,1%), aunque aún persiste una fracción relevante con conocimiento deficiente (17,7%). En términos globales, la suma de conocimiento deficiente y regular alcanzó al 97,4% de la muestra, lo cual representa un riesgo potencial para la salud bucal infantil, dado que limita la capacidad materna para identificar, prevenir e intervenir tempranamente ante hábitos nocivos. Sin embargo, la actitud materna frente a la prevención fue mayoritariamente positiva (78,1%), pese a los bajos niveles de conocimiento, lo que sugiere una oportunidad importante para implementar intervenciones educativas dirigidas a gestantes.

Adicionalmente, al analizar el puntaje de conocimiento según las características de la población, se observó que este fue mayor en gestantes del segundo trimestre (5,70 ± 2,17), en madres de 26 a 35 años (5,35 ± 2,38), en aquellas con dos hijos (5,68 ± 2,55) y en quienes presentaban educación superior universitaria (6,09 ± 1,70). Se identificaron diferencias estadísticamente significativas según el trimestre gestacional, el número de hijos y el grado de instrucción. En particular, se evidenció que las gestantes con dos hijos presentaron mayores niveles de conocimiento en comparación con aquellas que tenían un solo hijo; sin embargo, estos puntajes disminuyeron en las madres con tres o más hijos. Este comportamiento podría explicarse porque las mujeres con dos hijos ya han tenido mayor experiencia previa con el embarazo y la crianza, lo que favorece la exposición a información sobre salud materno infantil y salud bucal durante controles prenatales o consultas pediátricas. En contraste, las gestantes con tres o más hijos podrían enfrentar mayores responsabilidades familiares, limitaciones de tiempo o menor acceso a información actualizada, lo que podría influir en una menor adquisición o actualización de conocimientos. Asimismo, el mayor puntaje de conocimiento observado en las gestantes del segundo trimestre podría explicarse porque durante esta etapa del embarazo las mujeres suelen asistir con mayor frecuencia y

regularidad a los controles prenatales, donde reciben orientación e información relacionada con la salud materna e infantil. Además, en comparación con el primer trimestre, periodo en el que pueden predominar molestias físicas y el proceso de adaptación al embarazo, y con el tercer trimestre, etapa en la que aumentan las demandas físicas y la preparación para el parto, el segundo trimestre suele representar una fase de mayor estabilidad y receptividad para la adquisición de información sobre prácticas de cuidado y prevención en salud.

En cuanto a la actitud, los puntajes promedio más altos se registraron en el primer trimestre gestacional, en el grupo etario de 18 a 25 años, en madres con dos hijos y en aquellas con educación superior universitaria. Se hallaron diferencias significativas según el número de hijos y el grado de instrucción, observándose actitudes más favorables en gestantes con mayor nivel educativo y con dos hijos. De manera similar a lo observado en el conocimiento, las gestantes con dos hijos mostraron actitudes más positivas en comparación con aquellas con un hijo, mientras que las madres con tres o más hijos presentaron una ligera disminución en estos puntajes. Esto podría relacionarse con el hecho de que la experiencia previa con la maternidad contribuye a una mayor conciencia sobre la importancia de la prevención en salud; sin embargo, cuando el número de hijos aumenta, las múltiples demandas familiares podrían reducir el tiempo disponible para priorizar o reforzar conductas preventivas. Asimismo, las gestantes que habían acudido al dentista presentaron actitudes significativamente más positivas hacia la prevención, lo que refuerza la importancia de promover el acceso temprano a la atención odontológica durante el embarazo.

Respecto al nivel de conocimiento total, en nuestro estudio predominó el conocimiento deficiente (55,6%), en contraste con Mendoza (2018)(34), Egusquiza et al. (2022)(27), Fajardo (2022)(28) y Cagetti et al. (2024)(24), quienes reportaron mayor frecuencia de conocimiento regular y proporciones más elevadas de conocimiento bueno. Loaysa et al. (2022)(29) también hallaron un predominio de conocimiento deficiente (39,2%) y proporciones muy reducidas de conocimiento bueno (25%), lo cual guarda mayor correspondencia con nuestros resultados. Comparando la dimensión más débil, tanto nuestro estudio como los de Mendoza (2018)(34), Egusquiza et al. (2022)(27) y Loaysa et al. (2022)(29) coincidieron en que el menor nivel de conocimiento se relacionó con las consecuencias oclusales de los hábitos nocivos, lo que evidencia una brecha educativa persistente y generalizada. En contraste, la dimensión preventiva mostró mejores puntajes, en línea con Fajardo (2022)(28) y Mendoza (2018)(34), quienes también reportaron que las madres reconocen mejor las recomendaciones preventivas que las implicancias oclusales específicas.

Cuando se comparan las dimensiones específicas, se observa que en la primera dimensión, referida a hábitos orales nocivos, predominó el conocimiento deficiente, mientras que en Mendoza (2018)(34) el mayor porcentaje perteneció al nivel regular. En la segunda dimensión, referente a tipos de maloclusión, en nuestro estudio la mayoría presentó conocimiento deficiente (67,5%), concordando con Mendoza (2018)(34) y Egusquiza et al. (2022)(27), quienes también identificaron esta dimensión como la más débil en sus poblaciones. Esto sugiere que la relación entre hábitos

orales y maloclusión continúa siendo un aspecto poco comprendido por las madres y gestantes, incluso en distintos contextos geográficos. En la tercera dimensión, asociada a medidas preventivas, predominó el conocimiento regular en nuestra investigación, concordando con Mendoza (2018)(34), quien reportó una tendencia similar. Esto refleja que, si bien existe una noción general sobre prevención, persisten vacíos respecto a la identificación de consecuencias y mecanismos de instalación de los hábitos orales nocivos.

En cuanto a la actitud, los resultados revelaron predominio de actitud positiva (78,1%), similar a lo descrito por Mendoza (2018)(34) y Fajardo (2022)(28), quienes encontraron entre 68% y 75% de actitudes favorables. Loaysa et al. (2022)(29) reportaron un porcentaje aún mayor (90,8%), mientras que Egusquiza et al. (2022)(27) observaron predominio de actitud indiferente, lo cual muestra que este componente puede variar según las características socioculturales de cada población. En nuestro estudio, la actitud favorable, a pesar de los bajos niveles de conocimiento, sugiere una predisposición importante para adoptar comportamientos preventivos si se implementan estrategias educativas adecuadas.

Son limitados los estudios que evalúan el puntaje promedio de conocimiento y actitud sobre hábitos orales nocivos, lo que evidencia una escasez de literatura científica específica sobre esta temática. En la presente investigación se encontró un puntaje promedio de conocimiento de 5,21 sobre un máximo de 12 puntos, lo cual sugiere un nivel de conocimiento relativamente bajo en la población estudiada. En cuanto a la actitud, el puntaje promedio fue de 30,98 sobre un máximo de 40 puntos, lo que indicaría una disposición mayoritariamente favorable hacia la prevención de hábitos orales nocivos, a pesar de las limitaciones observadas en el conocimiento. Al comparar estos hallazgos con otras investigaciones, Cagetti et al. (2024)(24) reportaron un puntaje promedio de conocimiento de 3,95 sobre 6 puntos y un puntaje promedio de actitud de 4,45 sobre 6 puntos, evidenciando también una tendencia hacia niveles moderados de conocimiento y actitudes relativamente positivas en la población evaluada. Aunque las escalas de medición utilizadas en ambos estudios difieren, los resultados muestran un patrón similar, donde la actitud hacia la salud bucal tiende a ser más favorable que el nivel de conocimiento. Además, Al-Dahan e Ismael (2023)(23) encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y los puntajes promedio de conocimiento ($p<0,001$) y actitud ($p<0,001$). Estos resultados coinciden con los hallazgos de la presente investigación, en la cual también se observó una relación significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento ($p<0,001$) y actitud ($p=0,004$). Este comportamiento sugiere que un mayor nivel educativo podría favorecer una mejor comprensión de los hábitos orales nocivos y una actitud más positiva hacia su prevención.

Al analizar la relación entre conocimiento y actitud, se encontró una correlación positiva débil pero significativa (rho = 0,265), consistente con lo reportado por Mendoza (2018)(34) y similar al patrón descrito por Fajardo (2022)(28), quien también observó que niveles más altos de conocimiento se asociaron con actitudes más favorables. Aunque Loaysa et al. (2022)(29) no hallaron relación

significativa entre ambas variables, esto puede deberse a diferencias metodológicas o características particulares de la población evaluada. En general, la evidencia sugiere que, aunque el conocimiento influye en la actitud, su efecto es limitado y depende de otros elementos como experiencia previa, orientación del personal de salud y acceso a información.

En conjunto, los resultados evidencian que las gestantes evaluadas muestran un nivel de conocimiento insuficiente, especialmente en conceptos relacionados con maloclusiones, pero mantienen una actitud favorable hacia la prevención. Al compararlos con la literatura revisada, se observa que la actitud positiva es un patrón relativamente consistente entre estudios, mientras que los niveles de conocimiento muestran variabilidad marcada según la población, el acceso a información, el involucramiento del personal de salud y la presencia de programas educativos. Estos hallazgos destacan la necesidad de fortalecer la educación prenatal en salud bucal, enfatizando la prevención de hábitos orales nocivos desde la gestación, con participación activa de odontólogos y obstetras.

Aunque el estudio presenta algunas limitaciones metodológicas que deben ser consideradas, estas no afectan sustancialmente la validez general de los resultados. El diseño transversal no permite establecer causalidad, y la información se obtuvo mediante un cuestionario autoadministrado, por lo que las respuestas pueden estar influenciadas por la interpretación individual o el sesgo de deseabilidad social. Asimismo, la investigación se desarrolló en un único centro de salud; sin embargo, lejos de constituir una restricción, el hecho de realizarse en el Hospital Nacional Dos de Mayo representa una fortaleza, debido a la diversidad sociocultural de la población atendida, lo que amplía la aplicabilidad de los hallazgos.

Pese a estas limitaciones, el estudio aporta evidencia relevante para la salud pública y la odontología preventiva en población gestante. Los resultados permiten identificar brechas críticas en el conocimiento materno sobre hábitos orales nocivos y sus consecuencias, al mismo tiempo que revelan una actitud mayoritariamente favorable hacia la prevención, lo que constituye una oportunidad estratégica para intervenciones educativas efectivas. Además, los hallazgos respaldan la necesidad de desarrollar programas prenatales que integren la educación en salud bucal desde una perspectiva integral. En conjunto, este estudio contribuye a la comprensión de un problema poco explorado y abre camino a futuras investigaciones.

VII. CONCLUSIONES

- La población de estudio se caracteriza mayoritariamente por mujeres en el tercer trimestre de gestación (61,3%), en edad madura de 26 a 35 años (48,7%) y con un nivel educativo de secundaria (61,0%). Asimismo, destaca un alto porcentaje de acceso previo a servicios odontológicos (90,9%), aunque la mayoría de las participantes (69,8%) no se encuentra recibiendo tratamiento dental al momento del estudio.

- El conocimiento de las gestantes sobre hábitos orales nocivos es mayoritariamente deficiente (55,6%), con una marcada debilidad en el reconocimiento de sus efectos; sin embargo, este déficit cognitivo no impide que las madres mantengan una actitud predominantemente positiva (78,1%) hacia el cuidado de la salud bucal infantil.

- El conocimiento sobre hábitos orales nocivos es significativamente superior en gestantes que cursan el segundo trimestre ($p = 0,003$), tienen entre 26 a 35 años ($p = 0,046$), poseen solo uno o dos hijos ($p = 0,001$), cuentan con instrucción superior ($p < 0,001$) y reciben atención odontológica actualmente ($p < 0,001$). Por el contrario, el acceso previo a servicios no representa un factor determinante ($p = 0,054$).

- El conocimiento sobre los efectos de los hábitos nocivos es mayor en gestantes del segundo trimestre ($p = 0,028$), con menor número de hijos ($p < 0,001$) y mayor grado de instrucción ($p = 0,003$). En contraste, la edad materna ($p = 0,266$), el acceso previo a servicios ($p = 0,568$) y la utilización actual de atención ($p = 0,328$) no muestran ser factores influyentes en esta dimensión.

- El conocimiento sobre las medidas para evitar la instalación de hábitos es significativamente superior en madres con mayor grado de instrucción ($p = 0,004$) y con antecedentes de visitas al dentista ($p = 0,001$). Sin embargo, el trimestre gestacional ($p = 0,333$), la edad de la madre ($p = 0,331$), el número de hijos ($p = 0,085$) y la atención dental actual ($p = 0,151$) no constituyen factores determinantes.

- El nivel de conocimiento total sobre salud oral es significativamente superior en gestantes del segundo trimestre ($p = 0,024$), con menor paridad ($p < 0,001$), mayor grado de instrucción ($p < 0,001$) y con vinculación profesional previa y actual ($p = 0,012$ y $p = 0,011$). Por el contrario, la edad de la madre no representa un factor determinante al no mostrar diferencias estadísticas ($p = 0,633$).

- La actitud hacia la prevención de hábitos nocivos es significativamente más favorable en gestantes con menor número de hijos ($p < 0,001$), mayor grado de instrucción ($p = 0,004$) y antecedentes de visitas al dentista ($p = 0,014$). En cambio, el trimestre gestacional ($p = 0,250$), la edad de la madre ($p = 0,685$) y la atención odontológica actual ($p = 0,557$) no representan

factores influyentes en la disposición actitudinal.

- Se estableció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de las gestantes sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia (rho = 0,265; $p < 0,001$), evidenciándose una correlación positiva de magnitud débil.

VIII. RECOMENDACIONES

- Implementar programas de consejería odontopediátrica prenatal en el Hospital Nacional Dos de Mayo, orientados a educar a las gestantes sobre hábitos orales nocivos y su impacto en la oclusión dental del niño.

- Incorporar la evaluación odontopediátrica temprana (antes del primer año de vida) como parte del control integral del recién nacido, con énfasis en la detección precoz de hábitos de succión no nutritiva.

- Fortalecer la coordinación entre el servicio de Obstetricia y Odontopediatría para brindar orientación conjunta sobre lactancia materna y desarrollo orofacial adecuado.

- Promover investigaciones longitudinales en el área de odontopediatría que evalúen la relación entre conocimiento materno, actitud y aparición real de hábitos orales nocivos en los niños.

- Implementar programas de educación no formal con lenguaje sencillo, recursos visuales y material didáctico adaptado para gestantes con nivel de instrucción primaria y secundaria, quienes mostraron los niveles más bajos de conocimiento.

- Diseñar talleres de refuerzo específicos para madres con tres o más hijos, ya que la paridad alta se identificó como un factor de riesgo para el desconocimiento, posiblemente debido a la falta de tiempo o la saturación de información en embarazos previos.

- Aprovechar el segundo trimestre gestacional para intensificar la entrega de información técnica sobre efectos y medidas preventivas, dado que es el periodo donde las gestantes mostraron mayor receptividad y mejores puntajes.

- Fortalecer el rol del odontólogo como educador. Debido a que la "utilización actual de atención" correlaciona con un mayor conocimiento, se recomienda que cada cita clínica incluya obligatoriamente un componente educativo sobre hábitos nocivos.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Olivos LHG, Chacón-Uscamaita PR, Quinto-Argote AG, Pumahualcca G, Pérez-Vargas LF. Deleterious oral habits related to vertical, transverse and sagittal dental malocclusion in pediatric patients. BMC Oral Health. diciembre de 2022;22(1):88. doi:10.1186/s12903-022-02122-4
2. Rai A, Koirala B, Dali M, Shrestha S, Shrestha A, Niraula SR. Prevalence of Oral Habits and its Association with Malocclusion in Primary Dentition among School Going Children of Nepal. J Clin Pediatr Dent. 1 de enero de 2022;46(1):44-50. doi:10.17796/1053-4625-46.1.8
3. Vu DA, Vu HM, Nguyen QT, Vu HM. Malocclusion among children in Vietnam: Prevalence and associations with different habits. J Oral Biol Craniofacial Res. marzo de 2024;14(2):112-5. doi:10.1016/j.jobcr.2024.01.007
4. Otsugu M, Sasaki Y, Mikasa Y, Kadono M, Sasaki H, Kato T, et al. Incompetent lip seal and nail biting as risk factors for malocclusion in Japanese preschool children aged 3–6 years. BMC Pediatr. 26 de octubre de 2023;23(1):532. doi:10.1186/s12887-023-04366-7
5. Atiek Driana Rahmawati, Eggi Arguni, Iwa Sutardjo, Dibyo Pramono. Correlation Between Age, Gender and Bad Oral Habit of 7-9-year-old Children in Karangjati Primary School, Kasihan, Bantul, Yogyakarta. DENTA. 12 de agosto de 2021;14(1):9-15. doi:10.30649/denta.v14i1.2
6. Hünler Dönmez İ, Bodur CH. Çocuklarda Kötü Ağız Alışkanlıkları ve Tedavi Yöntemleri. J Child. 28 de diciembre de 2020;20(3). doi:10.26650/jchild.2020.3.822677
7. Bad habits in children and their impact on oral health and development of teeth. Int J Pharm Res. 2 de noviembre de 2020;12(sp2). doi:10.31838/ijpr/2020.SP2.172
8. Baeshen HA. Malocclusion trait and the parafunctional effect among young female school students. Saudi J Biol Sci. enero de 2021;28(1):1088-92. doi:10.1016/j.sjbs.2020.11.028
9. Matias De Carvalho F, Rocha Valadas LA, Sá Nogueira JA, Lobo PLD, Pimentel FLDS, Sacchetto MSLDS, et al. Breastfeeding, Oral Habits and Malocclusions in the Childhood: A Literature Review. J Young Pharm. 10 de febrero de 2022;14(1):25-9. doi:10.5530/jyp.2022.14.5
10. Silva LCD, Vedovello SAS, Vedovello Filho M, Meneghin MDC, Ambrosano Bovi GM, Degan VV. Anxiety and oral habits as factors associated with malocclusion. CRANIO®. 4 de mayo de 2021;39(3):249-53. doi:10.1080/08869634.2019.1633492
11. Gerson Alejandro Acosta Ruiz, Lourdes Kattya Coronado Vallejos. Hábitos Deformantes y Maloclusiones en Estudiantes de Segundo y Tercer Grado de Primaria de la I.E.P. Martir de la Medicina - Lima, 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: Repositorio Universidad Privada Telesup: Hábitos Deformantes y Maloclusiones en Estudiantes de Segundo y Tercer Grado de Primaria de la I.E.P. Martir de la Medicina - Lima, 2022 (utelesup.edu.pe)
12. Vicente Ramos NP, Silva-Esteves Raffo JF, León-Manco RA. Frecuencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 7 a 12 años de edad en un centro dental docente de Lima- Perú. Estudio Retrospectivo. Rev Odontol PEDIÁTRICA. 14 de julio de 2022;21(1):e201. doi:10.33738/spo.v21i1.201
13. Romero Mendez Ybelissse. Modelo ecobiopsicosocial como nuevo abordaje de la salud bucal [Internet]. Vol. 6. 2018;6(2). Disponible en: http://epublica.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/10097

14. Paglia L. Interceptive orthodontics: awareness and prevention is the first cure. Eur J Paediatr Dent. 2023;24(1):5-5. doi:10.23804/ejpd.2023.24.01.01
15. Vellini Ferreira F. ORTODONCIA - Diagnostico y planificación clínica [Internet]. 1°. Sao Paolo: Artes Medicas; 2002. Disponible en: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1lvF9WrIaQBQIBMdSv1gNG8pV2hchI9HC
16. Lin L, Zhao T, Qin D, Hua F, He H. The impact of mouth breathing on dentofacial development: A concise review. Front Public Health. 8 de septiembre de 2022;10:929165. doi:10.3389/fpubh.2022.929165
17. Desarrollo de la primera infancia. UNICEF for every child [Internet]. 2024. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/early-childhood-development/overview/#:~:text=Early%20childhood%2C%20which%20spans%20the,social%2C%20emotional%20and%20physical%20development.
18. Jamilian A, Ferati K, Palermo A, Mancini A, Rotolo RP. CRANIOFACIAL DEVELOPMENT OF THE CHILD. Eur J Musculoskel. diciembre de 2022;11(3):89-95.
19. Gelb M, Montrose J, Paglia L, Saccomanno S, Quinzi V, Marzo G. Myofunctional therapy Part 2: Prevention of dentofacial disorders. Eur J Paediatr Dent. 2021;22(2):163-7. doi:10.23804/ejpd.2021.22.02.15
20. Markkanen S, Rautiainen M, Niemi P, Helminen M, Peltomäki T. Is securing normal dentofacial development an indication for tonsil surgery in children? A systematic review and meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. junio de 2020;133:110006. doi:10.1016/j.ijporl.2020.110006
21. American Association of Orthodontists. AAO [Internet]. 2019. Disponible en: www.aaoinfo.org/frequently/askedquestions/. January29
22. Khattab NMA, Abd-Elsabour MAA, Omar OM. Parent-perceived oral habits among a group of school children: prevalence and predictors. BDJ Open. 5 de octubre de 2024;10(1):77. doi:10.1038/s41405-024-00261-0
23. Mohammed Al-Dahan H, Ali Ismael S. Early childhood caries: parents' knowledge, attitude and practice towards its prevention in refugee camps in Erbil, Iraq. BMC Oral Health. 24 de octubre de 2023;23(1):792. doi:10.1186/s12903-023-03516-8
24. Cagetti MG, Salerno C, Ionescu AC, La Rocca S, Camoni N, Cirio S, et al. Knowledge and attitudes on oral health of women during pregnancy and their children: an online survey. BMC Oral Health. 16 de enero de 2024;24(1):85. doi:10.1186/s12903-023-03732-2
25. Galán-González AF, Domínguez-Reyes A, Cabrera-Domínguez ME. Influence of bad oral habits upon the development of posterior crossbite in a preschool population. BMC Oral Health. 25 de noviembre de 2023;23(1):923. doi:10.1186/s12903-023-03572-0
26. Soto Vasquez Emily Fiorella. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE HÁBITOS PERNICIOSOS BUCALES DE NIÑOS EN PADRES DE FAMILIA DEL CLUB DE MADRES ZOILA VICTORIA DE LA TORRE – 2021 [Internet]. [Lima - Peru]: UAP; 2022. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/9865/Tesis_H%c3%a1bitos_Perniciosos_Bucales.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Egusquiza Rojas Jorge Carlos. Relación del nivel de conocimiento y actitud frente a los hábitos bucales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden a la Clínica Dental Calderón del

distrito de Comas, Lima 2021 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6322

28. Fajardo Fernandez Danitza Lucia. Nivel de conocimiento y actitud de las madres sobre la influencia de hábitos orales nocivos en la oclusión dentaria de niños de 7-11 años de la Institución Educativa 40121, Arequipa 2021. Universidad Catolica de Santa Maria; 2022.
29. Loaysa Quisoe Manianela, Yepez Robles Carlos Anthoni. Nivel de Conocimiento y actitud sobre la influencia que ejercen los hábitos nocivos orales en la oclusión dentaria en madres que acuden al Programa de Vaso de Leche del Centro Poblado de Villa Ampay, Abancay - 2020 [Internet]. Universidad Tecnologica de los Andes; 2022. Disponible en: https://repositorio.utea.edu.pe/handle/utea/328
30. Wassihun B, Ayinalem A, Beyene K. Knowledge of oral health during pregnancy and associated factors among pregnant mothers attending antenatal care at South Omo Zone public hospitals, Southern Ethiopia, 2021. Xie L, editor. PLOS ONE. 29 de agosto de 2022;17(8):e0273795. doi:10.1371/journal.pone.0273795
31. Carvajal J, Carvajal C, Escudero E, Romero M. Prevalence of oral habits and their relationship with malocclusions in preschool children belonging to the network 1 of the city of Sucre, 2012. [Internet]. Journal of Nursing Techniques; 2021. Disponible en: https://evidenciasenpediatria.es/articulo/7307/estadistica-tipos-de-variables-escalas-de-medida
32. Molina Quispe Jairo Jhoel. Nivel de conocimiento de padres sobre hábitos bucales deletéreos en relación a su prevalencia en pacientes entre 5 y 13 años que acuden a la consulta pediátrica, Clinica San Juan de Dios, Arequipa 2021 [Internet]. Universidad Catolica de Santa Maria; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/52c1a879-21b0-4b71-b176-cd835b7868a4
33. Hernandez Lopez Juan, Cespedes Isasi Rene Pablo. Respiracion bucal. Nivel de conocimientos de padres o tutores. [Internet]. Vol. 23. junio de 2019;23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-48182019000300510&script=sci_arttext
34. Mendoza Huamani, Frank Benjamin. Conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los habitos orales nocivos sobre la oclusion dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Lima - Peru]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
35. Kaushik M, Sood S. A Systematic Review of Parents' Knowledge of Children's Oral Health. Cureus. 6 de julio de 2023. doi:10.7759/cureus.41485
36. World Federation of Public Health Associations [Internet]. 2024. La importancia de la salud bucal materna para las madres y los niños. Disponible en: https://www.wfpha.org/the-importance-of-maternal-oral-health-for-mothers-and-children/
37. Ludovichetti FS, Zuccon A, Lucchi P, Cattaruzza G, Zerman N, Stellini E, et al. Mothers' Awareness of the Correlation between Their Own and Their Children's Oral Health. Int J Environ Res Public Health. 14 de noviembre de 2022;19(22):14967. doi:10.3390/ijerph192214967
38. Ahmed ZN, Hussin AM, Alanazi AF, Alhuraish AM, Abomelha SA, Tulbah TH, et al. Etiology of thumb sucking habit and its effect on developing malocclusion. Int J Community Med Public Health. 27 de enero de 2021;8(2):905. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20210017
39. Lieneck C, Connelly E, Ireland D, Jefferson A, Jones J, Breidel N. Facilitators and Barriers to Oral

Healthcare for Women and Children with Low Socioeconomic Status in the United States: A Narrative Review. Healthcare. 10 de agosto de 2023;11(16):2248. doi:10.3390/healthcare11162248

40. King S, Thaliph A, Laranjo L, Smith BJ, Eberhard J. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally diverse population: a mixed methods study. BMC Public Health. 28 de julio de 2023;23(1):1446. doi:10.1186/s12889-023-16381-5
41. Sajjanshetty M, Rao A, Gururaghavendran R, Shenoy R, Mithun Pai B. Oral health knowledge and practices: their influence on oral health status of auxiliary health workers in health centers of Mangalore, India. J Indian Assoc Public Health Dent. 2019;17(2):97. doi:10.4103/jiaphd.jiaphd_173_18
42. Duraisamy V, Pragasam AX, Vasavaih SK, John JB. Maternal Knowledge Regarding Feeding Practices and its Effect on Occlusion of Primary Dentition in Children: A Cross-sectional Study. Int J Clin Pediatr Dent. febrero de 2020;13(1):31-4. doi:10.5005/jp-journals-10005-1737
43. Angela Guadalupe Canto de Gante, Wadi Elim Sosa Gonzalez, Jaime Bautista Ortega, Judith Escobar Castillo, Alberto Santillan Fernandez. Escala de Likert: Una alternativa para elaborar e interpretar un instrumento de percepción social. Vol. 12. 2020;12(1):38-45.
44. Bolvar Suarez Lindao, Bertha Maggi Garces. Escala de Likert en el nivel de conocimiento de Diabetes Tipo 2 en la provincia de Santa Elena. Vol. 8. 2020;8(1):78-83.
45. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. EARLY CHILHOOD [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.aap.org/en/patient-care/early-childhood/?srsltid=AfmBOorsa-pEfLVJpJgVZjp8g33Kipe25dTVU4YB6imByN2ex0ee-45A
46. Likhar A, Baghel P, Patil M. Early Childhood Development and Social Determinants. Cureus. 23 de septiembre de 2022. doi:10.7759/cureus.29500
47. Zhou C, Duan P, He H, Song J, Hu M, Liu Y, et al. Expert consensus on pediatric orthodontic therapies of malocclusions in children. Int J Oral Sci. 16 de abril de 2024;16(1):32. doi:10.1038/s41368-024-00299-8
48. Ogodescu E, Popa M, Isac C, Pinosanu R, Olaru D, Cismas A, et al. Eruption Timing and Sequence of Primary Teeth in a Sample of Romanian Children. Diagnostics. 28 de febrero de 2022;12(3):606. doi:10.3390/diagnostics12030606
49. Torlińska-Walkowiak N, Łukaszewicz K, Morawska A, Sowińska A, Pawlaczyk-Kamieńska T, Opydo-Szymaczek J. Diet, Oral Hygiene Habits, and Approach to Dental Visits of Early School-Aged Children during the COVID-19 Pandemic and Possible Long-Term Health Consequences. J Clin Med. 31 de agosto de 2023;12(17):5690. doi:10.3390/jcm12175690
50. Alamoudi RM, Showlag RA, Almujil NJ, Alzahrani AM, Aladwani WI, Alboeid AA, et al. The impact of parental oral health behaviors on the oral health of children. Int J Community Med Public Health. 6 de octubre de 2023;10(11):4451-6. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20233149
51. Gonçalves FM, Taveira KVM, Araujo CMD, Ravazzi GMNC, Guariza Filho O, Zeigelboim BS, et al. Association between atypical swallowing and malocclusions: a systematic review. Dent Press J Orthod. 2022;27(6):e2221285. doi:10.1590/2177-6709.27.6.e2221285.oar
52. Deshkar M, Thosar NR, Kabra SP, Yeluri R, Rathi NV. The Influence of the Tongue on the Development of Dental Malocclusion. Cureus. 29 de mayo de 2024. doi:10.7759/cureus.61281

53. Quinzi V, Nota A, Caggiati E, Saccomanno S, Marzo G, Tecco S. Short-Term Effects of a Myofunctional Appliance on Atypical Swallowing and Lip Strength: A Prospective Study. J Clin Med. 15 de agosto de 2020;9(8):2652. doi:10.3390/jcm9082652
54. Staufert Gutierrez D, Carugno P. Thumb Sucking [Internet]. 8 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556112/
55. Ali F, Soni S, Kaur G, Bagga MK. Oral habits in relation to malocclusions: A review. Int J Health Sci. 31 de diciembre de 2021;230-8. doi:10.53730/ijhs.v5nS2.5660
56. Fasale M, Rao D, Panwar S. Management of Lip Sucking Habit Using Combination Therapy: A Case Report. Int J Dent Res. 31 de diciembre de 2022;7(3):59-62. doi:10.31254/dentistry.2022.7304
57. Maulidina Nabilah Tasyakuranti, Tiara Nur Ramadhanty, Dimas Surya Saputra, Rosiana Dewi Prayogo, Seno Pradopo, Soegeng Wahluyo. Effectiveness of lip bumper appliances as a reducer of lip sucking habit in children: A case report. World J Adv Res Rev. 30 de mayo de 2024;22(2):1848-52. doi:10.30574/wjarr.2024.22.2.1584
58. Bahadure RN, Thosar NR, Dhote VS, Dharmadhikari PM, Dhote AV. Separation Anxiety—An Unseen Cause for Development of Abnormal Oral and Paraoral Habits and Malocclusion: A Review of Literature and Report of Two Cases. Int J Clin Pediatr Dent. 1 de febrero de 2022;14(S2):S199-205. doi:10.5005/jp-journals-10005-2091
59. Santos Barrera M, Ribas-Perez D, Caleza Jimenez C, Cortes Lillo O, Mendoza-Mendoza A. Oral Habits in Childhood and Occlusal Pathologies: A Cohort Study. Clin Pract. 24 de abril de 2024;14(3):718-28. doi:10.3390/clinpract14030057
60. Simões Galvão Í. Respiración oral – Implicaciones en la estructura cráneo facial y calidad de vida [Internet]. [Portugal]: Universidad de Lisboa; 2020. Located at: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46809/1/IrisSGalvao.pdf. Disponible en: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46809/1/IrisSGalvao.pdf
61. Boiero M. RESPIRACION BUCAL [Internet]. [Argentina]: Universidad Nacional de Cuyo; 2021. Located at: http://ddhh.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/15917/boiero-marina.pdf. Disponible en: http://ddhh.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/15917/boiero-marina.pdf
62. J. Ustrell, Duran J. Ortodoncia [Internet]. Barcelona: Edicions Universitat; 2002. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=7I7cJWP8jroC&printsec=frontcover&hl=#v=onepage&q&f=false
63. Díaz-Lobato DA, González-Herrera AM, Flores-Hernández V, Olmos-Ávila EM, Monjarás-Ávila AJ, Balderas-Delgadillo C. Principales repercusiones del uso de chupón en cavidad oral. Educ Salud Bol Científico Inst Cienc Salud Univ Autónoma Estado Hidalgo. 5 de diciembre de 2023;12(23):50-7. doi:10.29057/icsa.v12i23.11174
64. Caruso S, Nota A, Darvizeh A, Severino M, Gatto R, Tecco S. Poor oral habits and malocclusions after usage of orthodontic pacifiers: an observational study on 3–5 years old children. BMC Pediatr. diciembre de 2019;19(1):294. doi:10.1186/s12887-019-1668-3
65. Hunde BM, Sitotaw IK, Elema TB. Magnitude of bottle-feeding practice and associated factors among mothers of 0–24 months' children in Asella town, Oromia region, Ethiopia. BMC Nutr. 29 de junio de 2023;9(1):79. doi:10.1186/s40795-023-00733-w

66. Almahrul A, Alsulaimani L, Alghamdi F. The Impact of Breastfeeding and Non-Nutritive Sucking Behaviors on Skeletal and Dental Malocclusions of Pediatric Patients: A Narrative Review of the Literature. Cureus. 31 de octubre de 2021. doi:10.7759/cureus.19160
67. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Maspero C, Farronato G. Relationship between Breastfeeding and Malocclusion: A Systematic Review of the Literature. Nutrients. 30 de noviembre de 2020;12(12):3688. doi:10.3390/nu12123688
68. Chang MC, Chen HL, Huang ST, Wang HP, Liu HY. Relationship between orofacial dysfunction and orofacial features, oral function, and eating performance among preschool children. J Dent Sci. abril de 2024;19(2):1044-51. doi:10.1016/j.jds.2023.06.022
69. Stojilković M, Gušić I, Berić J, Prodanović D, Pecikozić N, Veljović T, et al. Evaluating the influence of dental aesthetics on psychosocial well-being and self-esteem among students of the University of Novi Sad, Serbia: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 26 de febrero de 2024;24(1):277. doi:10.1186/s12903-024-04002-5

X. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO – CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD

N° de Ficha: _____

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.

- Trimestre gestacional
  a) Primer trimestre
  b) Segundo trimestre
  c) Tercer trimestre

- 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

II. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS

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 constante, 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. Respiración bucal constante, 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 con su criterio.

N°	PREGUNTAS	SI	TAL VEZ SI	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 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE GESTANTES SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA PRIMERA INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Investigador Responsable del Proyecto:

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

- **Propósito del Estudio**:

  Lo invitamos a participar del presente estudio con el propósito de determinar el conocimiento y la actitud sobre hábitos orales nocivos en la primera infancia en gestantes que asisten al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Nacional Dos De Mayo. Los resultados de este estudio serán utilizados para desarrollar programas educativos que promuevan prácticas de salud bucal adecuadas desde la etapa prenatal

- **Procedimiento:**

  Su participación es voluntaria consiste en complementar una encuesta que tomara aproximadamente 10 minutos. La encuesta incluirá peguntas sobre sus conocimientos y actitudes respecto a los hábitos orales de los niños en la primera infancia.

- **Beneficios**:

  Con su participación, Aunque no recibirá compensación económica directa, su colaboración contribuye a mejorar los programas de educación en salud bucal para futuras madres

- **Riesgos:**

  No se anticipan riesgos significativos derivados de su participación en esta investigación

- **Costos e incentivos:**

  No se realizará compensación económica por participar en el estudio.

- **Confidencialidad:**

  Toda opinión o información que Ud. entregue será tratada confidencialmente. Su identidad no será revelada. Al presentar los resultados de esta investigación no serán utilizados sus datos, o respuestas que permitan individualizarlo. La información será resguardada en un archivo digital protegido con contraseña y sólo será usada para la presente investigación.

- **Derechos del participante:**

  Su participación es completamente voluntaria. Se puede retirar del estudio en el momento que estime conveniente sin que ello le ocasione perjuicio alguno. Para ello, ante cualquier duda o inquietud puede contactarse con el investigador responsable

Email: Celular:

Datos de Contacto del Comité de Ética
(para preguntas sobre sus derechos como voluntarios, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados) puede contactarse con:
Presidente del Comité de Ética: Dr. Fernando Alfonso Ortiz Culca
Dirección: German Amezaga s/n. Lima. Facultad de Odontología UNMSM Correo electrónico: comitedeetica.fo@unmsm.edu.pe

Declaración de Consentimiento

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

Nombres y apellidos del participante (todo escrito con puño y letra del voluntario) lugar y fecha FIRMA

Nombres y apellidos de persona a cargo Del proceso de consentimiento lugar y fecha FIRMA

Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

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.

Mendoza FB. 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. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.

ANEXO 4: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE CÓMITE DE ÉTICA UNMSM

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Comité de Ética Institucional

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA DE APROBACIÓN N°031-CEI-FO-2025

El Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha **APROBADO** el proyecto de investigación: **"CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE GESTANTES SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA PRIMERA INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO."**, a cargo de la investigadora principal **JENNIFER GIANINA VELASQUEZ SALCEDO.**

La presente aprobación del Comité de Ética Institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tiene una vigencia de tres años, del 06 de mayo de 2025 al 06 de mayo de 2028 bajo los siguientes considerandos:

- El proyecto de investigación se encuentra registrado y almacenado en los archivos digitales del comité.
- Los datos obtenidos de la investigación deberán ser rigurosamente resguardados y almacenados por un periodo mínimo de tres años pudiendo ser solicitados por este comité en cualquier momento.
- El comité se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento un informe del avance del proceso de ejecución del proyecto de investigación
- Cualquier modificación al proyecto presentado deberá ser informado al Comité.
- Al finalizar la ejecución el investigador responsable debe enviar una copia del informe final a este comité.
- El Comité de Ética está a disposición para posteriores esclarecimientos o dudas.

Ciudad Universitaria, 06 de mayo de 2025

Dr. Fernando Alfonso Ortiz Culca
Presidente del Comité de Ética Institucional
Facultad de Odontología

ANEXO 5: CARTA DE PRESENTACIÓN DE UNMSM

UNMSM Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 31.03.2025 15:42:48 -05:00

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

Lima, 31 de Marzo del 2025

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 000010-2025-D-FO/UNMSM

Doctor
Victor Rafael Gonzáles Perez
DIRECTOR GENERAL(E)
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Presente. -

Atención: RUBEN MARINO AZAÑERO REYNA
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA CAPACITACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y, a la vez, presentarle a la Br. JENNIFER GIANINA VELASQUEZ SALCEDO estudiante de la Escuela Profesional de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

La mencionada Br. VELASQUEZ SALCEDO ha desarrollado su proyecto de tesis titulada: «CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE GESTANTES SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA PRIMERA INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO», para obtener el Título Profesional de Cirujana Dentista, el cual cuenta con pase a ejecución de la Unidad de Asesoría y Orientación al Estudiante de la Facultad de Odontología.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente a su despacho que se le brinden las facilidades respectivas a la Br. JENNIFER GIANINA VELASQUEZ SALCEDO para la aplicación de su proyecto en la institución que usted dignamente dirige.

Agradeciendo su gentil atención, me despido haciendo propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS · UNMSM ·

Dr. Romel Armando Watanabe Velásquez
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA (E)

RWV/pcs

ANEXO 6: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE CÓMITE DE ÉTICA HNDM

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Nacional Dos de Mayo

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

EVALUACIÓN N°050-2025-CEIB-HNDM

"CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE GESTANTES SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA PRIMERA INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO"

Investigador. Principal: **JENNIFER GIANINA VELASQUEZ SALCEDO**

El Comité de Ética en Investigación Biomédica concluye que:

1. El Investigador se encuentra calificado para la conducción de la investigación.
2. El Protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos.
3. El Consentimiento Informado brinda la información necesaria en forma adecuada.

Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.

El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha 22 de mayo y expira el 21 de mayo del 2026.

El investigador remitirá al Comité de Ética en Investigación Biomédica un informe final al término del estudio.

Lima, 22 de mayo 2025

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA - PRESIDENTE CEIB - HNDM

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
Dra. M.C. Alejandra Parhuana Barrios
Doctora en Medicina
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
C.M.P. 023006 R.N.E. 9567

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

APB/Eva

Parque Historia de la Medicina Peruana s/n Alt. Cdra. 13 Av Grau-Cercado de Lima
Web: www.gob.pe/hdosdemayo
E mail: direccióngeneral@hdosdemayo.gob.pe / secretariadghndm@gmail.com
@H2deMayo | @hospitaldosdemayo | @H2deMayo | @hospitaldosdemayooficial

Con Punche Perú

ANEXO 6: CARTA DE APROBACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL HNDM

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Nacional Dos de Mayo

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

CARTA N°259 - 2025-DG-CARTA Nº093-OACDI-HNDM-2025

Lima, 30 de mayo 2025

Estudiante:
JENNIFER GIANINA VELASQUEZ SALCEDO
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Facultad de Odontología
Investigadora Principal – HNDM
Presente. -

ASUNTO : APROBACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN - PREGRADO

REF : Registro N° 20078-2025 Código N° 02053

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle de acuerdo al Informe Nº621-2025-OACDI-HNDM; emitido por el área de investigación de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, existe viabilidad y se AUTORIZA LA APROBACIÓN de la realización del estudio de investigación titulado:

"CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE GESTANTES SOBRE HÁBITOS ORALES NOCIVOS EN LA PRIMERA INFANCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO"

El presente documento tiene aprobación del Comité de Ética en Investigación Biomédica de nuestra Institución, según la Evaluación Nº050-2025-CEIB-HNDM, de fecha 22 de mayo 2025, vigente hasta el 21 de mayo 2026.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
M.C. VICTOR RAFAEL GONZALES PEREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.P. 27440 - R.N.E. 19977

MINISTERIO DE SALUD
OACDI

VRGP/RMAR/ITB/Lrir

Parque Historia de la Medicina Peruana s/n Alt. Cdra. 13 Av Grau-Cercado de Lima
Web: www.gob.pe/hdosdemayo
E mail: direcciongeneral@hdosdemayo.gob.pe / secretariadghndm@gmail.com

Perú Primero

@H2deMayo | @hospitaldosdemayo | @H2deMayo | @hospitaldosdemayooficial