

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Pública



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE PADRES SOBRE HÁBITOS
BUCALES DELETÉREOS EN RELACIÓN A SU PREVALENCIA
EN PACIENTES ENTRE 5 Y 13 AÑOS QUE ACUDEN A LA
CONSULTA PEDIÁTRICA. CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS,
AREQUIPA 2021**

Tesis presentada por el bachiller:

Molina Quispe Jairo Jhoel

Para optar el Grado Académico de

Maestro en Salud Pública

Asesor:

Dr. Alcocer Nuñez Julio

Ricardo

**Arequipa - Perú
2021**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 24 de Mayo del 2021

Dictamen: 001488-C-EPG-2021

Visto el borrador del expediente 001488, presentado por:

2019002551 - MOLINA QUISPE JAIRO JHOEL

Titulado:

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE PADRES SOBRE HáBITOS BUCALES DELETÉREOS EN RELACIÓN
A SU PREVALENCIA EN PACIENTES ENTRE 5 Y 13 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
PEDIÁTRICA. CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**6003 - RIVAS VARGAS URSULA IRENE
DICTAMINADOR**



**6245 - AZALGARA LAZO PATRICIO GONZALO
DICTAMINADOR**



**6264 - MEDINA ARCE NORMA ROXANA
DICTAMINADOR**



Dedicatoria:

“Dedicado a mi padre y mi madre: Richard y Rocio, gracias por ser mis pilares y por su constante apoyo”



Agradecimiento:

A mis profesores de la escuela de postgrado de la Universidad Católica de Santa María por todo el conocimiento brindado.

Al personal de enfermería y médicos pediatras del servicio de consulta externa de la clínica San Juan de Dios de Arequipa, sin ellos no hubiera sido posible la realización de esta tesis.



RESUMEN

OBJETIVO: 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 que acuden a la consulta externa de pediatría de la clínica San Juan de Dios de Arequipa entre enero y febrero del 2021.

MATERIALES Y METODOS: Se trabajó con una muestra de 114 padres y 114 pacientes entre 5 a 13 años. El estudio es de tipo comunicacional, observacional, prospectivo, transversal, de campo, de nivel relacional. La variable nivel de conocimientos se evaluó mediante la técnica de recolección de tipo comunicacional cuyo instrumento fue un cuestionario de 14 ítems. La variable prevalencia de hábitos bucales deletéreos se evaluó mediante ficha clínica, donde se registró frecuencia de hábitos bucales y maloclusiones. Las variables fueron tratadas estadísticamente a través de frecuencias, chi cuadrado y coeficiente de contingencia.

RESULTADOS: El nivel general de conocimientos fue predominantemente deficiente (50%). La maloclusión prevalente en el plano vertical y transversal fue la normoclusión (54.39% y 79.82% respectivamente), en el plano sagital, predominó la clase I sin mordida cruzada anterior (72.81%). Las mujeres presentaron mayor frecuencia de hábitos (39.12%) en comparación con los hombres (24.22%). El hábito más frecuente fue la fagia (24.22%), seguido de succión (14.91%), el menos frecuente fue el hábito de postura (3.1%). El grupo de 8 años presentó mayor frecuencia de hábitos bucales (13.66%). El chi cuadrado con valor 15.192 y P valor de 0.000502 ($P < 0.05$), indica una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. El coeficiente de contingencia (0.343) indica una asociación débil entre ambas variables.

CONCLUSION: Se concluye que, a mayor nivel de conocimiento sobre hábitos bucales en padres, menor prevalencia de estos en sus hijos.

PALABRAS CLAVE: hábitos bucales deletéreos, nivel de conocimientos, maloclusión, prevalencia.

ABSTRACT

OBJETIVE: To Relate the level of knowledge of parents about deleterious oral habits with the frequency of the practice of said habits in patients between 5 and 13 years' old who attend the outpatient pediatric consultation of the San Juan de Dios clinic in Arequipa between January and February from 2021.

MATERIALS AND METHODS: We worked with a sample of 114 parents and 114 patients between 5 and 13 years of age. It is a communicational, observational, prospective, cross-sectional field study of relational level. The level of knowledge was evaluated using the communicational collection technique, the instrument of which was a 14-item questionnaire. The prevalence of deleterious oral habits was evaluated using a clinical record, where the frequency of oral habits and malocclusions was recorded. The variables were statistically treated through frequencies, chi square and contingency coefficient.

RESULTS: A general level of knowledge was predominantly poor (50%). The prevalent malocclusion in the vertical and transverse planes was normocclusion (54.39% and 79.82% respectively), while, in the sagittal plane, class I without anterior crossbite prevailed (72.81%). The female sex presented a higher frequency of habits (39.12%) compared to the male sex (24.22%). The most frequent habit was phagia (24.22%), followed by sucking (14.91%), the least frequent was the habit of posture (3.1%). The 8-year-old group presented a higher frequency of oral habits (13.66%). The chi square with a value of 15.192 and a P value of 0.000502 ($P < 0.05$), indicates a statistically significant relationship between both variables. The contingency coefficient (0.343) indicates a weak association between both variables.

CONCLUSION: It is concluded that, the higher the level of knowledge about oral habits in parents, the lower the prevalence of these in their children.

KEY WORDS: Deleterious oral habits, level of knowledge, malocclusion, prevalence.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
HIPÓTESIS	4
OBJETIVOS.....	5
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	6
1. MARCO CONCEPTUAL	6
1.1. HÁBITO.....	6
1.2. NIVELES DE PREVENCIÓN EN HABITOS BUCALES.....	20
1.2.1. PRIMER NIVEL: PREVENCIÓN PRIMARIA	20
1.2.2. SEGUNDO NIVEL: PREVENCIÓN SECUNDARIA	22
1.3. OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN	25
1.3.1. MALOCLUSIÓN EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR.....	26
1.3.2. MALOCLUSIÓN EN EL PLANO VERTICAL.....	29
1.3.3. MALOCLUSIÓN EN EL PLANO TRANSVERSAL	32
1.4. CONOCIMIENTO.....	33
2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	38
CAPITULO II: METODOLOGIA	45
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	45
1.1. TÉCNICAS	45
1.2. INSTRUMENTOS	45
1.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	46
1.4. MATERIALES DE VERIFICACIÓN	46
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	46
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL	46
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL.....	46
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO.....	47
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.1. ORGANIZACIÓN	47
3.2. RECURSOS	47
3.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
3.4. CRITERIO PARA EL MANEJO DE RESULTADOS	48

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
1. RESULTADOS.....	50
2. DISCUSIÓN.....	66
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70
ANEXO 1: CUESTIONARIO DE PREGUNTAS	
ANEXO 2: FICHA PARA LA EVALUACIÓN DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS	
ANEXO 3: PRUEBA PILOTO Y FIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO CUESTIONARIO	
ANEXO 4: ESCALA DE ESTANONES	
ANEXO 5: PERMISO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	
ANEXO 6: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN PARA ENCUESTA	
ANEXO 7: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN FICHA CLÍNICA, HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS	
ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO 9: PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	
ANEXO 10: TÉCNICA DE MUESTREO ALEATORIO PARA ESTIMACIÓN DE FRECUENCIAS CON MARCO MUESTRAL DESCONOCIDO	
ANEXO 11: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1.	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE HÁBITOS BUCALES.....	50
TABLA N° 2.	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES POR CATEGORÍAS.....	51
TABLA N° 3.	PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO VERTICAL	52
TABLA N° 4.	PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO TRANSVERSAL.....	53
TABLA N° 5.	PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO SAGITAL	54
TABLA N° 6.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: DEGLUCIÓN.....	55
TABLA N° 7.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: FAGIA	56
TABLA N° 8.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: SUCCIÓN	57
TABLA N° 9.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: RESPIRACIÓN	58
TABLA N° 10.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: POSTURA.....	59
TABLA N° 11.	DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES POR SEXO	60
TABLA N° 12.	DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES POR EDAD	62
TABLA N° 13.	TABLA DE CONTINGENCIA: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS Y PREVALENCIA	64

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1.	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE HÁBITOS BUCALES	50
FIGURA N° 2.	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES POR CATEGORÍAS	51
FIGURA N° 3.	PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO VERTICAL.....	52
FIGURA N° 4.	PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO TRANSVERSAL	53
FIGURA N° 5.	PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO SAGITAL... 54	
FIGURA N° 6.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: DEGLUCIÓN	55
FIGURA N° 7.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: FAGIA	56
FIGURA N° 8.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: SUCCIÓN	57
FIGURA N° 9.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: RESPIRACIÓN.....	58
FIGURA N° 10.	PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: POSTURA	59
FIGURA N° 11.	DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES POR SEXO	61
FIGURA N° 12.	DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES POR EDAD.....	63
FIGURA N° 13.	RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS Y PREVALENCIA.....	65

INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones ocupan el tercer lugar dentro de las enfermedades bucales más frecuentes según la OMS, la importancia de tratarlas tempranamente es indudable y ampliamente reconocido por los clínicos e investigadores (1).

Una de las causas de las maloclusiones, que se puede manejar y sobre la cual se puede intervenir son los hábitos bucales no fisiológicos, estos comportamientos pueden ser normales hasta ciertas edades, ya que de persistir en el individuo podría instalarse permanentemente y perder el control voluntario sobre estos. El grado de alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional (2).

La necesidad de reconocer estos problemas, recae en el ambiente que rodea a los infantes, niños y adolescentes. Esto implica a los profesores, padres e incluso dentro del personal de salud no necesariamente el odontólogo, sino también el médico pediatra, quien muchas veces es el primero en revisar al niño, sin embargo, la actitud frente a estos problemas es muchas veces indiferente o pasado por alto (3). Los hábitos perniciosos son cada vez más prevalentes en todo el mundo y debido a su potencial como agente etiológico de las maloclusiones anteroposteriores, verticales y transversales, son un problema de salud pública. Las intervenciones tempranas de estos van desde las primeras etapas de la vida del individuo, así pues, desde el correcto desarrollo del amamantamiento debidamente inculcado a las madres dentro de la promoción de la salud, hasta el desarrollo de un ambiente familiar libre de problemas, emocionalmente estable y visitas de manera periódica al odontólogo, cumplen un papel fundamental dentro de prevención de hábitos bucales deletéreos.

La concientización de estos problemas dirigido especialmente a los padres, ha llevado a la formulación de la siguiente pregunta, ¿cuánto saben los padres acerca de estos problemas?, su identificación, posibles consecuencias y beneficios de su temprana intervención en la población Arequipeña.

- Descripción del problema.
 - Área del conocimiento.
 - Campo: Ciencias de la salud
 - Área general: Salud pública

- Área específica: Odontología
- Línea: Odontología preventiva y comunitaria
- Operacionalización de las variables

Variable	Definición operativa	Indicador	Categoría
VI: Nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deletéreos.	Resultado de la aplicación de un cuestionario dirigido a los padres, para determinar su nivel de conocimientos sobre los hábitos bucales deletéreos, sus consecuencias y prevención. Se ponderó de la siguiente manera: deficiente: 0-5; regular: 6-10; bueno: 11-14.	Conocimientos sobre hábitos bucales deletéreos.	-Deficiente -Regular -Bueno
		Conocimientos sobre las maloclusiones a consecuencia de los hábitos bucales deletéreos	-Deficiente -Regular -Bueno
		Conocimientos sobre prevención de los hábitos bucales deletéreos	-Deficiente -Regular -Bueno
VD: Prevalencia de Hábitos bucales deletéreos en pacientes entre 5 y 13 años.	Presencia de hábitos bucales deletéreos diagnosticados mediante examen clínico intra y extra oral en pacientes entre 5 y 13 años.	Succión digital Succión de chupete Succión de biberón Deglución atípica con interposición lingual Deglución atípica con interposición labial Respiración bucal Hábito de posición Onicofagia Queilografía	-Ausente -Presente

- Justificación del problema
 - Relevancia: El estudio plantea determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre los hábitos bucales, de esta forma contribuye a conocer nuestro nivel de prevención en la actualidad, de igual forma objetivar la asociación entre este nivel de conocimientos y la presencia de hábitos nocivos, esto ayudaría a entender la alta prevalencia de maloclusiones en nuestra realidad.
 - Originalidad: Muchas investigaciones plantean la relación entre maloclusiones y hábitos bucales, maloclusiones con edad y género o conocimiento sobre salud bucal sin embargo no se plantearon investigaciones enfocadas en la relación entre los hábitos bucales deletéreos y conocimiento de los padres.
 - Factibilidad: El estudio es factible de llevarse a cabo, ya que el proyecto será auto financiado, de igual forma los recursos y suministros.

- Interés personal: Es necesario dar a conocer todo sobre prevención a los padres, de esta forma evitar futuros gastos en tratamientos interceptivos y/o invasivos.
- Contribución académica: El presente estudio contribuirá a la actualización sobre la epidemiología de alteraciones oclusales a consecuencia de hábitos bucales en la ciudad de Arequipa, también servirá como base para futuros estudios en prevención de maloclusiones y desarrollo de programas preventivos.



HIPÓTESIS

Dado que los hábitos bucales deletéreos son potenciales factores de riesgo para el desarrollo de maloclusiones.

Es probable que la prevalencia de hábitos bucales deletéreos en pacientes que acuden al servicio de pediatría de la clínica San Juan de Dios sea dependiente del nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deletéreos de los padres.



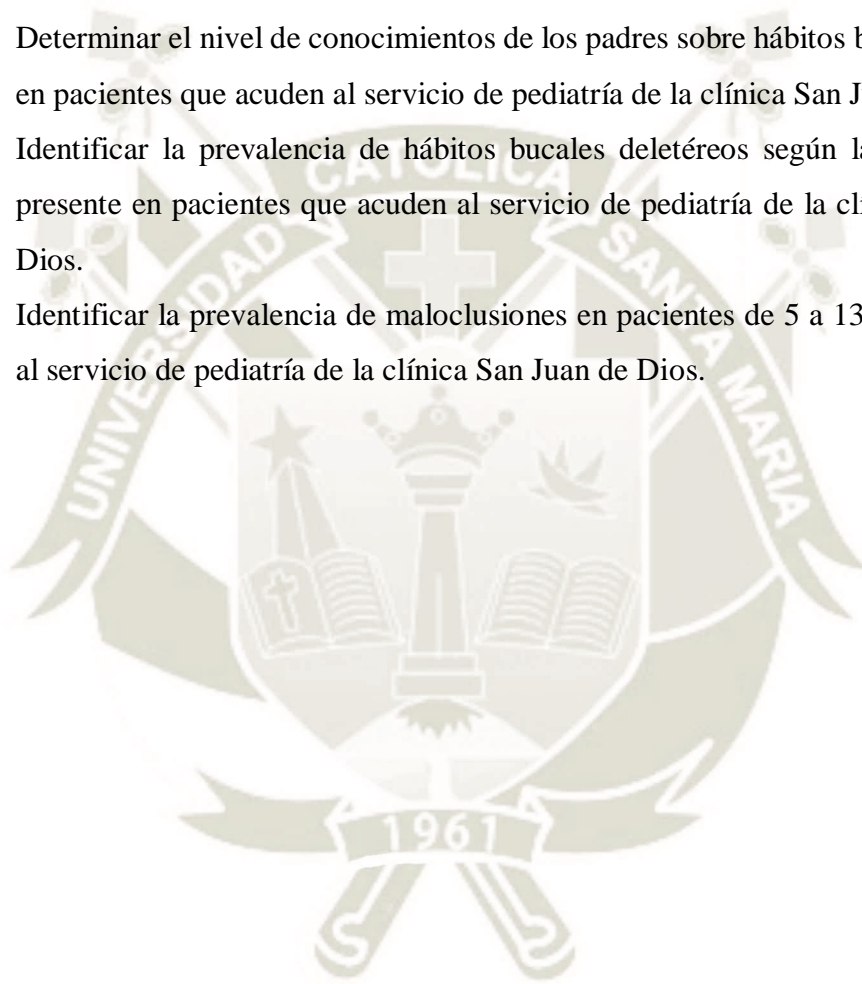
OBJETIVOS

Objetivo general.

- Relacionar el nivel de conocimientos de los padres y los hábitos bucales deletéreos en pacientes entre 5 a 13 años que acuden al servicio de pediatría de la clínica San Juan de Dios.

Objetivos específicos.

- Determinar el nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos bucales deletéreos en pacientes que acuden al servicio de pediatría de la clínica San Juan de Dios.
- Identificar la prevalencia de hábitos bucales deletéreos según la edad y el sexo presente en pacientes que acuden al servicio de pediatría de la clínica San Juan de Dios.
- Identificar la prevalencia de maloclusiones en pacientes de 5 a 13 años que acuden al servicio de pediatría de la clínica San Juan de Dios.



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. HÁBITO.

Los hábitos son automatismos adquiridos, representados por alteración en el patrón de contracción muscular con características complejas, las cuales proceden inconscientemente y de manera regular. El comportamiento repetitivo o hábito es común en la infancia, esta empieza y se detiene espontáneamente. Un hábito oral en la infancia y principios de esta es normal, mientras que se considera anormal más allá de los 3 años de edad. Los hábitos para funcionales se adquieren al practicar una acción no funcional o innecesaria, como la succión de dedo pulgar, o el labio, bruxismo, respiración bucal y el empuje lingual. La persistencia de un hábito para funcional deletéreo tiene efecto negativo en la salud del niño y juega un rol significativo en la alteración de la posición de los dientes, relación inter-arco, interferencia con el crecimiento normal de la mandíbula y la función de la musculatura orofacial (4).

Los hábitos pueden causar alteraciones en el desarrollo facial, maloclusiones y recidivas, además de trastornos de las articulaciones temporo-mandibulares, entre ellos, los hábitos de respiración bucal, succión digital, deglución infantil y empuje lingual. Si se tiene en cuenta que el aparato masticatorio y dentro de este los dientes, se encuentra protegido por el control neuromuscular a través de la coordinación de las fuerzas musculares, se deduce que todo lo que pueda producir sobrecargar muscular puede interferir con el crecimiento normal. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, siendo capaces de generar presiones continuas de hasta 50 mg en un periodo de 12 horas y por lo tanto provocar desplazamiento considerable de un diente (5).

Se debe destacar que puede coincidir más de un hábito bucal deformante en un mismo niño (6).

1.1.1. RESPIRACIÓN BUCAL.

En circunstancias normales, la boca se cierra cuando las personas respiran y el flujo de aire ingresa al tracto respiratorio a través de la cavidad nasal. Sin embargo, debido a la contaminación del aire, la hipertrofia adenoidea,

enfermedad nasal y otras razones, la respiración nasal se limita y la respiración oral se ha convertido en el método de respiración principal para muchos niños. La respiración bucal es un cambio patológico del patrón de respiración normal. La causa de respiración bucal puede ser obstructiva, como hipoventilación causada por hipertrofia de las amígdalas o las adenoides, desviación del tabique nasal, algunos tipos de rinitis, etc. También puede ser funcional, generalmente casada por rinitis intermitente por malos hábitos bucales a largo plazo, cambios musculares, edema temporal de la mucosa nasal e hipoventilación de la cavidad nasal. Los autores describieron una cara especial de los adolescentes por la hipertrofia de adenoides y las amígdalas, que es la causa más común de la respiración bucal. Esta cara se llama “facie adenoidea”. La “facie adenoidea” se caracteriza por cara estrecha y larga, fosas nasales estrechas, ángulos nasolabiales grandes, labio superior corto, incisivos maxilares sobresalientes, arco dental redondo, puntiagudo y estrecho, bóveda palatina alta y labio inferior separado en estado de reposo (7).

Existen muchas publicaciones en la literatura respecto a la influencia de la respiración bucal en la morfología craneofacial. A pesar de que algunos autores creen que el cambio de patrón de crecimiento dento-esquelético se debe a factores genéticos y ambientales, en cambio la mayoría piensa que la obstrucción de las vías aéreas superiores que resultan en respiración bucal, cambia el crecimiento del patrón de crecimiento craneofacial (8). La respiración bucal tiene una estrecha relación con la deficiencia del desempeño escolar de los niños debido a la falta de oxigenación cerebral, produciéndose cansancio, falta de concentración y atención (9).

En el niño respirador bucal, la fisiología de la boca se altera ya que, para permitir el paso del aire, la lengua se pone en una posición hacia abajo y lateral, provocando la pérdida de mayor estímulo de crecimiento del paladar, que es la acción peristáltica de la lengua en reposo y la acción centrífuga que se forma en cada deglución. La lengua en una posición decreciente cambiará la trayectoria de crecimiento del cuerpo mandibular, haciéndolo rotar hacia abajo y atrás. En el respirador bucal, los labios se mantienen entreabiertos y se

mostrarán cada vez más hipotónicos. El aire que transita por la boca realiza la acción de empujar al paladar hacia arriba y como no existe una fuerza contraria de la columna de aire nasal, este permanece alto. Los buccinadores estirados, tensos, comprimen el maxilar. Subsiguientemente, el cierre bilabial, es sustituido por un cierre labio dental, donde la hipertonía del labio inferior se muestra revertido causando la inclinación de los incisivos inferiores hacia lingual frenando el crecimiento mandibular y a su vez protruye los incisivos superiores aumentando el overjet o resalte anterior (10).

Cambios faciales del respirador bucal:

- Hipo- desarrollo de los huesos propios de la nariz, boca abierta, incompetencia labial. Facie adenoidea.
- Hipertrofia del musculo borla del mentón.
- Hipertrofia de una o las dos narinas, las cuales se hacen estrechas; provocando insuficiencia respiratoria.
- Ojeras y piel pálida debido a la pobre circulación.
- Labio superior hipotónico, flácido en forma del arco.
- Labio inferior hipertónico.
- Labios agrietados, resecos, con presencia de fisuras en las comisuras (queilitis angular).

Cambios bucales:

- Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.
- Mordida cruzada posterior, uni o bilateral.
- Estrechez transversal del maxilar superior, es decir, paladar profundo y estrecho.
- Presencia de hábitos secundarios (deglución atípica, succión labial).
- Retrognatismo del maxilar inferior o rotación mandibular hacia abajo y atrás.
- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Linguoversión de incisivos inferiores.
- Linguoversión de dientes posteriores superiores.
- Egresión de dientes anteriores superiores e inferiores o posteriores.

- Gingivitis crónica.

Cambios a nivel esquelético:

- Hundimiento del esternón “pectus excavatum” y “escápulas aladas” (en forma de alas). Estas dos características se deben a una falta de desarrollo torácico en sentido anteroposterior; tórax estrecho.
- Pronunciamiento costal por la misma razón.
- Hipomotilidad diafragmática.
- Cifosis (dorsal). Lordosis lumbar. Visto el paciente de lado, la columna tiene forma de S.
- Abdomen para afuera (lordosis).
- Cabeza inclinada para atrás.
- Pies hacia adentro “pie vago”, por la posición de la columna (11).

1.1.2. DEGLUCIÓN ATÍPICA Y NORMAL

Fisiología de la deglución normal:

a) Tiempo oral.

El tiempo oral comienza con la entrada en la boca del bolo alimentario y termina con el inicio del tiempo faríngeo, Este tiempo es voluntario o automático y su regulación es esencialmente cortical. Consta de un tiempo de preparación bucal y un tiempo de iniciación. La boca ejerce el papel de intermediario entre el mundo exterior incontrolable y variado, y nuestro medio interno, seguro y homogéneo a nivel digestivo.

- Fase preparatoria.

Tiene varias funciones:

- Probar el alimento, para verificar el carácter consumible y eliminar los alimentos peligrosos. A este respecto, la fase oral es la prolongación de las informaciones proporcionadas por los diferentes sentidos. Esta función está determinada por reflejos innatos y comportamientos adquiridos. El rechazo innato de los alimentos amargos común a muchos animales, sería un medio de evitar la toxicidad frecuente de los alcaloides vegetales. La parte adquirida de las elecciones alimentarias se basa esencialmente en

aprendizajes que incluyen una dimensión cultural importante.

- Preparar el alimento para las fases siguientes de la deglución y de la digestión. El tipo de preparación está influido por la textura y el volumen de los alimentos que están en la boca, el apetito y el entorno. Para los líquidos, la lengua simplemente se coloca en posición de cúpula. Para los sólidos, esta función consta de la sección, el triturado (movimientos mandibulares laterales de diducción), la humidificación y la realización de una pasta homogénea y agregada que, a continuación, se puede deglutir de forma discontinua. Durante esta fase, la lengua, ayudada por el tono yugal, ejerce un trabajo de manipulación entre los sectores dentarios, separando y reagrupando el bolo alimentario en función de su estructura. El número de masticaciones y la humidificación del alimento se controlan de forma involuntaria para la progresión optimizada del bolo en las fases siguientes. La saliva tiene, además, un papel digestivo propio (amilasa).
- Programar la deglución faríngea, en función de los parámetros de volumen y de textura del bolo alimentario. Cuando la cavidad bucal ha programado una acción motora específica de un cierto tipo de bolo (en particular, por su volumen), el tiempo faríngeo se puede modificar poco.
 - Desencadenar el peristaltismo intestinal.
- Fase de iniciación

Se trata del transporte voluntario del bolo alimentario hacia las zonas de desencadenamiento de la fase faríngea. Esta fase, que es voluntaria, es la última defensa contra la absorción de alimentos peligrosos.

Se desarrolla con rapidez (un segundo). Requiere que la corteza cerebral haya definido el contenido bucal como alimento, lo que en ocasiones es difícil para los comprimidos o cápsulas.

 - Desarrollo.

Consta del cierre labial, un bloque mandibular, una interrupción

momentánea de la masticación, una rigidez del velo del paladar por contracción de los músculos velares y un apoyo de la punta de la lengua sobre el paladar retroalveolar. De este modo, las tres cuartas partes posteriores se apoyan de adelante hacia atrás y forman un canal. A partir de ese tiempo, se observa el inicio de la elevación del hueso hioides por contracción de los músculos suprahioides. Este mecanismo permite a todo o a parte del bolo alimentario contenido en la cavidad bucal discurrir hacia atrás hasta las zonas reflexógenas, separando el istmo de la faringe. Para los alimentos sólidos, el volumen del bolo es menor que para los líquidos, pero la presión lingual sobre el paladar y el tiempo de transporte son mayores.

b) Tiempo faríngeo.

El tiempo faríngeo suele considerarse el más complicado de la deglución, porque incluye el paso por la confluencia aerodigestiva. Este tiempo es reflejo y comienza en el momento en el que el bolo alimentario está en contacto con las zonas de desencadenamiento, al final de la iniciación, para terminar en la entrada en el esófago. Los fenómenos mecánicos que constituyen el tiempo faríngeo (que dura menos de un segundo) están imbricados.

- Desencadenamiento.

Se admite que el desencadenamiento se produce por el contacto entre el bolo y las zonas sensitivas de los pilares anteriores, en particular de su base, pero también de la base de la lengua, la pared posterior de la faringe y el velo del paladar. El desencadenamiento es reflejo, pero se relaciona con el tiempo oral, que es voluntario.

- Cierre velar.

El velo se tensa y se apoya sobre la pared posterior de la rinofaringe, que se contrae a su vez.

- Elevación y antepulsión laríngeas.

El complejo hio-tiro-cricoideo asciende y se desplaza hacia delante. La antepulsión y la elevación laríngea están provocadas por la contracción de los músculos esencialmente suprahioides. El hueso hioides se eleva 15-20 mm. El papel de la epiglotis es, en primer lugar, dirigir el bolo alimentario a ambos lados, hacia los senos, dirigir el bolo alimentario a ambos lados, hacia los senos piriformes, en cuyo fondo se reagrupan las dos partes del bolo.

- Cierre laríngeo.

Se realiza de abajo hacia arriba, con una aproximación activa de las cuerdas vocales, de los pliegues vestibulares y, de forma inconstante, por una basculación, rotación interna y aproximación de los cartílagos aritenoides, lo que permite atrapar las posibles penetraciones supraglóticas. La duración depende del volumen. La basculación epiglótica es pasiva y solo es una consecuencia mecánica de ascenso y la antepulsión laríngeas que dependen de músculos extrínsecos. Esto explica la ausencia de relación temporal precisa entre los dos fenómenos, pero las cuerdas vocales suelen cerrarse a la mitad de la elevación laríngea. La laringe puede permanecer cerrada y en elevación durante degluciones sucesivas de líquido.

- Propulsión.

La base de la lengua se apoya en forma de canal de delante hacia atrás sobre el paladar duro y después sobre el velo, y contacta (retroceso lingual) con la pared posterior, cuyos músculos se contraen de arriba hacia abajo, realizando una onda parecida al peristaltismo. El retroceso lingual asociado a la elevación de la laringe permite a esta quedar protegida.

- Abertura del esfínter esofágico superior (EES) y paso del bolo alimentario al esófago.

Hay tres factores principales que actúan de forma conjunta para

la abertura del EES.

Relajación: El EES es el único músculo del grupo de la deglución que tiene un tono neurógeno activo en estado basal, de 100-150 mmHg. El primer factor de abertura del EES es la señal de relajación enviada por el núcleo del nervio X, que divide entre dos estas cifras, durante una duración de menos de un segundo.

Antepulsión.: El movimiento ascendente y hacia delante del complejo tiro-crico-hioideo se desencadena 0,1 segundos después de la relajación de EES, liberando el espacio geométrico necesario para el paso del bolo alimentario. El EES se desplaza hacia arriba, pero también en sentido anterolateral, durante alrededor de 1 segundo y se abre durante 0,5 segundos.

Onda de presión, factor de abertura: Pal y Williams, en 2003, demostraron, con ayuda de manometrías de alta resolución y de cineradiografía, la existencia de un gradiente espacial y temporal de presión en la faringe y la porción superior del esófago. Durante una primera fase, la presión intraluminal faríngea aumenta, con una presión máxima por debajo del EES y una depresión relativa a su nivel. Esta presión permite la abertura del EES. Después de ella, la presión disminuye para aproximarse a la presión atmosférica, pero la gradiente de presión permanece, para un flujo alimentario regular, a través del EES. La abertura del EES se produce después de su elevación.

Por tanto, el paso correcto del bolo a través del EES puede conceptualizarse como, inicialmente, una relajación dinámica (balance) entre la presión faríngea y la resistencia a la abertura del EES, y después por una interacción entre un fluido y las fuerzas de fricción. Esta concepción permite explicar la fisiopatología de algunas disfagias, así como la utilización de la toxina botulínica.

- Control del esfínter esofágico superior.

Por último, se produce el cierre de EES por la recuperación del

tono activo basal y por la vuelta a su posición del complejo hio-tiro-cricoideo, mientras que el tránsito esofágico ya ha comenzado.

c) Tiempo esofágico.

Definición y desencadenamiento.

El tiempo esofágico comienza cuando el bolo alimentario pasa a través del esfínter superior y termina al entrar en el estómago. Este tiempo es reflejo.

El nervio eferente es el nervio X y la distensión de la porción superior del esófago puede ser un estímulo desencadenante (peristaltismo primario), pero también existe una parte automática local para las fibras lisas de los dos tercios inferiores (peristaltismo secundario).

Las fibras lisas y circulares realizan un auténtico movimiento peristáltico, de arriba hacia abajo, que empuja el bolo alimentario en 8-20 segundos hacia el estómago, al contraerse en la parte superior y relajarse en la inferior.

La calidad de las ondas peristálticas es mejor en posición acostada que sentada.

La deglución faríngea induce un tiempo de inhibición del peristaltismo, que sigue de una onda eficaz en todo el esófago. Este tiempo de latencia depende de esquemas inhibidores y excitadores del nervio X. Este fenómeno de inhibición (“deglutitive inhibition”) es necesario para la deglución de líquidos por degluciones sucesivas (12).

1.1.3. DEGLUCIÓN ATÍPICA.

La deglución atípica es un problema miofuncional, caracterizado por la posición alterada de la lengua durante la deglución. La deglución infantil se desarrolla alrededor de la décimo segunda semana de vida intrauterina y es caracterizada por la posición adelantada de la lengua y contracción de la musculatura perioral, que conduce a una mayor presión negativa en la cavidad oral. En condiciones normales, alrededor de los tres años y con el desarrollo de la masticación unilateral alternativa, el patrón de deglución infantil cambia a una deglución madura.

Durante la deglución del adulto o madura, los arcos dentales están en contacto

y la lengua esta elevada, descansando en la porción posterosuperior de la bóveda palatina. Durante esta fase la presión de la lengua estimula el crecimiento anteroposterior y transversal del maxilar. Si la transición de deglución infantil a madura no tiene lugar, la primera desencadena un mecanismo patológico definido como deglución atípica.

La etiología es multifactorial:

- Estilos de vida alterados como la prolongada alimentación con biberón, destete tardío, consistencia de la comida (carente de alimentos sólidos).
- Malos hábitos como la succión del dedo o chupón, onicofagia, interposición labial.
- Problemas respiratorios como la respiración oral, hipertrofia adenoidea, hipertrofia tonsilar, rinitis, asma bronquial.
- Anomalía congénita oral (frenillo lingual corto, anquiloglosia).

La deglución atípica esta frecuentemente correlacionado con:

- Maloclusiones dentales: Vestibularización de incisivos maxilares, incremento del “over jet”, mordida abierta, dentición espaciada.
- Maloclusiones esqueléticas: Discrepancias sagitales y transversales con un arco maxilar estrecho y protruso, mandíbula retroposicionada (13).

Los pacientes con deglución atípica muestran rotación horaria de la mandíbula con incremento del “over jet” y disminución del “over bite” cuando se compararon con pacientes sin deglución atípica, que parece ser compensado por el crecimiento vertical de los procesos alveolares y la extrusión molar. La vestibularización de los incisivos maxilares podría deberse ya sea a consecuencia de la posición lingual alterada en reposo o por el empuje lingual ejercido durante la deglución. Después del comienzo de la dentición permanente, los rasgos dentoalveolares y esqueléticos de pacientes con deglución atípica se desvían de la normalidad. Con respecto a esto, la intercepción temprana podría ser benéfica en pacientes con deglución atípica, para prevenir los efectos compensatorios relacionados con el mantenimiento de esta disfunción de la deglución a lo largo del tiempo (14).

1.1.4. HABITO DE MORDER

a) Onicofagia

Como un hábito crónico de morder las uñas, comúnmente observado tanto en niños como adultos jóvenes y está clasificada dentro de las enfermedades ungueales por injurias repetidas.

Pocos estudios epidemiológicos proporcionan la frecuencia o prevalencia de estos hábitos y la mayoría de los datos están limitados a niños y adolescentes. La onicofagia usualmente no se observa después de los 3 o 4 años. La prevalencia de morderse las uñas incrementa desde la niñez hasta la adolescencia y decrece en la adultez. Los rangos van desde 20 a 33% durante la niñez y aproximadamente 45% de adolescentes presentan onicofagia. Desde los 18 años la frecuencia de onicofagia disminuye, sin embargo, esta puede persistir en algunos adultos. A la fecha no está clara la etiología de la onicofagia, a pesar de que se observó que los mordedores de uñas tienen más ansiedad que aquellos quienes no presentan el hábito, no se halló relación significativa entre la onicofagia y la ansiedad. Otros apoyan que la onicofagia es un comportamiento aprendido de miembros de la familia, lo que probablemente parece consistente con un proceso de imitación.

Morder uñas está asociado con una variedad de problemas médicos y dentales. Además del indeseable, embarazoso problema cosmético, la onicofagia es responsable de recurrentes paroniquias crónicas, infecciones subungueales, onicomycosis o daño severo del lecho ungueal causando onicolisis.

Por otro lado, como cualquier otra parafunción oral, la onicofagia puede causar disfunción temporomandibular, además presión de la mordida puede ser transferida de la corona hacia las raíces, conduciendo a pequeñas fracturas de las superficies incisales, resorción radicular apical, destrucción alveolar o gingivitis. Las continuas fuerzas mecánicas no fisiológicas inducidas por este hábito pueden llevar a un apiñamiento dental clínico, rotaciones o maloclusiones (15).

b) Queilofagia

Consiste en succionar o morder el labio, ya sea superior e inferior, con frecuencia se acompañará de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o bode del bermellón, además puede manifestarse en cualquier edad. Por lo general se asocia con una protrusión labial de los incisivos superiores, en el cual el labio superior es hipotónico y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. Es común que estos pacientes con interposición del labio inferior presenten ciertas características faciales comunes como un surco mentolabial marcado, un cierre labial forzado, músculos orbiculares de los labios hipertróficos y un crecimiento mandibular horizontal. A nivel intraoral se observan incisivos superiores protruidos incisivos inferiores retruidos y un overjet aumentado (16). También se entiende como transferencia de los hábitos de succión (17).

1.1.5. HÁBITO DE SUCCIÓN

Los hábitos de succión pueden ser clasificados como nutricionales, como lo es la práctica de amamantamiento, el uso de biberones o los no nutricionales, como la succión digital o de chupones. Las maloclusiones son más comunes en preescolares quienes hayan tenido registro de haber usado biberones u otro hábito de succión no nutritivo. Este tipo de hábito oral puede interferir en el desarrollo, crecimiento del cráneo y no solo en la posición dental. Se halló que el uso de chupones fue importante en el desarrollo de maloclusiones, principalmente en la mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. Sin embargo, el riesgo no solo depende de los hábitos, sino también del patrón de crecimiento genético, ya que no todas las personas con los mismos hábitos presentaran problemas oclusales en el futuro. Actualmente, el conocimiento acerca de la importancia del amamantamiento, tanto para la madre como para el niño está muy avanzado. La decisión de no amamantar trae consecuencias para la salud. La succión de la mama durante el amamantamiento comprende varios músculos y está relacionado con el desarrollo facial y bucal, que culminan en el correcto

desarrollo de estas estructuras. Sin embargo, el amamantamiento exclusivo está relacionado con baja posibilidad de desarrollar el hábito de succión no nutricional, así como el uso de chupones, sin embargo, en muchos casos esta no una opción de importancia para la madre (18).

a) Succión de dedos u objetos.

La succión del pulgar es un comportamiento encontrado en humanos, chimpancés, lémures y otros primates. Usualmente involucra desplazar el pulgar dentro de la boca y repetir rítmicamente la succión por una duración prolongada, también puede estar acompañado de cualquier otro órgano al alcance (como otros dedos de la mano o del pie) y está considerado como calmante y terapéutico para la persona.

En el nacimiento, el bebé succionará de manera refleja cualquier objeto colocado en su boca; este es el reflejo responsable de la succión. Desde la primera vez que se dedican a la alimentación nutritiva, los infantes no solo aprenden que el hábito proporciona alimento valioso, sino también mucho placer, confort y calidez, ya sea de la madre, biberón o chupete, este comportamiento, con el tiempo comienza a asociarse con una sensación oral muy fuerte, calmante y placentera. A medida que el niño crece y eventualmente se desteta de la succión nutritiva, pueden desarrollar medios alternativos para recibir esos mismos sentimientos de satisfacción física y emocional o pueden continuar experimentando esas experiencias placenteramente relajantes comenzando a succionar sus pulgares o los dedos.

El hábito de succión generalmente se detiene a la edad de 4 años. Algunos niños con más edad pueden presentar el hábito, el cuál puede causar varios problemas dentales. Mientras la mayoría de los dentistas podrían recomendar el rompe hábitos lo más antes posible, se ha notado que mientras el hábito se rompa antes del inicio de los dientes permanentes, alrededor de los 5 años el daño es reversible. La succión del pulgar a veces permanece en la adultez y puede deberse simplemente a la continuación del hábito. Usando datos anatómicos y neurofisiológicos,

un estudio encontró que el hábito de succión estimula los receptores dentro del cerebro que causan la liberación de la tensión, mental y físicamente que muestra un punto de vista científico sobre la base psicológica de la succión del pulgar.

La mayoría de los niños dejan el hábito de succionar el pulgar, chupete y otro objeto por si mismos entre los 2 y 4 años. No se hace daño a los dientes o maxilares hasta que los dientes permanentes comiencen a erupcionar. El único momento en que puede causar preocupación es si continúa más allá de los 6 a 8 años. En este momento, puede afectar la forma de la cavidad oral o la dentición. Durante la succión del pulgar la lengua se sitúa en una posición baja y así no se equilibra las fuerzas del grupo de músculos bucales. Esto puede terminar en un estrechamiento del arco superior y posterior mordida cruzada. También puede causar la vestibularización de los incisivos centrales maxilares y lingualización de los incisivos mandibulares, resultando en un incremento del “overjet” y mordida abierta anterior, mientras el pulgar descansa sobre ellos durante la succión. Adicionalmente a la vestibularización de los incisivos maxilares, podría ocurrir también la retrusión de los incisivos mandibulares. La deficiencia transversal del maxilar da origen a una mordida cruzada posterior, por último, guiando a una maloclusión de clase II (19).

1.1.6. HÁBITO DE POSTURA.

Las deformaciones de los arcos también pueden ser causadas por las presiones anormales de postura al dormir o sentarse. El más frecuente es el hábito de dormir con el rostro apoyado sobre la mano o sobre el antebrazo. El tipo de maloclusión ocasionado por este hábito es generalmente unilateral y localizado en el arco superior.

Lo que ocurre es lo siguiente: el peso de la cabeza pasa a los tejidos de la región maxilar y se localiza allí por la acción de la mano o el brazo. Las estructuras de la mandíbula no se perjudican porque este hueso es móvil y se libra de las presiones deslizándose. Los dientes de la maxila entonces experimentan una

inclinación hacia palatino, ocasionando una mordida cruzada posterior. Otro hábito frecuente es el de apoyar las manos, al leer o estudiar, con la eminencia palmar y base del pulgar, descansando sobre los premolares y molares superiores, provocando con esta presión un desplazamiento lingual de los dientes. No todos los que se habituaron con esta posición tienen desvíos de la oclusión, porque estos dependen, muchas veces, de la práctica constante del hábito. Por lo tanto, el hábito de postura, tiene como resultado una mordida cruzada posterior unilateral, sin desvío de la línea media (20).

1.2. NIVELES DE PREVENCIÓN EN HABITOS BUCALES

1.2.1. PRIMER NIVEL: PREVENCIÓN PRIMARIA

Promoción de la salud. Es un nivel inespecífico, comprende aquellas medidas destinadas a mejorar la salud de la población en general.

La lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y prevención de múltiples enfermedades. Los estímulos del amamantamiento son imprescindibles para el buen desarrollo de las estructuras neuromusculares, de los maxilares y demás elementos que componen las matrices funcionales del sistema estomatognático y estos estímulos no son posibles de establecer con ningún otro tipo de alimentación que no sea lactancia materna, también favorece el desarrollo armónico de la musculatura perioral y de mandíbula, cosa que no ocurre con la lactancia artificial que va íntimamente ligada a la deglución atípica por persistencia de la forma visceral de deglución, que debe ser normal en el niño sin dientes (interponiendo la lengua entre los rebordes alveolares), pero que debe cambiarse a deglución somática con la aparición de los dientes (colocando la punta de la lengua en el tercio anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores (21).

Según la “Guía técnica para la consejería en lactancia materna” aprobada por la Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, explica que lactancia materna exclusiva es hasta los seis meses, mientras que la lactancia materna con alimentación complementaria es a partir de los seis meses, donde indica: la introducción de los primeros alimentos (comidas espesas, papillas, purés, cereales, verduras) no reemplazarán a la mamada, debiendo mantenerse los

horarios habituales para tomar la leche materna cuatro veces o más durante el día y en la noche.

En la elaboración de comidas espesas no debe usarse azúcar ni sal, y deben estar a temperatura corporal (37°), administrándose los con una cuchara pequeña de bordes suaves y ásperos. La o el niño debe estar sentado y mirando frente a frente cuando es alimentado.

El destete es un periodo de transición en la que la o el niño cambia progresivamente su forma de alimentación. Se inicia cuando empieza la alimentación complementaria (introducción de alimento diferente a la leche materna) y dejar definitivamente la lactancia dependerá de las condiciones y características individuales de cada niña o niño (22).

La relación existente entre la falta de amamantamiento o un periodo corto de esta práctica y la presencia de maloclusiones dentarias, o la introducción de hábitos bucales deformantes está descrita en la literatura sobre estomatología.

Las causas que han producido la disminución de la lactancia materna son: conceptos erróneos que concluyen que la lactancia materna es una función biológica en regresión en la especie humana y que la lactancia artificial es más cómoda y se obtiene mejores resultados.

En las últimas tres décadas, las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna son reconocidas como un problema de salud pública. La recomendación actual de la OMS es la lactancia materna exclusiva por seis meses.

La lactancia natural del seno materno constituye el primer y más importante mecanismo natural de ortopedia funcional de los maxilares, es un acto con mucha carga emocional. Cuando el bebé es amamantado con dedicación, estará tranquilo, seguro, feliz. La ventaja psicológica que proporciona este acto evitará la utilización por parte del bebé o de su madre de otras opciones (dedo, tete) para sosegar el deseo de succión no nutritiva que caracteriza la primera etapa del amamantamiento. También refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal, dado que el niño al mamar respira por la nariz al tener su boca ocupada con el seno materno, disminuyendo así la frecuencia de respiración bucal (23).

1.2.2. SEGUNDO NIVEL: PREVENCIÓN SECUNDARIA

a) Respiración bucal. Se han descrito diversos métodos para tratar de corregir este hábito:

- Motivar al paciente a que realice a diario ejercicios de respiración profunda a través de la nariz aumentando su duración progresivamente hasta que pueda respirar media hora seguida por esta vía esto le daría seguridad de que puede respirar bien y no necesita abrir la boca, al mismo tiempo que se tonifican los músculos torácicos que intervienen en la respiración.
- Indicar uso de aparatología como pantalla vestibular para forzar la respiración nasal sobre todo cuando el paciente duerme y puede respirar por la boca inconscientemente; antes de indicarla debemos asegurarnos que la anomalía es debida al hábito y no por interferencias respiratorias superiores, por lo que se necesita la realización de interconsulta con el otorrinolaringólogo. Igualmente pueden utilizarse los aparatos llamados “Trainer”, específicamente los de flancos altos para impedir el paso de aire por la boca al mismo tiempo que va corrigiendo problemas relacionados con la oclusión y proporciona activación muscular.
- Terapia miofuncional orofacial: Se deberá rehabilitar la musculatura por medio de ejercicios funcionales que fortalezcan los músculos peribucales para que los labios se mantengan juntos. Los ejercicios recomendados son:
 - Trozo de tela: El paciente debe mantener entre los labios un trozo de tela (o papel) son apretarlos. La lengua debe estar en posición correcta (contra la papila palatina). Debemos estar seguros que la tela esté sostenida con los labios y no con los dientes.
 - Pitillo: Succionar fuertemente algún líquido, usar un pitillo de diámetro pequeño. El paciente deberá sostener con los labios solo 4mm del pitillo al realizar el ejercicio. Se debe eliminar la causa y una vez eliminada podemos realizar la mioterapia

funcional, ejercicios para aumentar el tono de los músculos periorales: por ejemplo, tirar con los labios de un botón enhebrado, sostener una moneda con los labios.

b) Succión digital.

Debemos evitar este hábito, para ello, al principio se le debe dar una oportunidad al niño para que suspenda el hábito de manera voluntaria antes de que erupcionen sus dientes permanentes. Si esto no ocurre se tratará de suspender este hábito empleando distintas técnicas entre los 4 y 6 años.

Se aconsejan tres métodos distintos para el tratamiento, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito:

- Terapéutica del recuerdo: para los que quieren suspender el hábito y necesitan ayuda para interrumpirlo por completo. Por ejemplo, podemos utilizar una cinta adhesiva alrededor del dedo causal, acompañado de actividades que sean incompatibles con el hábito como dibujar o realizar juego de manos.
- Tratamiento con aparatología: Si el niño después de realizar las técnicas anteriores continúa con el hábito, debemos colocar un dispositivo en la boca que físicamente desaliente el hábito, que complique la succión digital. Este aparato no es un castigo, sino un recordatorio para no colocar el dedo en la boca. La aparatología más utilizada para corregir este hábito son el “Quad hélix con reja” y la “reja lingual”. El “Quad hélix” es fijo y se emplea para la expansión palatina. La reja lingual sirve para recordar al niño que no debe colocar el dedo en boca. Es versátil porque puede corregir una mordida cruzada posterior y al mismo tiempo el hábito digital. La “reja lingual” interfiere en la colocación del dedo e impide la satisfacción derivada de la succión; por lo general se emplea en casos sin mordida cruzada posterior. Los aparatos usados para desalentar costumbres deben permanecer seis meses en boca.

c) Succión labial.

Es recomendable como terapia concientizar al paciente del problema y sugerir ejercicios labiales. También se recomienda tocar instrumentos

musicales de viento. En casos rebeldes podemos colocar pantallas orales o el “Lip bumper” también llamado bompetera labial: su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad del labio como de los músculos como de los músculos del mentón (21).

d) Deglución atípica de la lengua.

Cuando tenemos una deglución atípica con interposición lingual anterior, el procedimiento inicial es la colocación de un aparato removible impeditor. Este aparato es una placa de Hawley superior con una rejilla anterior que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impeditor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de rejilla impeditora, su altura llena todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta incisal de los incisivos inferiores.

Además de impedir la interposición de la lengua, la aparatología removible puede servir también como reeducador del posicionamiento lingual mediante un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina. El paciente debe recibir orientación del profesional para que, en cada deglución, coloque la punta de la lengua en el lugar demarcado. Cuando la deglución atípica actúa con presión lateral de la lengua, el aparato utilizado es el mismo de antes, solo que la rejilla impeditora se colocará lateralmente y, al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución, mediante reeducador.

e) Postura.

Para corregir el hábito de postura, se utiliza una placa de Hawley con una rejilla vestibular acoplada. Este aparato servirá de recordatorio al paciente. Siempre que apoye la cabeza sobre la mano o sobre el brazo, apretará el carrillo contra esta rejilla.

f) Onicofagia.

Para corregir la onicofagia, es necesaria la concientización del paciente. El terapeuta debe tener en cuenta si el niño está dispuesto a abandonar el

hábito. Este es la manifestación de la necesidad insatisfecha de morder, también unida a un estado psicoemocional de ansiedad. Se le pide al paciente que muerda el mordedor de goma, cinco minutos sin parar, siempre que tenga ganas de roer las uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso, tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco o diez minutos (20).

- Rompe hábitos.

El aparato se fabricó con una modificación del modelo de Marouane y col. Este consiste en un alambre de acero inoxidable calibre 26 retorcido uno sobre otro. Estos fueron adaptados a lo largo de la superficie lingual de piezas mandibulares anteriores. Las extensiones verticales que resultan de los alambres descansan en los espacios interdientales. La modificación en este marco del dispositivo introducido por los autores, fue adicionar un tercer conjunto horizontal de alambres redondos retorcidos de acero inoxidable que descansan en los bordes incisales (24).

1.3. OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN

El término oclusión significa cerrar, por lo que oclusión dentaria se refiere al cierre de los dientes antagonistas, en sentido estricto y etimológico del término, pero la diversidad de los tipos de oclusión, junto a las marcadas diferencias individuales de los patrones oclusales, han llevado a la evolución del concepto de oclusión dentaria, de una idea puramente estática de contacto entre dientes, a un concepto dinámico, donde los dientes, el maxilar, la mandíbula, la articulación temporomandibular (ATM) y los músculos, permanecen en un equilibrio dinámico que garantiza el estado funcional del sistema estomatognático. Si los dientes ocluyen en una posición donde se relacionan en el promedio de la población, se denomina oclusión normal, y si no lo hacen así, se dice que presenta maloclusión (25).

La etiología de las maloclusiones según Graber se pueden dividir en:

- Factores generales: Herencia, defectos congénitos, medio ambiente, problemas nutricionales, hábitos de presión anormales, aberraciones funcionales, postura, trauma y accidentes
- Factores locales: Anomalías de número de dientes, dientes

supernumerarios, ausencias congénitas, anomalías en el tamaño de los dientes, anomalías en la forma de los dientes, frenillo labial anormal, barreras mucosas, pérdida prematura de dientes, brote tardío de los dientes, vía de brote anormal, anquilosis, caries dental, restauraciones dentales inadecuadas (26).

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a los dientes, sino a todo el aparato estomatognático en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional, por lo cual existe la necesidad de clasificar a la maloclusión en los tres planos del espacio en orden de realizar un diagnóstico completo de nuestro sistema estomatológico.

1.3.1. MALOCLUSIÓN EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR.

La primera clasificación de la maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere. La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión. Clasificación de maloclusión de Angle.

Existen 7 disposiciones distintas de los dientes con maloclusiones que pueden ocupar, las cuales son:

- Clase 1
- Clase 2 división 1
- Subdivisión
- Clase 2 división 2
- Subdivisión
- Clase 3
- Subdivisión

Estas clases están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen primariamente de las posiciones

mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión. Angle consideraba primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión.

a) Clase I

Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión de los primeros molares. En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea media de oclusión en la zona de incisivos y caninos.

En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arcos. En estos casos los labios sirven como un factor constante y poderoso en mantener esta condición, usualmente actuando con igual efecto en ambos arcos y combatiendo cualquier influencia de la lengua hacia su auto corrección. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados. El perfil facial puede ser recto.

b) Clase II.

Cuando por cualquier causa los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula. Existen 2 subdivisiones de la clase 2, cada una teniendo una subdivisión. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta por las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos.

b.1) División 1

Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Encontramos el arco superior angosto y contraído en forma de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación a la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal. El sistema neuromuscular es anormal; dependiendo de la severidad de la maloclusión, puede existir incompetencia labial. La curva de Spee está más acentuada debido a la extrusión de los incisivos por falta de función y molares intruidos. Se asocia en un gran número de casos a respiradores bucales, debido a alguna forma de obstrucción nasal. El perfil facial puede ser divergente anterior, labial convexo.

Subdivisión:

Mismas características de la división 1, excepto que la oclusión distal es unilateral.

b.2) División 2

Caracterizada específicamente también por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores. Generalmente no existe obstrucción nasofaríngea, la boca generalmente tiene un sellado normal, la función de los labios también es normal, pero acusan la retrusión de los incisivos superiores desde su brote hasta que entran en contacto con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando en apiñamiento de los incisivos superiores en la zona anterior. La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical

es anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo.

Subdivisión.

Mismas características, siendo unilateral.

c) Clase III.

Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser divergente posterior, labial cóncavo.

Subdivisión.

Mismas características, siendo unilateral (27).

1.3.2. MALOCLUSIÓN EN EL PLANO VERTICAL.

a) Mordida abierta.

La mordida abierta anterior se define como una maloclusión caracterizada por la desviación en la relación vertical del maxilar y mandibular del sector anterior, identificada por una falta de contacto entre segmentos opuestos. Para algunos es la disminución del grado de sobremordida o resalte vertical normal, para otros, es el contacto borde a borde o una apertura clara entre los incisivos. Y puesto que los criterios son distintos, también la incidencia de la maloclusión tiene una variabilidad de acuerdo con el concepto del clínico o investigador. Según la zona donde asienta la anomalía, la mordida se clasifica en mordida abierta anterior o simple, si la falta de contacto está localizada en la zona incisiva, mordida abierta posterior, si afecta a los segmentos laterales que están en infraerupción y dejan una brecha abierta entre las superficies oclusales, también tenemos la mordida abierta

completa si el contacto sólo se realiza a nivel de los últimos molares y la apertura es tanto anterior como posterior. Esta maloclusión se desarrolla por la interacción de varios factores etiológicos, entre ellos se encuentran: variaciones en la erupción dental y en el crecimiento alveolar, desproporción en el crecimiento muscular o incluso, una función neuromuscular aberrante relacionada con disfunciones linguales, hábitos bucales o ambas. Es decir, la presencia de un patrón divergente, más una posición lingual anormal (frecuentemente asociada con problemas en las vías aéreas) o hábitos de succión digital, son factores de riesgo para su desarrollo. En la época de la dentición decidua y mixta (3-8 años), es donde más se observa la mordida abierta anterior debido a la mayor frecuencia en estas edades de mal hábito de succión, uno de los factores etiológicos que más repercusión tiene en el desencadenamiento de la misma. Además, la prevalencia de esta en cuanto al sexo y la raza se observa más en el sexo femenino y la raza negra respectivamente (28).

b) Mordida profunda

La sobremordida vertical se define como la cantidad y el porcentaje de superposición de los dientes incisivos inferiores por los incisivos superiores, en el plano vertical.

El desarrollo de una sobremordida vertical excesiva se denomina mordida profunda, y es un hallazgo frecuente en ciertas discrepancias maxilomandibulares. Esta puede definirse como la superposición vertical de los incisivos superiores respecto a los inferiores y se expresa de acuerdo con el porcentaje de longitud coronal inferior que está cubierta por la corona de los incisivos superiores; la sobremordida vertical se considera adecuada cuando se encuentra en un rango entre 37,9% y 40.7%.

Según Nanda y Upadhyay definieron la mordida profunda como la cantidad y porcentaje de traslape entre los incisivos superiores y los inferiores. Un traslape ideal según ellos varía en un rango de 25% a 40% sin problemas funcionales asociados durante los diversos movimientos de la articulación temporomandibular (ATM) puede considerarse normal. Una superposición

mayor a 40% se le denomina mordida profunda.

- Tipos de Mordida Profunda

Las mordidas profundas pueden clasificarse en:

- Mordida profunda congénita (esquelética y dentoalveolar).
- Mordida profunda adquirida.

b.1) Mordidas profundas esquelética.

El maxilar es excesivamente grande y/o la mandíbula muy pequeña, y existen pocos contactos oclusales de las piezas inferiores con respecto a las superiores. Su diagnóstico se realiza por medio del ángulo interbasal o maxilomandibular formado por los planos ENA-ENP con el Plano mandibular. Comenzamos a hablar de una mordida profunda esquelética cuando este ángulo se encuentra por debajo de 20° .5. Tienen patrones faciales braquifaciales o hipodivergentes, altura facial anterior disminuida, altura facial posterior es excesiva, ángulo del plano mandibular y ángulo goniaco reducidos. El perfil de estos pacientes tiene la tendencia a ser cóncavo, sobresaliendo la eminencia mentoniana y retrusión labial.

b.2) Mordida profunda dentoalveolar.

Está caracterizada por la sobre erupción de los incisivos o infra erupción de las molares que resulta en una sobremordida excesiva.

La mordida profunda por la sobre erupción de los incisivos presenta las siguientes características:

- Los bordes incisales de los incisivos superiores sobrepasan el plano oclusal.
- Los molares han erupcionado.
- La curva de Spee es excesiva.
- El espacio interoclusal es reducido.

La mordida profunda producida por la infra erupción de los molares presenta las siguientes características:

- Los molares han erupcionado parcialmente.

- El espacio interoclusal es amplio.
- La lengua ocupa una posición ladeada.
- Las distancias entre los planos basales de ambos maxilares y el plano oclusal son cortas.

La pérdida dental puede contribuir a un desbalance oclusal resultando en un colapso lingual de los dientes anteriores y profundizando la mordida anterior. Las mordidas profundas son comúnmente asociadas a una Curva de Spee excesiva.

b.3) Mordidas profundas adquiridas.

Son causadas principalmente por factores ambientales. Debe existir un equilibrio dinámico entre las estructuras alrededor de los dientes (lengua, músculos buccinador, mentoniano y orbicular de los labios) y las fuerzas oclusales para el correcto desarrollo equilibrado y mantenimiento de la oclusión.

Los factores que pueden originarla son:

- Postura lateral de la lengua.
- Desgaste de la superficie oclusal o abrasión dental.
- Inclinación anterior de los dientes posteriores en los sitios de extracción.
- Succión del pulgar prolongada.

Como se mencionó anteriormente las mordidas profundas son comúnmente asociadas a maloclusión Clase II; los patrones faciales cortos o hipodivergentes tienden a tener una musculatura del elevador mandibular más fuerte y gran actividad del musculo mentalis superior, un ángulo mentolabial profundo con labio inferior evertido (29).

1.3.3. MALOCLUSIÓN EN EL PLANO TRANSVERSAL.

a) Mordida cruzada posterior.

La mordida cruzada posterior es una de las maloclusiones con mayor frecuencia en la dentición decidua y mixta, con una prevalencia entre 7 al 23%. A menudo se presenta unilateralmente debido al cambio funcional de la mandíbula hacia el lado de la mordida cruzada. Esta condición conocida

como mordida cruzada posterior, es causada a menudo por una leve constricción bilateral maxilar, lo que causa interferencia oclusal que guía a un desplazamiento funcional de la mandíbula en el lado de la mordida cruzada al cerrar (28). La mayoría de los casos (80- 97%) de los casos de mordida cruzada en individuos en crecimiento, se presentan como mordida cruzada posterior funcional, lo que implica que la mordida cruzada está relacionada con el desplazamiento funcional mandibular. Las mordidas cruzadas posteriores funcionales tienen un componente del desplazamiento lateral funcional hacia el lado de la mordida cruzada, usualmente esto se relaciona con la actividad asimétrica de los músculos masticatorios. Los niños con mordida cruzada posterior unilateral tienen tendencia a realizar ciclos masticatorios irregulares, debido al cambio funcional de la mandíbula. Se ha registrado la actividad asimétrica de los músculos masticatorios por lectura de electromiografía de superficie comparando el lado normal con respecto al lado de mordida cruzada, esta actividad asimétrica puede resultar en músculos masticatorios más delgados en el lado de la mordida cruzada comparado con el lado normal. Las diferencias entre ambos lados en el grosor del músculo masetero pueden dar lugar a la disminución de la fuerza masticatoria molar cuando se comparó con niños en mordida cruzada. A medida que los músculos elevadores en el lado de la mordida cruzada se activan en menor grado que aquellos del lado normal, esto podría conducir a un adelgazamiento de las fibras musculares masticatorias (30).

1.4. CONOCIMIENTO.

Es el resultado de proceso de conocer; lo que saca del sujeto que conoce, del objeto que es conocido. El hombre como ser racional hace suya la realidad y se apodera mentalmente de sus elementos; los conoce y es capaz de transmitir estos conocimientos a través del lenguaje a sus congéneres de generación en generación. El conocimiento implica, según varios autores, todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información que puede ser un libro, la

televisión, algún afiche o tríptico, las clases de la escuela o en la universidad, etc (31).

1.4.1. Tipos de conocimientos.

a) Conocimiento acientífico

Puede decirse que es el tipo de conocimiento no científico llamado vulgar, ordinario de sentido común. Es la base del sentido inmediato entre los individuos de una misma cultura, y opera como una especie de entendimiento práctico que compone un sistema de esquemas incorporados que, constituidos en el curso de la historia colectiva, son adquiridos en el curso de la historia individual y funcionan “en la práctica y para la práctica”. El conocimiento acientífico es omnipresente y ejerce una enorme influencia en todo agente socializado por haberse arraigado en los sedimentos más profundos de sus estructuras subjetivas (cognitivas, emocionales, volitivas, éticas o estéticas) como producto de un fuerte gasto de inculcación en los primeros años de vida.

b) Conocimiento precientífico.

Todo terreno limítrofe es impreciso, inexacto; lo anterior es propio del conocimiento precientífico. Al estar en los límites de la ciencia moderna, el conocimiento precientífico es un híbrido informacional que no siempre desemboca hacia el conocimiento científico propiamente dicho. En el conocimiento precientífico podrían identificarse dos subespecies: El conocimiento pseudocientífico y el conocimiento protocientífico.

c) Conocimiento pseudocientífico.

Todo campo de conocimiento que no sea científico, pero se anuncia como tal es pseudocientífico o falsa ciencia. Se les podrían sumar entre otras, la parapsicología (nombre moderno del espiritismo), la ufología y teorías de la conspiración que se basan en la creencia de que los gobiernos mundiales ocultan de manera intencional información a sus gobernados. La clara ausencia de rigurosidad y de fundamentación probada es otra característica de este tipo de conocimiento.

d) Conocimiento protocientífico.

La protociencia posee un rango mayor que el conocimiento pseudocientífico y se caracteriza por su condición embrionaria de ciencia que puede tener un objeto serio de estudio tomado de forma cuidadosa, pero sin un corpus ni un objeto teórico ni experimental claro, lo que no le permite llegar a cuajar en aquella.

Ejemplos enclasables de protociencia pudieran ser la herbolaria, el vitalismo, el biomagnetismo, la homeopatía, la frenología, la grafología, la alquimia, por mencionar algunas, los cuales son igualmente debatibles. El uso de herramientas o conceptos científicos de forma asistemática o sin un corpus teórico caracteriza a las protociencias. Si se consideran las prácticas de las agencias encuestadoras, y los informes oficiales de las instituciones tan plagados de numeralias, todo ello produce la sensación de algo respetable y hasta sincero, pero no hay que perder de vista que se puede estar sinceramente equivocado.

e) Conocimiento científico.

La ciencia moderna y sus producciones, a pesar de lo que pareciera, es una empresa muy reciente y su objeto de estudio es la realidad empírica, tangible, y es el ulterior desarrollo del género humano en los últimos dos siglos. La ciencia tampoco es ajena a su contexto, pues “en el campo de la ciencia moderna” toda la actividad científica está fuertemente mediatizada por la sociedad y no solo por la comunidad científica”. No obstante que el conocimiento científico es objetivo, sistemático, metódico, riguroso, fundamentado, explicativo y hasta predictivo, hay diferentes formas de concebirlo, producirlo y de practicarlo, lo que a la vez lleva a tomar posturas consideradas no pocas veces como excluyentes entre sí, aunque todas ellas posean el reconocimiento de científico. Se distinguen tres tipos de conocimiento guiados a su vez por tres tipos de intereses:

- Conocimiento informacional:

Es guiado por el interés técnico y se refiere al conocimiento suficiente para adaptarse al medio ambiente que rodea al ser humano y que

posibilita su control técnico una vez poseído este dispositivo informacional; de ahí que desarrolle disposiciones técnicas por medio del trabajo socialmente aprendido. Con este conocimiento el ser humano ha trascendido de su condición animal a la humana. La noción del problema es tratada como déficit a resolver.

- Conocimiento interpretativo:
Opera a nivel de los grupos humanos socializados por medio del lenguaje. Aquí ya es el ser humano trascendental que no sólo posee una cultura inculcada, sino que es poseído por ella promoviendo disposiciones comunicativas que, no obstante ser aprendidas socioculturalmente, precisamente por ello se provocan distorsiones en la comunicación, pues al estar adheridas a un estrato social particular solo es posible hablar de lo que está profundamente vinculado a éste. De modo que este tipo de conocimiento científico está orientado por un interés práctico, o sea, hacia las prácticas socioculturales de sentido, los significados, las intenciones y las motivaciones de sus practicantes. Por eso el objetivo de este tipo de conocimiento es comprender al otro en su horizonte cultural.
- El conocimiento analítico.
Este conocimiento trasciende a los otros dos mencionados, pues al inculcar disposiciones reflexivas por medio de la socialización crítica está orientado por un interés emancipatorio capaz de concebir contradicciones propias de su entorno social por la distribución desigual de los bienes socialmente producidos (materiales, económicos, culturales, simbólicos, jurídicos, etcétera) (32).

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

los profesionales sanitarios, sociales y de la educación.

La mayoría de los autores concuerdan en definir al conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de experiencias y aprendizaje del sujeto (17).



2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1. Antecedentes internacionales.

- **Manresa L., Silva G., Zabala I. (2019) “Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños entre 6 y 11 años”**

El estudio cuasiexperimental se llevó a cabo en la universidad de ciencias Médicas de Camagüey Cuba entre los meses de octubre de 2017 a mayo del 2018, el universo estuvo constituido por 193 niños y una muestra de 90 niños, cuyo objetivo fue evaluar una intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños entre 6 y 11 años de la Escuela primaria Ciro Redondo del municipio “Nuevitas”. Los resultados mostraron que los hábitos más frecuentes fueron la protracción lingual (63.3%), la respiración bucal (53.3%) y la succión digital (25.5%) con mayor predominio en el sexo femenino. Antes de la intervención el 83.2% de los niños presentaban información inadecuada y moderadamente inadecuada sobre hábitos bucales deformantes. Al finalizar la intervención los autores lograron que el 85.5% de los niños adquirieran un nivel de información adecuado (33).

- **Zakirulla, M., Alshehri, A., Hudaybi A., Fageeh, S., Alghothimi, A., Ali M., Almoammar S. (2020) “Oral Habits: Prevalence and Effects on Occlusion Among 7 to 13 Years Old SCHOOL Children in Aseer, Saudi Arabia”.**

El estudio fue de corte transversal, se realizó mediante examen clínico una muestra de 750 niños entre 7 a 13 años en la región de Aseer de Arabia Saudita. Los hallazgos clínicos de los hábitos bucales, incluyendo las maloclusiones, fueron examinados bajo los siguientes parámetros, apiñamiento, espaciamiento, mordida abierta, mordida cruzada y mordida profunda. La estadística se realizó con el análisis de regresión logística. Los resultados de prevalencia mostraron que el 26.2% de varones presentaron apiñamiento dental, mientras que el 16.3% para mujeres, sin diferencia significativa. El espaciamiento se presentó en un 26.4% de varones y 16.7% de mujeres con una diferencia estadísticamente significativa. El bruxismo nocturno se presentó más entre varones con diferencia significativa con respecto a las mujeres. Aquellos con empuje lingual tenían 1264 veces más riesgo de presentar apiñamiento que aquellos que no

presentaban el hábito. Los autores concluyen que hay una elevada prevalencia de maloclusiones asociado a hábitos bucales deletéreos en niños. También resaltan la necesidad de implementar programas de educación y cuidado oral para el tratamiento preventivo de ortodoncia a una edad temprana (34).

- **Tipan S. (2018) “Nivel de conocimiento de padres de familia sobre hábitos perniciosos en la cavidad bucal, en niños de 3 a 5 años de la institución educativa particular “Santa Paula” de la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el periodo noviembre 2017- diciembre 2017”.**

El estudio fue de tipo descriptivo observacional con una muestra de 57 padres de la institución educativa “Santa Paula” en Quito, Ecuador, el objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos perniciosos de la infancia que afectan a la cavidad oral en niños de 3 a 5 años. La autora determino que los padres en su gran mayoría conocían sobre hábitos perniciosos de la infancia, además identifico que el hábito perjudicial más frecuente fue la respiración bucal en niños (33.3%), mientras que para las niñas fue la onicofagia (34.3%) (35).

- **Paolantonio E., Ludovici N., Saccomanno S., La Torre G., Grippaudo C. (2019) “Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers”.**

El estudio fue de corte transversal, con el objetivo de evaluar la prevalencia de maloclusiones y factores asociados en preescolares italianos, con una muestra de 1616 niños entre los 3 y 6 años usando el índice “baby ROMA” y el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico.

Los resultados mostraron que el 38% de la muestra precisaba de tratamiento ortodóntico y el 46% tiene signos de maloclusión en grado de severidad menor, requerían monitorización cercana y eliminación de factores de riesgo. Sin embargo, la prevalencia de malos hábitos bucales y la respiración bucal aumentan con el aumento de la severidad de la maloclusión, el hábito de succión y respiración bucal están estrechamente relacionados con la mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, y un incremento en el “overjet”. Los autores concluyeron que dentro del contexto de prevención y tratamiento temprano de

los desórdenes del crecimiento craneofacial, los malos hábitos y respiración bucal, como factores de riesgo de maloclusión, deberían ser interceptados y corregidos tempranamente para prevenir el desarrollo de la maloclusión (36).

- **Agrawal S., Koirala B., Dali M., Shrestha S., Bhagat T., Niraula S. (2019) “Prevalence of oral habits of schoolchildren in the mixed dentition in Dharan, Nepal”.**

El estudio de corte transversal se llevó a cabo con el objetivo de determinar la prevalencia de hábitos bucales en la dentición mixta de niños de edad preescolar en Dharan, Nepal, con una muestra de 830 niños de 10 escuelas elegidas aleatoriamente en Dharan. Estadísticamente se utilizó el test Chi cuadrado para comparar edad, sexo y raza. La presencia o ausencia de hábitos bucales se determinó usando un cuestionario estructurado y una evaluación clínica de los niños bajo luz natural. Los resultados demostraron que la mayor prevalencia fue el hábito de empuje lingual (39.6%), mientras que el hábito de morder objetos fue el último en prevalencia (0.8%). La respiración bucal fue estadísticamente significativa para el sexo, mientras que el morder objetos y los hábitos autolesivos fueron estadísticamente significativo para la raza. La mordedura y succión de labio fueron estadísticamente significativos para la edad (37).

- **Anila S., Dhanya R., Thomas A., Rejeesh, T., Cherry K. (2018) “Prevalence of oral habits among 4-13 Year-Old children in Central Kerala, India”.**

El estudio se llevó a cabo para determinar la prevalencia de hábitos bucales dañinos entre niños de 4 a 13 años en relación a la edad y género en el hospital universitario dental en Kerala central, India. Se encuestó a 1034 niños (478 hombres y 556 mujeres). Se evaluó la presencia de hábitos bucales en relación a la edad y el género. La información sobre hábitos bucales se obtuvo a partir de un cuestionario y evaluación clínica usando un espejo bucal y agua. Se usó el test chi cuadrado para el análisis estadístico. Los resultados demostraron que el 72.2% de participantes presentaban hábitos bucales, cerca del 41.7% de niños presentaron 1 hábito, mientras que el 19.1% tenía 2 hábitos y el 5.5% presentaban 3 o más hábitos. El hábito de respiración bucal fue el más común (29.4%), seguido del empuje lingual (23.5%), morder las uñas (20%), succión

del pulgar (17%), mordedura de lápiz (8.7%), bruxismo (4.9%) y morder labios o carrillos (4.5%). El hábito de morder uñas fue mayor en mujeres y el bruxismo lo fue para los hombres. La prevalencia de succión digital fue mayor para niños entre 4 a 8 años comparado con los mayores de 9 a 13 años. Los autores concluyeron que la prevalencia de hábitos bucales fue elevada en niños entre 4 a 13 años en Kerala central con respecto a otras comunidades de la India. También concluyeron que los hábitos bucales pueden ser interceptados y prevenidos, creando conciencia sobre los efectos adversos de los hábitos bucales (38).

- **Chamorro A., García C., Mejía E., Viveros E., Soto L., Triana, F., Valencia C. (2016) “Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría en la Universidad del Valle”.**

El objetivo del estudio retrospectivo fue determinar cuáles son los hábitos orales más frecuentes en los niños entre 5 a 12 años que asistieron a la clínica de odontología pediátrica y ortopedia maxilar de la Universidad del Valle, Colombia entre los años 2007 y 2012. Analizando las historias clínicas, se determinó el hábito presente en los pacientes, así como la relación con la edad género. Los resultados demostraron que del total de evaluados (n=140), el 67% presentaba al menos un hábito oral, con más frecuencia en las mujeres, los hábitos se presentaron de orden de frecuencia de la siguiente manera: respiración bucal (36%), onicofagia (24%) y el hábito oral menos frecuente fue el apretar los dientes (11%). Los autores concluyeron que, debido a la alta prevalencia, es necesario detectar tempranamente los signos de los hábitos orales y evitar la generación de anomalía dentomaxilares (39).

2.2. Antecedentes nacionales.

- **Bardález, S. (2018) “Efectividad de la aplicación del programa educativo “Más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria d la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario en el año 2018”.**

El estudio cuasiexperimental tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa “más que sonrisas” aplicada a padres de escolares de la I.E. Almirante

Miguel Grau Seminario de la ciudad de Lima, sobre el conocimiento de hábitos orales, con una muestra de 100 padres en el periodo de agosto a septiembre del 2018. La metodología se basó en un cuestionario aplicado antes y después de aplicaciones preventivas y educativas. Los resultados demostraron que los padres encuestados contaban en un 57% con un nivel regular de información sobre hábitos orales, el 27% con un nivel bueno y el 16% con un nivel malo. Después de la aplicación del programa “más que sonrisas” se logró que el 100% de padres adquiriera un nivel bueno de información (40).

- **Mendoza F. (2018) “Conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.**

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento acerca de los hábitos orales y actitud de las madres que asistieron al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima en 2018. El diseño el estudio fue de tipo transversal, descriptivo y correlacional. La muestra fue de 143 madres, a las cuales se les aplico un cuestionario de 12 preguntas cerradas para saber el nivel de conocimiento y 8 preguntas para evaluar la actitud frente a los hábitos orales nocivos. Los resultados demostraron que el nivel de conocimiento es regular en 53.1% y deficiente en 37.1%, la actitud fue positiva en 74.8% y negativa en 0.7%, El autor las madres poseen un nivel de conocimiento deficiente sobre los tipos de maloclusiones que general los hábitos orales nocivos y que existe una correlación positiva, baja y significativa entre el nivel de conocimiento sobre hábitos orales nocivos y la actitud frente a ellos (41).

- **Zapata M., Lavado A., Anchelia S. (2015) “Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años”.**

El estudio tuvo como objetivo relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones en niños de 6 a 12 años de la institución educativa “Los educadores”. El diseño fue de tipo descriptivo, corte transversal y clínico. La muestra estuvo constituida por 154 niños entre 6 a 12 años en del distrito De San Luis, Lima. La primera evaluación fue por medio de una encuesta dirigida

a los padres, la segunda fue una evaluación clínica a los niños. Se consideró como hábito cuando la información suministrada por el padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente, Los test estadísticos utilizados fueron el chi cuadrado y Fisher. Los resultados demostraron que el hábito bucal prevalente fue la onicofagia (25.3%). La maloclusión predominante fue la clase I (71.4%), seguida de la clase II subdivisión 1 (20.1%), luego la clase III (7.8%) y la clase II subdivisión 2 (0.6%). No se encontró relación entre los hábitos y el sexo, Los autores concluyeron que se encontró una relación significativa entre deglución atípica y succión digital con maloclusión dentaria vertical y la mordida abierta anterior (42).

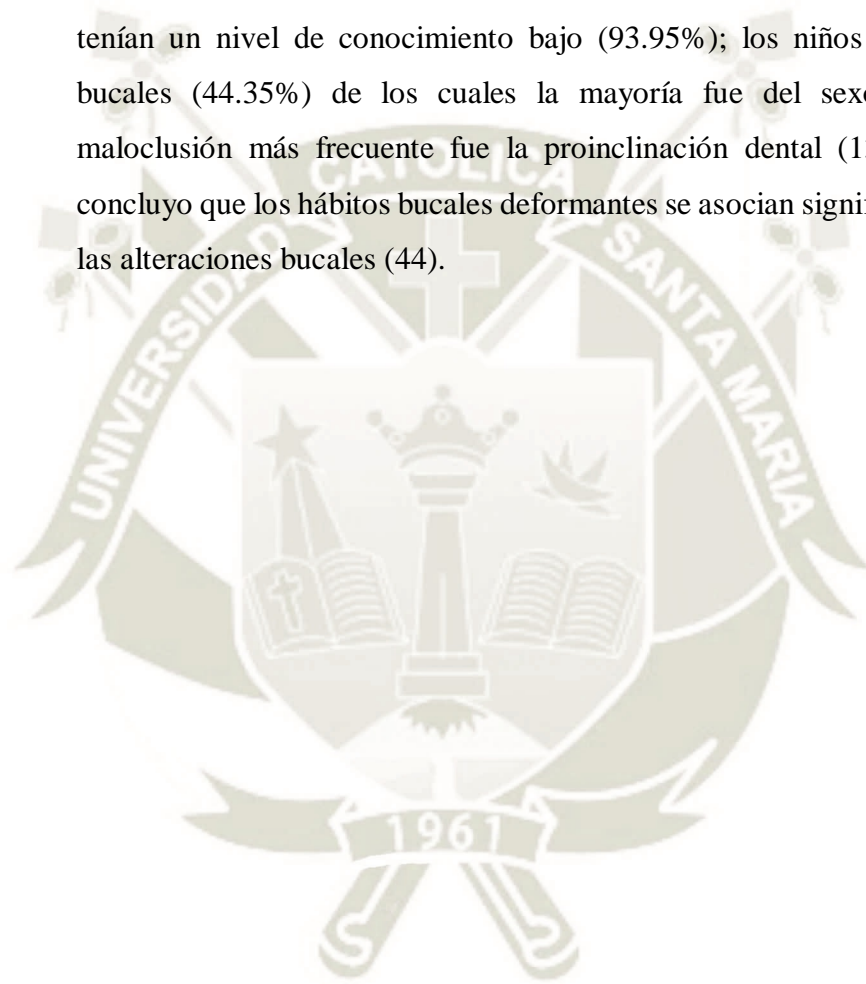
- **Gamboa LL. (2018) “Hábitos orales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de diciembre, 2018”.**

El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y clínico, se llevó a cabo en escolares entre 6 a 12 años de la I.E. “9 de diciembre” del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima en 2018. La muestra estuvo constituida por 166 niños. La detección de los hábitos orales se llevó a cabo en 2 etapas, la primera en base a una encuesta de los padres y la segunda donde se realizó la evaluación clínica del niño. Se consideró positivo el hallazgo cuando la encuesta y la evaluación coincidían. Los resultados demostraron que el hábito oral prevalente fue la onicofagia (28.9%), la maloclusión predominante fue la clase I (41.6%), luego la clase II división I (28.9%), las maloclusiones verticales tipo mordida abierta anterior (28.3%) y la mordida profunda (18.0%). El autor concluye que existe una relación significativa entre la succión digital, interposición lingual y respiración bucal con la mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, mordida bis a bis, mordida en tijera y la maloclusión clase II (43).

- **Aparcana J. (2013) “Conocimiento de los padres sobre hábitos bucales deformantes y trauma dentales asociados a las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, 2012”**

El estudio fue de diseño descriptivo, transversal, no experimental y de

asociación, tuvo como objetivo determinar la asociación entre el conocimiento que poseen los padres sobre hábitos bucales deformantes y traumas dentales en niños entre 4 a 10 años de la I.E. “Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico” de la ciudad de Tacna. La muestra estuvo constituida por 248 padres y 248 hijos/as, se aplicó un test de conocimientos de 14 ítems a los padres y se realizó la evaluación clínica a los niños. Los resultados demostraron que los padres tenían un nivel de conocimiento bajo (93.95%); los niños con alteraciones bucales (44.35%) de los cuales la mayoría fue del sexo masculino. La maloclusión más frecuente fue la proinclinación dental (13.30%). El autor concluyo que los hábitos bucales deformantes se asocian significativamente con las alteraciones bucales (44).



CAPITULO II: METODOLOGIA

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1. TÉCNICAS

Se empleará 2 técnicas: La técnica comunicacional tipo encuesta cerrada para conocer la variable “nivel de conocimiento de padres sobre hábitos bucales deletéreos”. La técnica observación clínica tipo ficha clínica para conocer la variable “hábitos bucales deletéreos”.

1.1.1. Descripción de la técnica.

- a) Cuestionario de preguntas cerradas: Esta técnica servirá para valorar el conocimiento de los padres sobre hábitos bucales deletéreos y sus indicadores.
- b) Observación clínica: Esta técnica consta de una ficha clínica con las características clínicas de los hábitos bucales deletéreos, donde el evaluador registrará los hallazgos.

1.2. INSTRUMENTOS

- a) Para la elaboración del primer instrumento se trabajó en base al cuestionario realizado por Mendoza (17). Donde se divide a la variable conocimientos en 3 dimensiones: conocimientos sobre hábitos bucales (5 ítems), conocimiento sobre las consecuencias de los hábitos bucales deletéreos (4 ítems) y prevención de hábitos bucales deletéreos (5 ítems). Se aplicó una prueba piloto a 25 padres (Anexo N° 3), a partir del cual se elabora la categorización del conocimiento.
- b) Para la elaboración del segundo instrumento se trabajó en base a un instrumento previamente validado (45).

1.2.1. Modelo del instrumento.

El modelo del instrumento 1 y 2 está representado en el anexo N°1 y N° 2 respectivamente

a) Validación del instrumento.

Se realizó una prueba piloto (anexo N° 3) empleando la prueba Kuder Richardson (KR 20 = 0.81) para la adaptación del instrumento previamente validado en el estudio de Mendoza (17). El segundo

instrumento, tiene validación previa (45).

1.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El nivel de conocimientos fue medido según el valor obtenido del llenado del instrumento (escala de estacionones, Anexo N°4).

1.3.1. N° de ítems: 14

1.3.2. Valor de ítem correcto: 1 punto

1.3.3. Valor total: 14 puntos

- Conocimiento bueno: mayor a 10 = 11 – 14.
- Conocimiento regular: igual a 5 y 10 = 5 – 10.
- Conocimiento malo: menor a 5 = 0 – 4.

La presencia de hábitos bucales deletéreos se evaluó mediante el llenado del segundo instrumento, pudiendo ser categorizado como:

- Hábito ausente.
- Hábito presente.
- Maloclusión ausente.
- Maloclusión presente.

1.4. MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- Lapiceros, marcadores.
- Hojas de papel.
- Servilletas
- Esparadrapo
- Algodón
- Tijeras
- Vasos descartables
- Agua mineral
- Barbijos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

- Servicio de pediatría de la clínica San Juan de Dios, Arequipa, Perú.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

- La investigación se llevó a cabo entre los meses de enero y febrero del

2021, siendo un estudio de nivel relacional, prospectivo y de corte transversal.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO.

a) Población cualitativa

2.3.1. Criterios de inclusión.

- Padres de pacientes que tengan entre 5 y 13 años
- Padres de pacientes sin enfermedades sistémicas o congénitas.
- Padres que acepten participar en el estudio y que hayan firmado el consentimiento informado (anexo N° 8)

2.3.2. Criterios de exclusión

- Padres odontólogos.
- Padres analfabetos.
- Padres de niños que estén en tratamiento de ortodoncia o lo hayan recibido con anterioridad.
- Padres con imposibilidad física o mental.

b) Población cuantitativa.

n°	114 pacientes y 114 padres con los criterios de inclusión
----	---

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Se solicitó permiso al director médico de la clínica San Juan de Dios. (anexo N° 5)
- Coordinación con las encargadas de consultorios externos en el área de pediatría y la oficina de investigación y docencia de la clínica San Juan de Dios.
- Autorización de los pacientes.

3.2. RECURSOS

a) Recursos humanos:

Investigador: Bachiller Jairo Jhoel Molina Quispe.

Asesor: Dr. Julio Alcocer Nuñez

b) Recursos físicos:

Ambientes de consultorios externos del área pediatría de la clínica San Juan de Dios.

c) Recursos económicos:

La investigación será financiada por el investigador.

3.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación se utilizó un documento de consentimiento informado (anexo N° 8), donde la persona afirmará su participación.

- Justicia. Los pacientes serán tratados con respeto durante todo el proceso de investigación.
- Beneficencia. El aplicar los instrumentos de la investigación no implicará ningún daño para los participantes,
- Libre determinación y autonomía. Los pacientes pueden retirarse en cualquier momento de la investigación, incluso si ya firmo el consentimiento informado.
- Anonimato y confidencialidad. La identidad de los pacientes participantes en la presente investigación, será confidencial y se mantendrá en el anonimato.

3.4. CRITERIO PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

- Plan de procesamiento.
Se empleará un procesamiento manual y computarizado (paquete estadístico SPSS versión 22. La información será ordenada a través de una matriz de sistematización en Excel 2016) matrices de conteo, tablas de doble/múltiple entrada y gráficas.
- Plan de análisis.
Se utilizará un análisis estadístico cualitativo, bivariado analítico y categórico.

Variables	Tipo de variable	Escala de medición	Estadística no inferencial (descriptiva)	Estadística inferencial
Nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deletéreos	Catagórica Ordinal	Ordinal	Frecuencias absoluta y relativa	Chi cuadrado de Pearson. Coeficiente de contingencia
Prevalencia de Hábitos bucales deletéreos en pacientes entre 5 y 13 años	Catagórica Nominal	Nominal	Frecuencias absoluta y relativa	Chi cuadrado de Pearson. Coeficiente de contingencia



CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. RESULTADOS

TABLA N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL DE LOS PADRES SOBRE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS

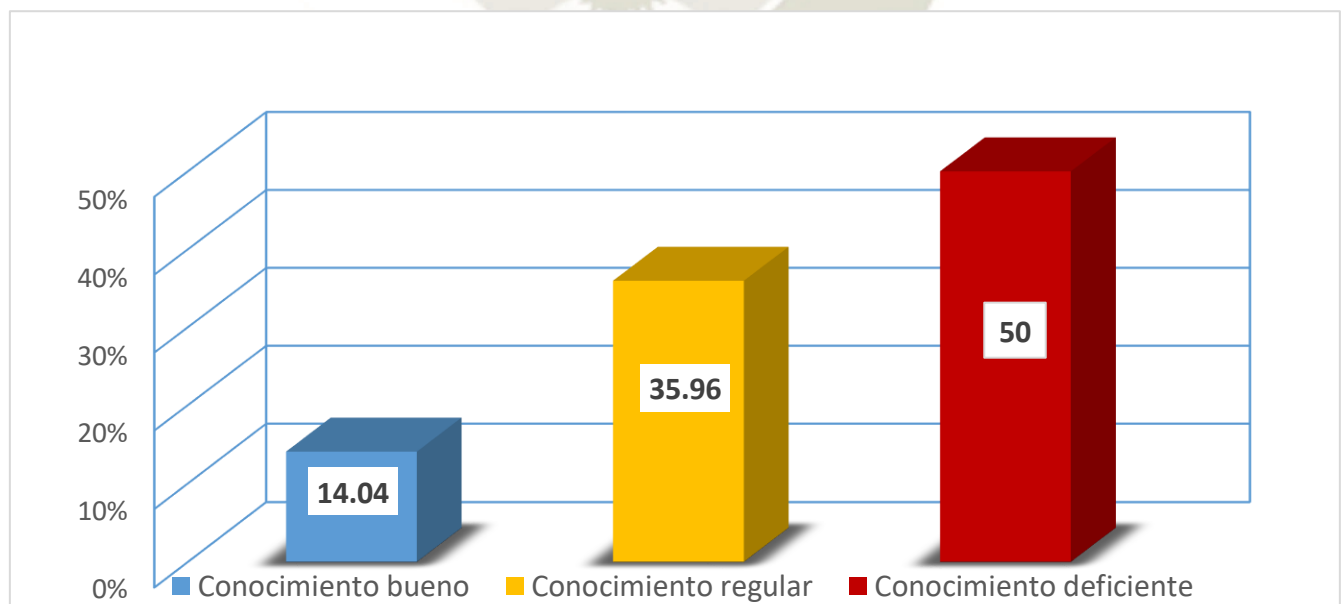
Nivel de conocimiento de los padres	N	%
Bueno	16	14.04
Regular	41	35.96
Deficiente	57	50
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la encuesta (Anexo N° 6)

Se aprecia que el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales predominante fue el conocimiento deficiente (50%), mientras que el menos prevalente fue el conocimiento bueno (14.04%) de la población de padres estudiada.

FIGURA N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la encuesta (Anexo N° 6)

TABLA N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES POR CATEGORÍAS

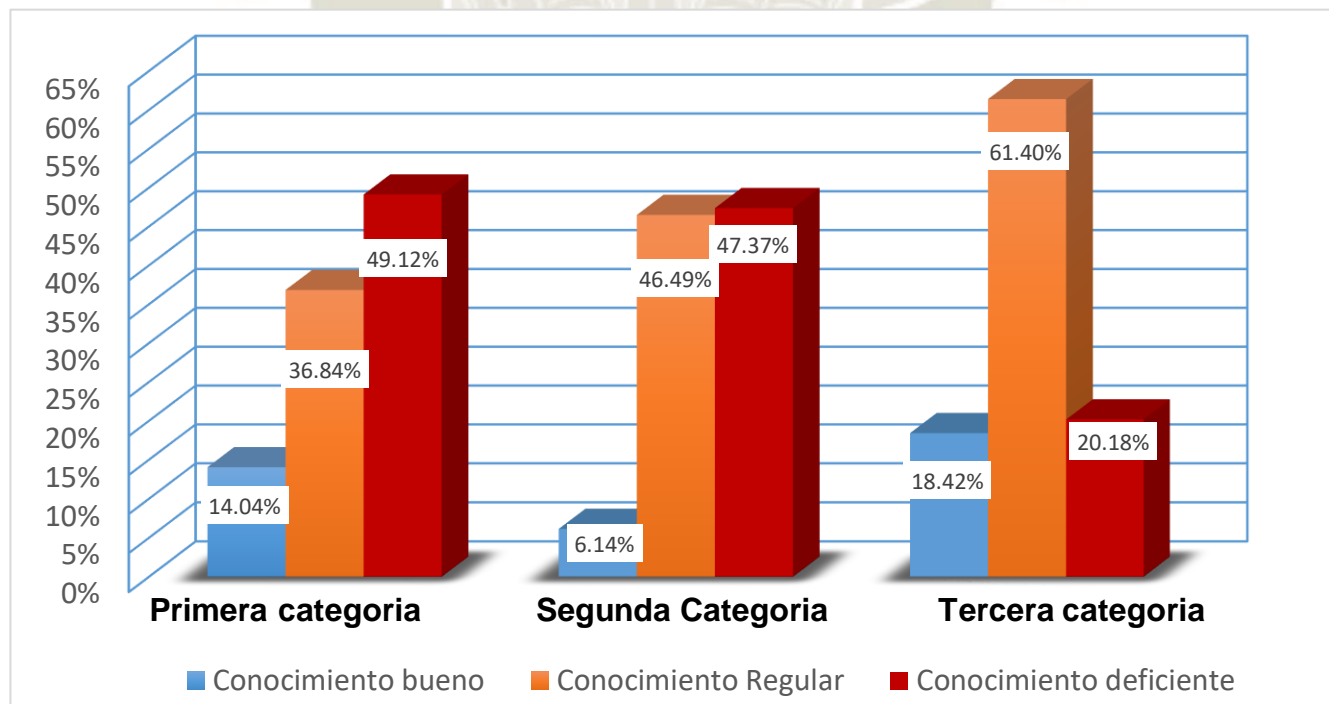
Nivel de conocimiento de los padres	Primera categoría: Conocimiento de hábitos bucales deletéreos		Segunda categoría: Maloclusiones consecuencia de hábitos bucales deletéreos		Tercera categoría: Prevención de hábitos bucales deletéreos	
	N	%	N	%	N	%
Bueno	16	14.04	7	6.14	21	18.42
Regular	42	36.84	53	46.49	70	61.4
Deficiente	56	49.12	54	47.37	23	20.18
TOTAL	114	100	114	100	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la encuesta.

Se aprecia que el conocimiento deficiente fue predominante en la primera y segunda categoría de conocimientos (49.12% y 47.37% respectivamente), por otro lado, en la categoría de prevención de hábitos, el conocimiento predominante fue el regular.

FIGURA N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES POR CATEGORÍAS



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la encuesta.

TABLA N° 3

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO VERTICAL

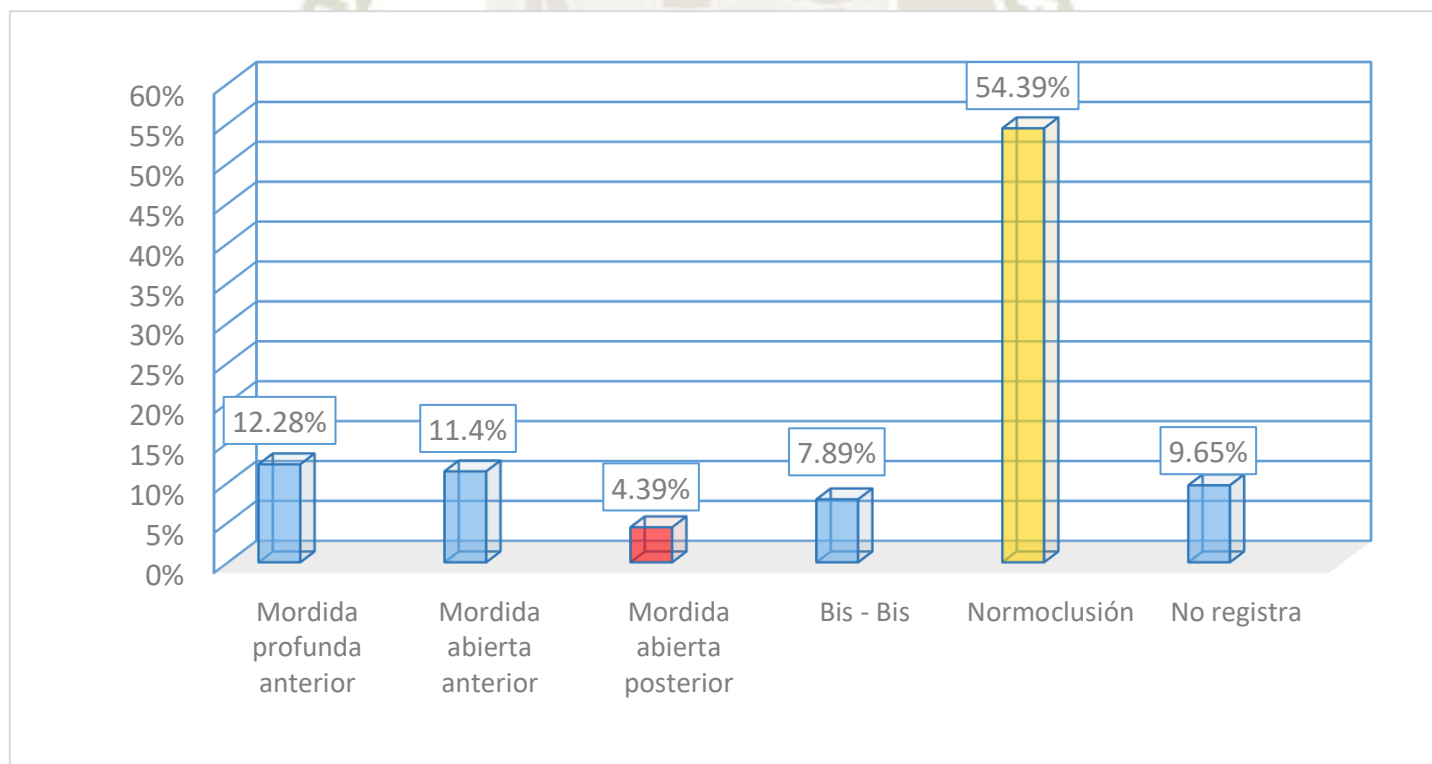
Maloclusión en el plano vertical	N	%
Mordida profunda anterior	14	12.28
Mordida abierta anterior	13	11.4
Mordida abierta posterior	5	4.39
Bis – Bis	9	7.89
Normoclusión	62	54.39
No registra	11	9.65
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica (Anexo n° 7).

Se aprecia que la maloclusión predominante en el plano vertical fue la normoclusión(54.39%), mientras que la menos prevalente fue la mordida abierta posterior (4.39%).

FIGURA N° 3

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO VERTICAL



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica (Anexo n° 7).

TABLA N° 4

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO TRANSVERSAL

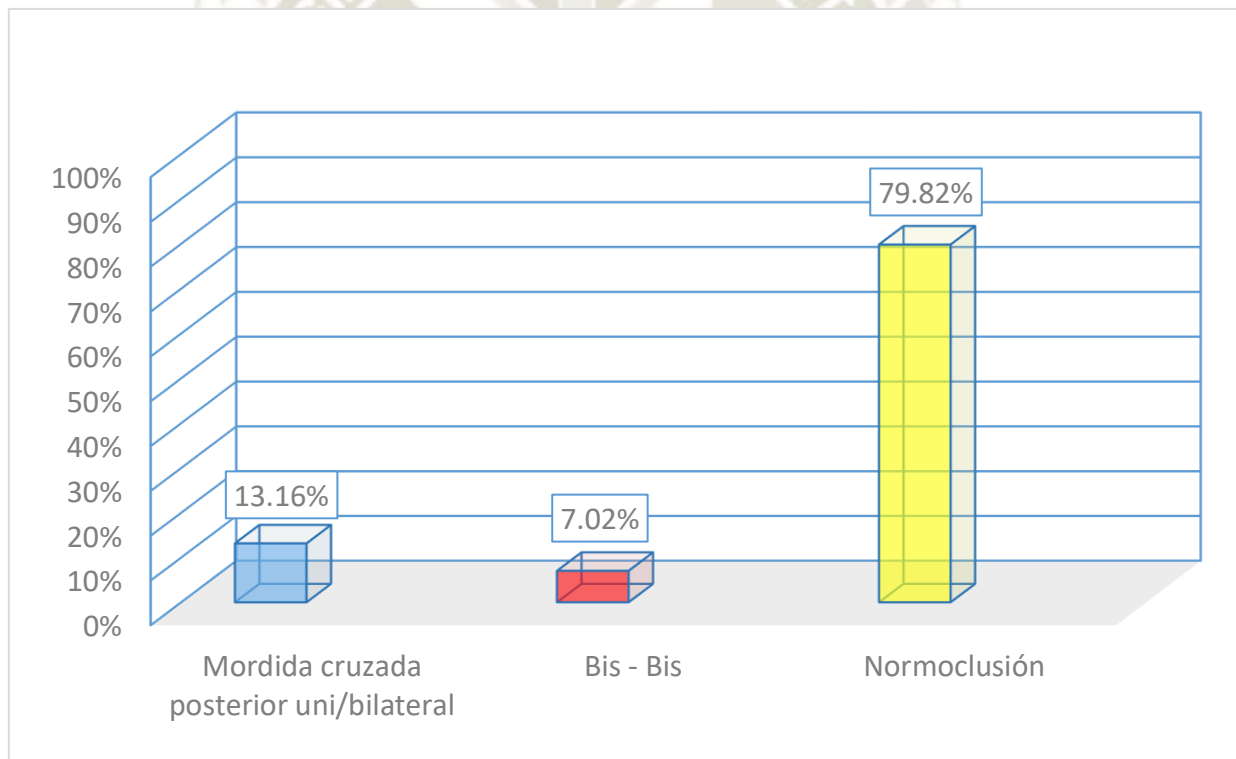
Maloclusión en el plano transversal	N	%
Mordida cruzada posterior uni/bilateral	15	13.16
Bis a bis	8	7.02
Normoclusión	91	79.82
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Se aprecia que la maloclusión predominante en el plano transversal fue la normoclusión (79.82%), mientras que la mordida bis a bis fue la menos prevalente (7.02%).

FIGURA N° 4

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO TRANSVERSAL



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

TABLA N° 5

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO SAGITAL

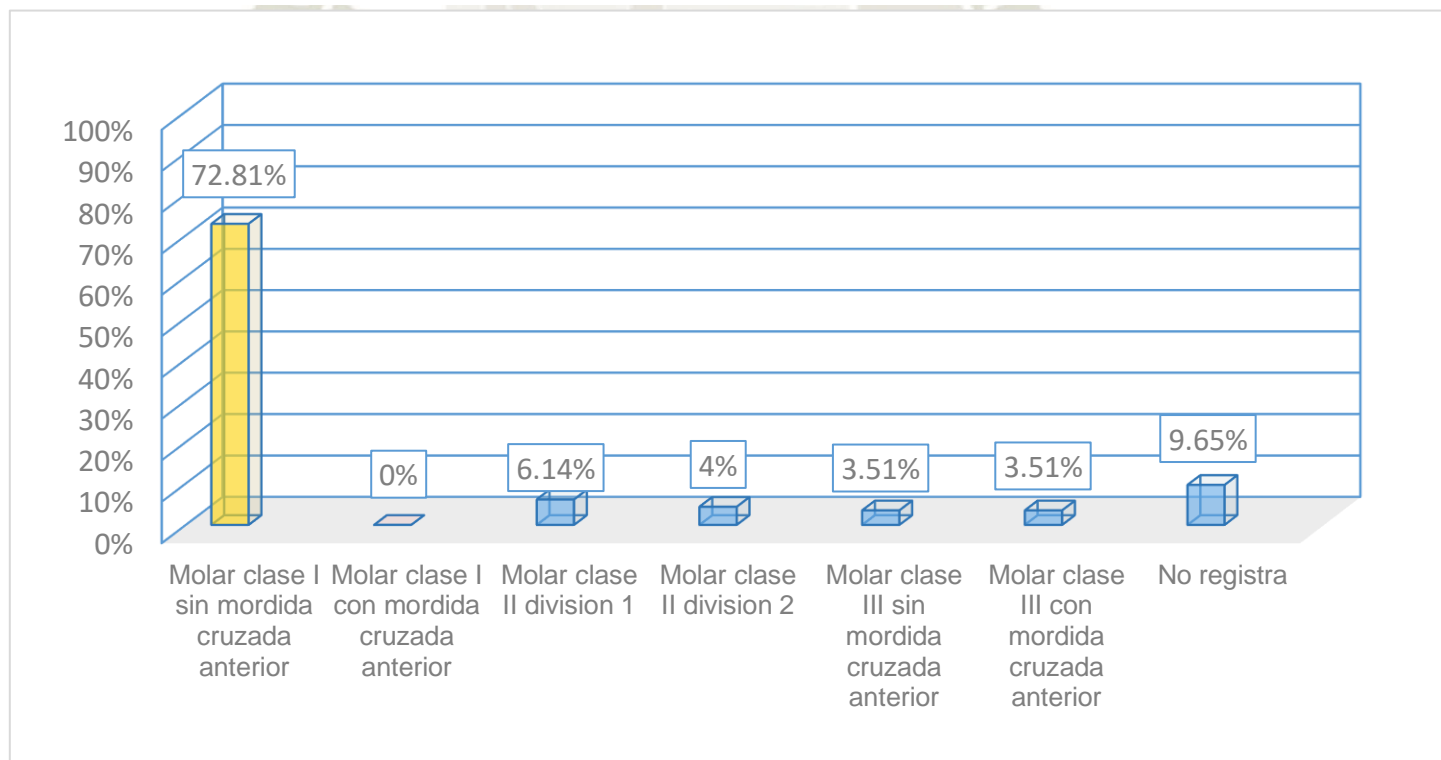
Maloclusión en el plano vertical	N	%
Molar clase I sin mordida cruzada anterior	83	72.81
Molar clase I con mordida cruzada anterior	0	0
Molar clase II división 1	7	6.14
Molar clase II división 2	5	4.38
Molar clase III sin mordida cruzada anterior	4	3.51
Molar clase III con mordida cruzada anterior	4	3.51
No registra	11	9.65
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Se aprecia que la maloclusión predominante en el plano sagital fue la clase I sin mordida cruzada anterior (72.81%), por otro lado, la clase I con mordida cruzada anterior no presentó frecuencia (0%).

FIGURA N° 5

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN EL PLANO SAGITAL



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

TABLA N° 6

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: DEGLUCIÓN

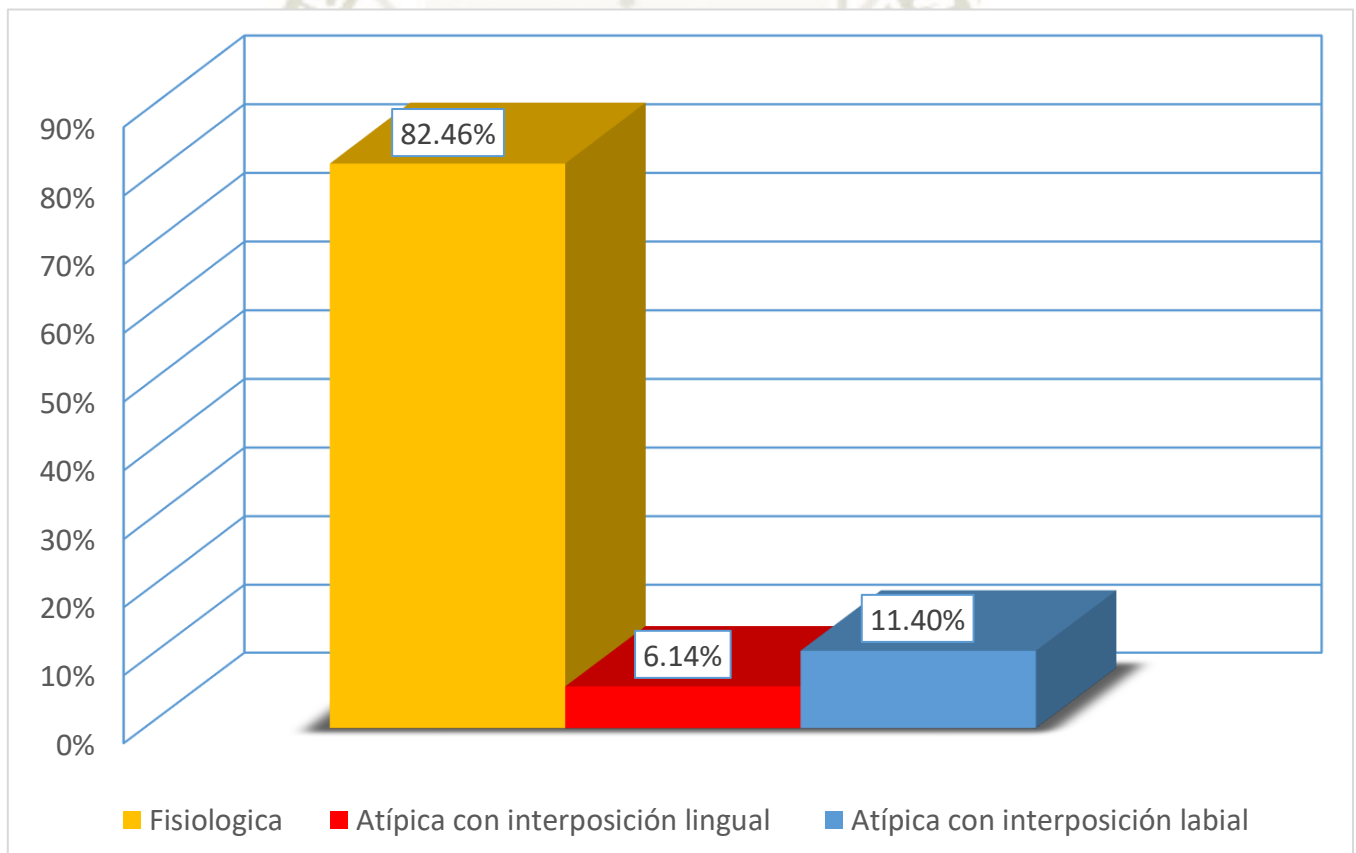
Deglución	N	%
Fisiológica	94	82.46
Atípica con interposición lingual	7	6.14
Atípica con interposición labial	13	11.4
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Dentro de la distribución de la deglución, se aprecia que la deglución fisiológica presento mayor prevalencia (82.46%), por otro lado, la deglución con interposición lingual fue la menos prevalente (6.14%).

FIGURA N° 6

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: DEGLUCIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

TABLA N° 7

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: FAGIA

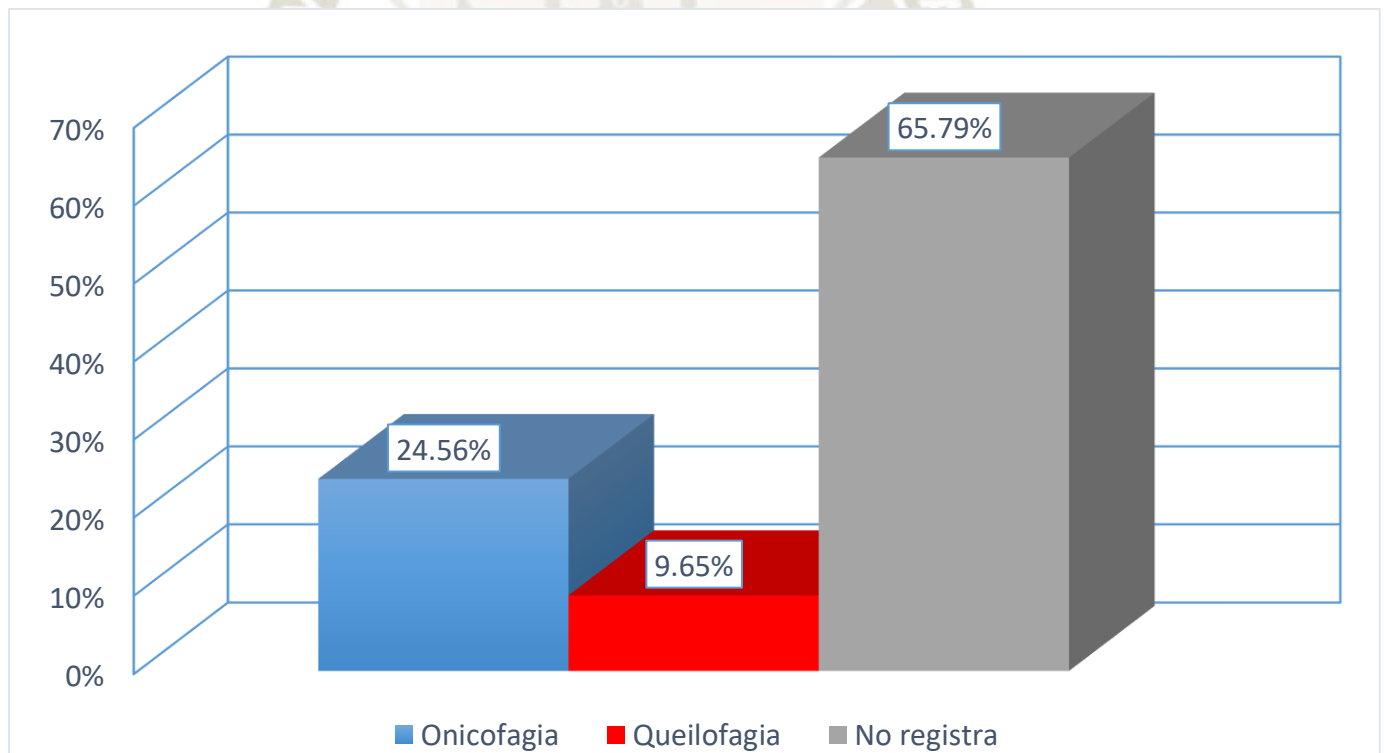
Fagia	N	%
Onicofagia	28	24.56
Queilofagia	11	9.65
No registra	75	65.79
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Dentro de la distribución del hábito fagia, se aprecia que la onicofagia predomino sobre la queilofagia (24.56% y 9.65%).

FIGURA N° 7

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: FAGIA



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

TABLA N° 8

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: SUCCIÓN

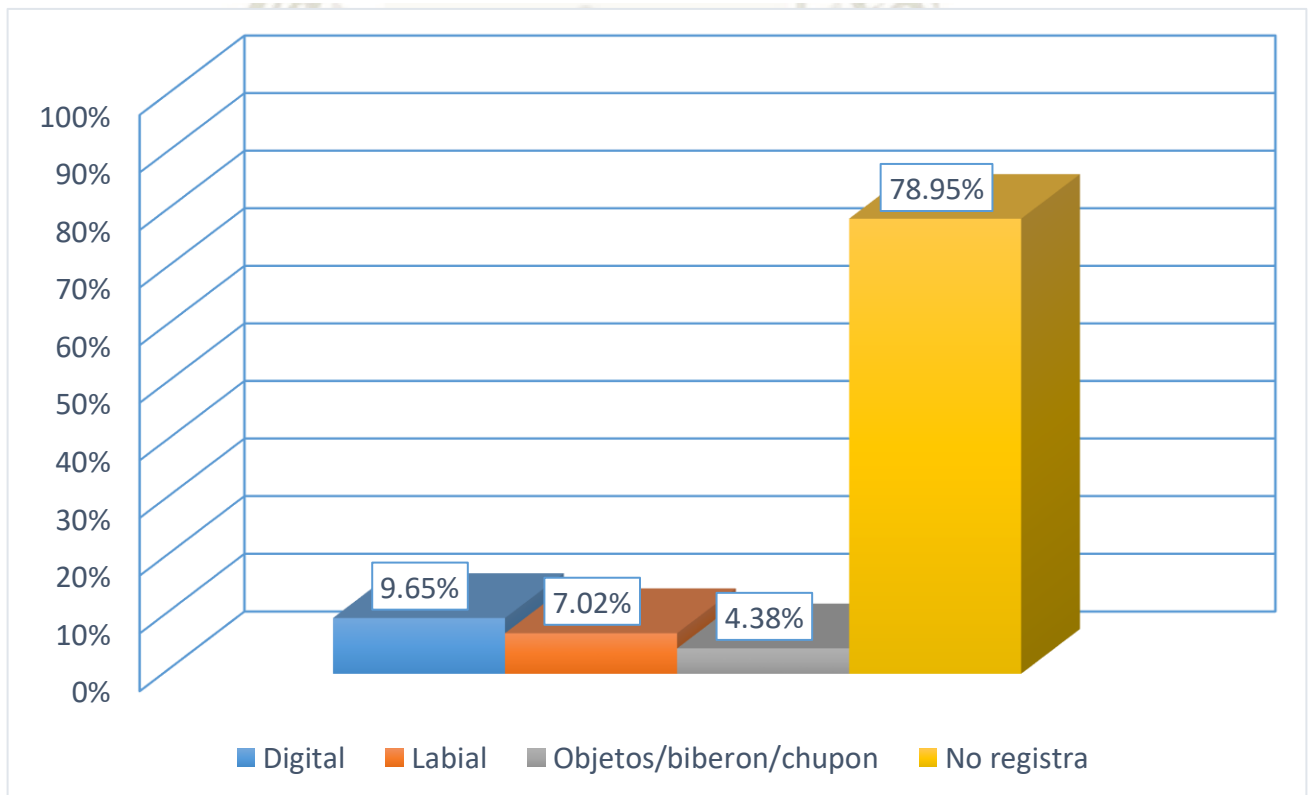
Succión	N	%
Digital	11	9.65
Labial	8	7.02
Objetos/ biberón/ chupón	5	4.38
No registra	90	78.95
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Dentro de la distribución del hábito de succión, se aprecia que la succión predominante fue la digital (9.65%), la de menor prevalencia fue la succión de objetos (4.38%).

FIGURA N° 8

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: SUCCIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

TABLA N° 9

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: RESPIRACIÓN

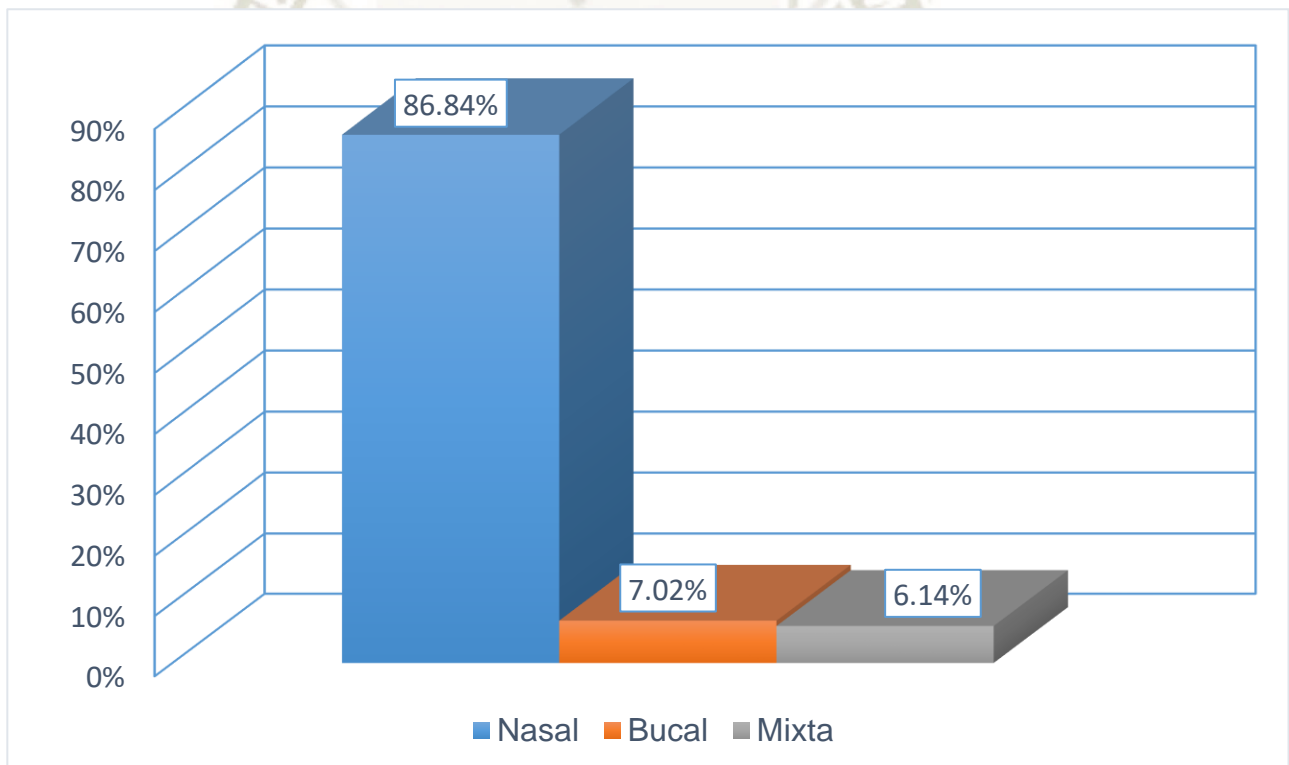
Respiración	N	%
Nasal	99	86.84
Bucal	8	7.02
Mixta	7	6.14
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Dentro de la distribución del hábito de respiración patológica, se aprecia que la respiración predominante fue la bucal (7.02%), mientras que la respiración mixta presento la menor prevalencia (6.14%).

FIGURA N° 9

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: RESPIRACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

TABLA N° 10

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: POSTURA

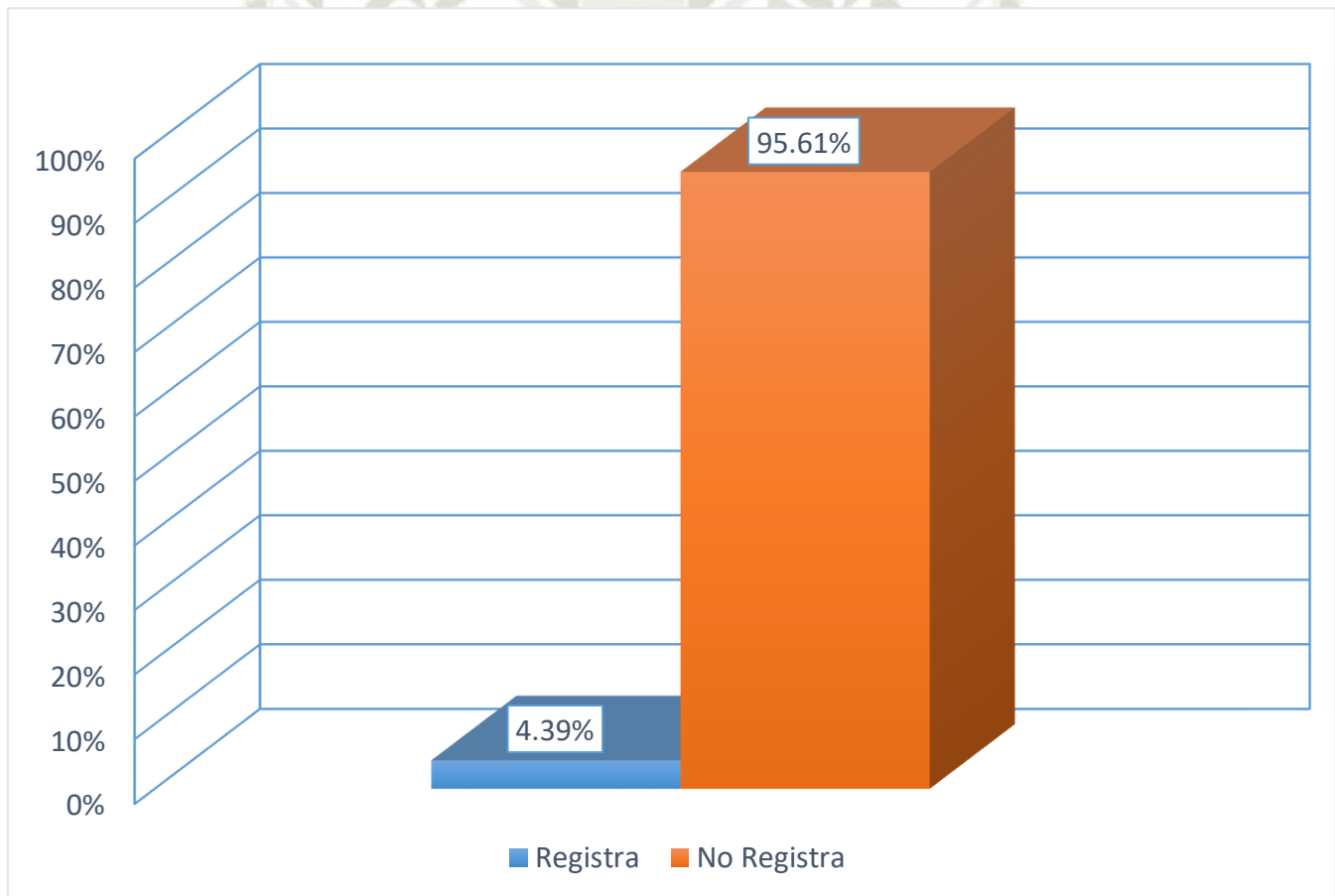
Postura	N	%
Registra	5	4.39
No registra	109	95.61
TOTAL	114	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Dentro de la distribución del hábito de postura, solo se registró el hábito en un 4.39% de todos los pacientes evaluados.

FIGURA N° 10

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES: POSTURA



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS POR SEXO

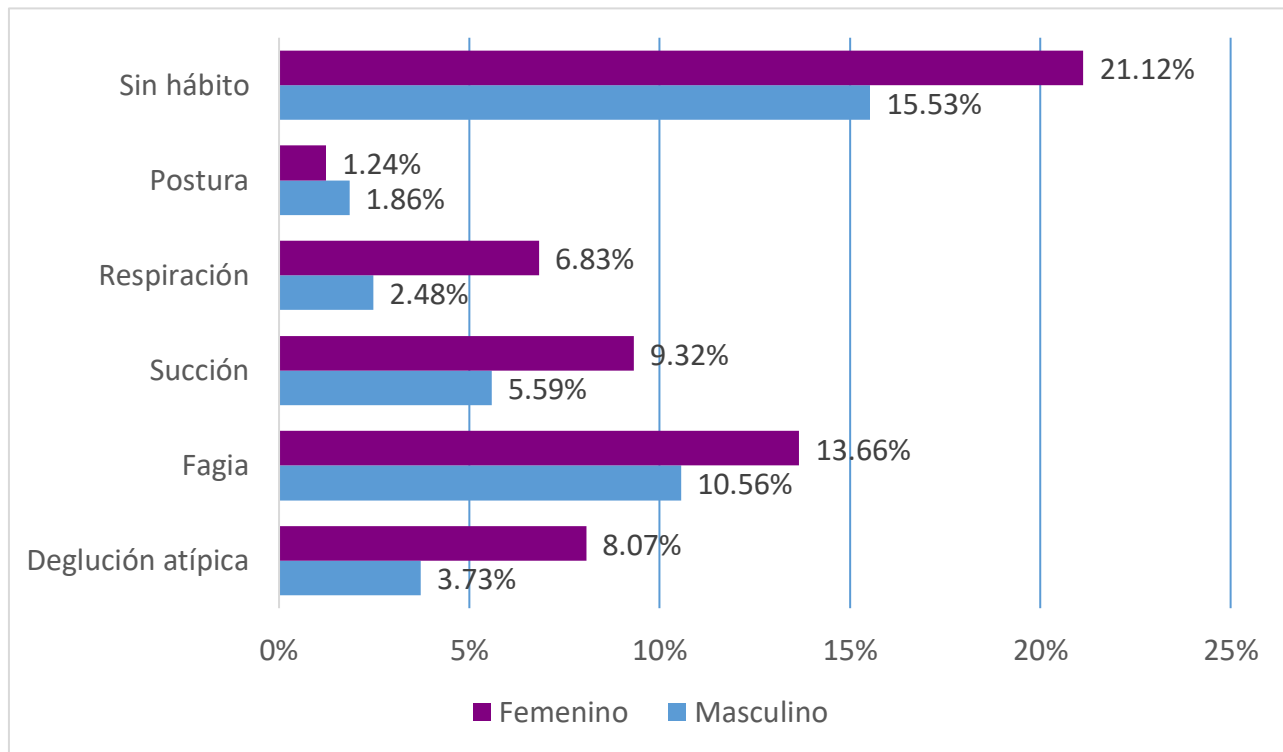
Hábito	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Deglución atípica	6	3.73	13	8.07	19	11.8
Fagia	17	10.56	22	13.66	39	24.22
Succión	9	5.59	15	9.32	24	14.91
Respiración	4	2.48	11	6.83	15	9.32
Postura	3	1.86	2	1.24	5	3.1
Sin hábito	25	15.53	34	21.12	59	36.65
TOTAL	64	39.75	97	60.25	161	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Se aprecia que la prevalencia de hábitos fue predominante en el sexo femenino (39.12%) por sobre el masculino (24.22%). El hábito predominante en ambos sexos fue la onicofagia y queilofagia (10.56% para el masculino y 13.66% para el femenino). Por otro lado, el hábito menos prevalente fue la postura (1.86% para el masculino y 1.24% para el femenino).

FIGURA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS POR SEXO



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES DELETÉREOS POR
EDAD.

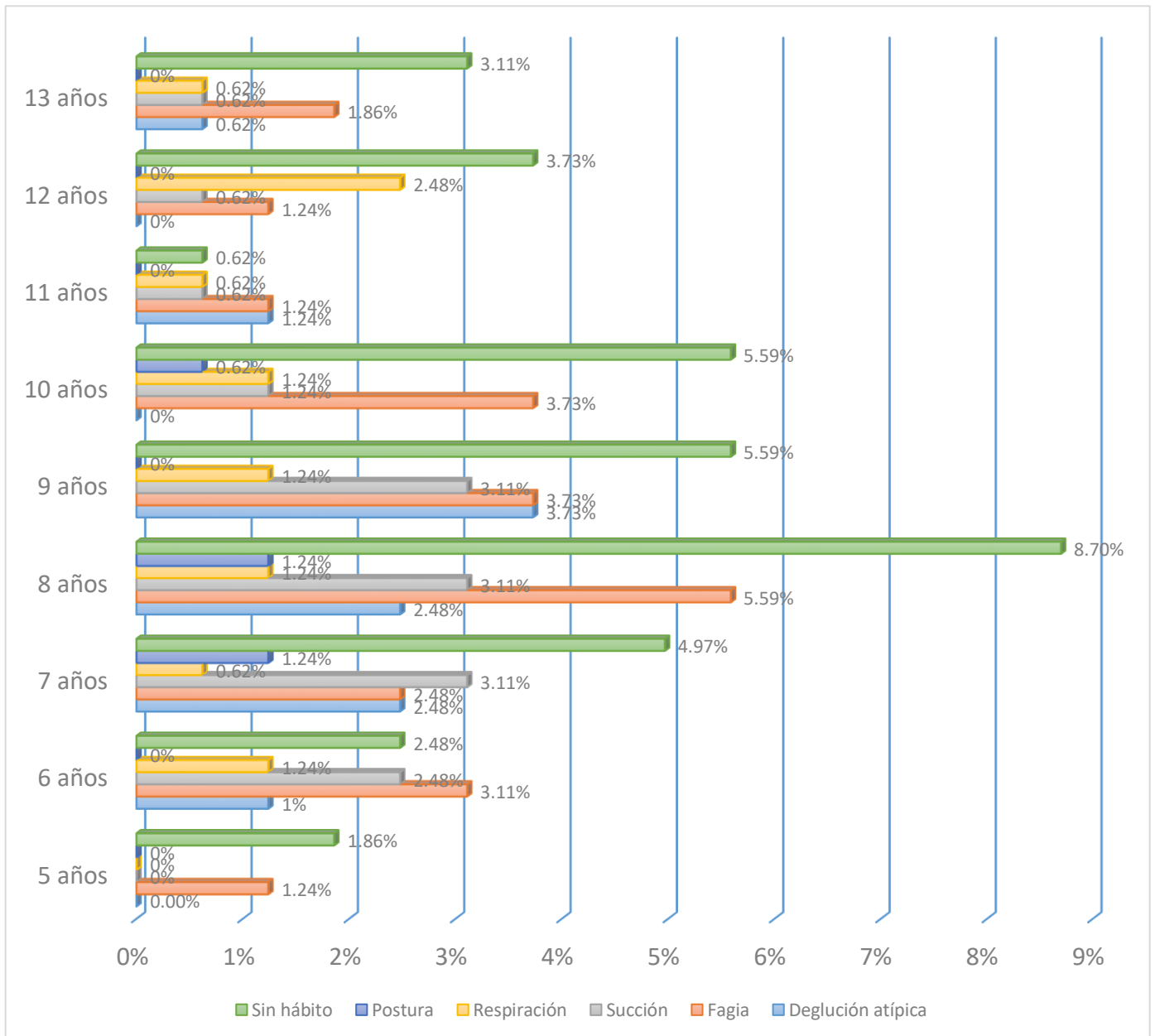
Edad	Deglución atípica		Fagia		Succión		Respiración		Postura		Sin hábito		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5	0	0	2	1.24	0	0	0	0	0	0	3	1.86	5	3.11
6	2	1.24	5	3.11	4	2.48	2	1.24	0	0	4	2.48	17	10.56
7	4	2.48	4	2.48	5	3.11	1	0.62	2	1.24	8	4.97	24	14.91
8	4	2.48	9	5.59	5	3.11	2	1.24	2	1.24	14	8.7	36	22.36
9	6	3.73	6	3.73	5	3.11	2	1.24	0	0	9	5.59	28	17.39
10	0	0	6	3.73	2	1.24	2	1.24	1	0.62	9	5.59	20	12.42
11	2	1.24	2	1.24	1	0.62	1	0.62	0	0	1	0.62	7	4.35
12	0	0	2	1.24	1	0.62	4	2.48	0	0	6	3.73	13	8.07
13	1	0.62	3	1.86	1	0.62	1	0.62	0	0	5	3.11	11	6.83
Total	19	11.8	39	24.22	24	14.91	15	9.32	5	3.11	59	36.64	161	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

Dentro de la distribución de los hábitos bucales por edad, el grupo de 8 años presentó mayor predominancia de hábitos bucales (13.66%), a su vez el hábito más frecuente fue la onicofagia y queilofagia (5.59%). Por el contrario, el grupo de 5 años presentó la menor prevalencia de hábitos bucales (1.24%).

FIGURA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS POR EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica

TABLA N° 13

TABLA DE CONTINGENCIA: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE
HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS Y PREVALENCIA

		Hábitos bucales deletéreos		Total	
		Presentes	Ausentes		
Nivel de conocimiento	Deficiente	Recuento	34	22	56
		Recuento esperado	26,0	30,0	56,0
		% total	29,8%	19,3%	49,1%
	Regular	Recuento	18	24	42
		Recuento esperado	19,5	22,5	42,0
		% del total	15,8%	21,1%	36,8%
	Bueno	Recuento	1	15	16
		Recuento esperado	7,4	8,6	16,0
		% del total	0,9%	13,2%	14,0%
TOTAL		Recuento	53	61	114
		Recuento esperado	53,0	61,0	114,0
		% del total	46,5%	53,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de sistematización de la ficha clínica.

$$X^2 = 15.192$$

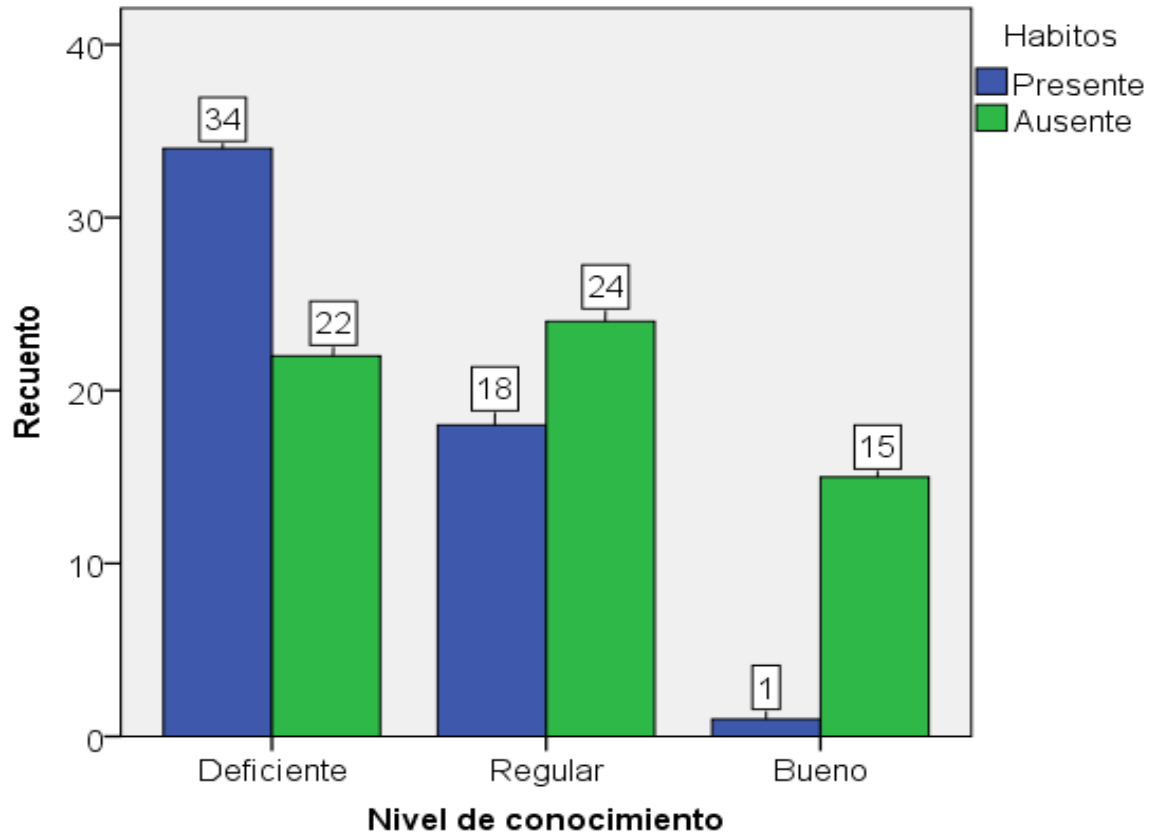
$$P \text{ valor} = 0.000502$$

$$\text{Coeficiente de contingencia } C = 0,343$$

En la tabla de contingencia se aprecia la distribución de pacientes con y sin presencia de hábitos bucales de acuerdo al nivel de conocimiento de los padres encuestados. Se puede observar que a mejor nivel de conocimientos existe menor prevalencia de hábitos bucales ($P < 0.05$) y viceversa. El coeficiente de contingencia (0.343) muestra una asociación débil entre ambas variables.

FIGURA N° 13

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE HÁBITOS BUCALES
DELETÉREOS Y PREVALENCIA



2. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento de los padres de pacientes pediátricos y relacionarlo con la prevalencia de hábitos bucales deletéreos, se encontró un nivel de conocimientos predominantemente deficiente (50%), dichos resultados no concuerdan con los hallazgos de Mendoza (2018), el cuál encontró que el nivel de conocimientos en las madres limeñas fue predominantemente regular (53.1%), ni con los de Bardález (2018), quien también encontró un nivel de conocimientos predominantemente regular (57%) en madres limeñas.

Según la estadística inferencial se encontró asociación entre ambas variables ($p < 0.05$) y una fuerza de asociación débil (0.343), dichos resultados coinciden con los encontrados por Aparcana (2013), quien encontró relación positiva ($p < 0.05$) con una fuerza de asociación débil entre las variables nivel de conocimientos de hábitos bucales deformantes y nivel de conocimientos (test de 14 ítems), identificando también un nivel de conocimientos mayormente deficiente (93.95%) en padres de Tacna.

En cuanto a la prevalencia de los hábitos bucales deletéreos, se encontró con mayor frecuencia la onicofagia (24.56%), siendo más prevalente en el sexo femenino y en el grupo de edad de 8 años, esto concuerda con los hallazgos de Zapata, Lavado y Anchelia (2015), quienes encontraron la onicofagia como habito más prevalente (25.3%) en una población de niños de 6 a 12 años de Lima; de igual forma concuerdan con los hallazgos de Gamboa (43) quien encontró mayor prevalencia en la onicofagia (28.9%) en niños entre 6 y 12 años de Lima. Concuerda también con los hallazgos de Tipan (35) quien determino que el hábito más frecuente de su población fue la onicofagia (34.33%) en niñas entre 3 y 5 años de Ecuador. No concuerda con los hallazgos de Anila, Dhanya, Thomas, y colaboradores (2018) quienes encontraron que el hábito más frecuente fue la respiración bucal (29.4%) en niños entre 4 y 13 años de la India, de igual forma Chamorro, García, Mejía y colaboradores (2016) concluyeron que el hábito respiración bucal fue el más frecuente (36%) en niños entre 5 y 12 años de Colombia.

En cuanto a la prevalencia de maloclusiones, el presente estudio encontró más frecuencia de pacientes con maloclusión molar de clase I sin mordida cruzada anterior (72.81%) en el plano sagital o antero posterior, en el plano vertical y transversal se encontró mayor frecuencia de pacientes con normoclusión (54.39% y 79.82% respectivamente). Estos

resultados concuerdan con los hallazgos de Zapata, Lavado y Anchelia (2015) quienes encontraron predominancia en la clase I (71.74%), de igual forma coincide con Gamboa (2018) quien encontró que la maloclusión predominante fue la clase I (41.6%).



CONCLUSIONES

PRIMERA.

Existe una relación positiva entre el nivel de conocimientos de padres y hábitos bucales deletéreos de pacientes entre 5 a 13 años que acuden al servicio de pediatría de la clínica San Juan de Dios.

SEGUNDA.

El nivel de conocimiento general sobre de los padres sobre hábitos bucales fue predominantemente deficiente (50%), sin embargo, el conocimiento en la categoría prevención fue predominantemente regular (60.4%).

TERCERA.

Los hábitos bucales deletéreos fueron más prevalentes en el sexo femenino y en el grupo de edad de 8 años.

CUARTA.

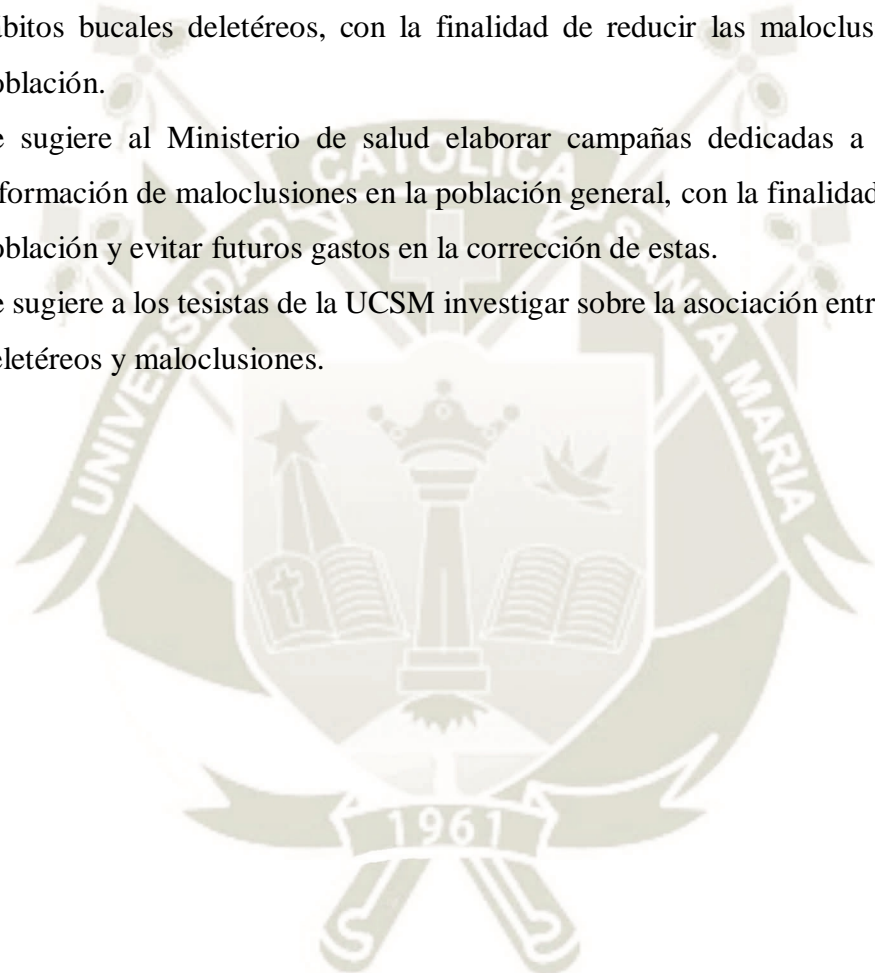
El presente estudio concluye que la maloclusión predominante fue la clase I en el plano sagital (72.81%), en el plano vertical y transversal la normoclusión (54.79% y 79.82% respectivamente).

QUINTA.

Con un P valor de 0.000502, se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa. Es importante también indicar que el coeficiente de contingencia (0.343) indica una asociación débil entre las variables.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a los nuevos tesisistas realizar investigación sobre la epidemiología de los hábitos bucales deletéreos en la ciudad de Arequipa, con la finalidad de actualizar estos datos en la región.
2. Se sugiere ahondar en investigación a nivel experimental y aplicativo sobre el tema de hábitos bucales deletéreos, con la finalidad de reducir las maloclusiones en nuestra población.
3. Se sugiere al Ministerio de salud elaborar campañas dedicadas a la prevención e información de maloclusiones en la población general, con la finalidad de informar a la población y evitar futuros gastos en la corrección de estas.
4. Se sugiere a los tesisistas de la UCSM investigar sobre la asociación entre hábitos bucales deletéreos y maloclusiones.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguila F. Tratado de Ortodoncia y práctica. Primera edición. Venezuela. Editorial Amolca; 2000.
2. Lugo C, Toyo I. Hábitos no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. [Internet]. Revista Latinoamericana de Ortodoncia. Ortodoncia ws edición electrónica marzo 2011. [Consultado el 19/07/2020]. Disponible en: <http://files.fonortodoncia.webnode.cl/200000036-63c3164bdb/art5.pdf>
3. Kumar V, Shivanna V & Kopuri RC. Knowledge and attitude of pediatricians toward digit sucking habit in children. [Internet]. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2019. [Consultado el 19/07/2020]. 37(1): p.18-24. Disponible en: <https://www.jisppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2019;volume=37;issue=1;spage=18;epage=24;aulast=Kumar>
4. Paolantonio EG, Ludovici N, Saccomanno S, et al. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. [Internet] European journal of paediatric dentistry. 2019. [Consultado el 19/07/2020]. 20(3): 204-208. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/31489819>
5. Rodríguez NY & Montero JM. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico " Máximo Gómez". [Internet]. Correo científico médico de Holguín. 2017. [Consultado el 19/07/2020]. 21(2): 456-467. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72550>
6. Vinardell LM, Pérez LA, Leal MI, y col. Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de preescolar. [Internet]. Convención Internacional de Salud, Cuba. 2018. [Consultado el 19/07/2020]. Disponible en: <http://edumedholguin2019.sld.cu/index.php/2019/2019/paper/view/43>
7. Tang H, Liu Q, Lin, JH, et al. Three-dimensional morphological analysis of the palate of mouth-breathing children in mixed dentition. [Internet]. West China journal of stomatology. 2019. [Consultado el 19/07/2020] 37(4): p. 389-393. Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc7030277>
8. Grippaudo, C, Paolantonio EG, Antonini, G, et al. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. [Internet] Acta Otorhinolaryngologica Italica. 2016. [Consultado el 19/07/2020]. 36(5): 386. Disponible en:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5225794/>
9. Espinosa SD. Relación entre respiración bucal y desempeño escolar en niños de 6 a 10 años semestre B 2019 de la UCSG. [Internet]. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Odontóloga. Facultad de ciencias médicas, carrera de odontología. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil 2020. [Consultado el 19/07/2020]. Disponible en: <http://192.188.52.94:8080/handle/3317/14246>
 10. España PD. Respiración bucal y maloclusión dentaria en niños de 6 a 10 años. [Internet] Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontólogo. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología 2019. [Consultado el 19/07/2020] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44166>
 11. Rivera NR, Zafra DS, Ramírez YG. Y col. Actualización sobre Síndrome de respirador bucal. [Internet]. Revista Información Científica. 2007. [Consultado el 19/07/2020]. 54(2). Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1410>
 12. Marmouset F, Hammoudi K, Bobillier C, et al. Fisiología de la deglución normal. [Internet]. EMC-Otorrinolaringología. 2015. [Consultado el 20/07/2020]. 44(3): 1-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1632347515727529>
 13. Pietro FB. Froggy mouth: a new myofunctional approach to atypical swallowing [Internet]. European Journal of Paediatric Dentistry. 2019. [Consultado el 20/07/2020]. 20: 33. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ettore_Candida/publication/332092928_Froggy_mouth_A_new_myofunctional_approach_to_atypical_swallowing/links/5d9e4919a6fdcc04fac5e2ae/Froggy-mouth-A-new-myofunctional-approach-to-atypical-swallowing.pdf
 14. Begnoni G, Dellavia C & Willems G. Cephalometric traits in children and adolescents with and without atypical swallowing: A retrospective study. [Internet]. European Journal of Paediatric Dentistry. 2020. [Consultado el 20/07/2020]. 21(1): 46-52. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/32183528>
 15. Marouane O, Ghorbel M, Nahdi M, et al. New approach to managing onychophagia. [Internet]. Case reports in dentistry. 2016. [Consultado el 20/07/2020]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crid/2016/5475462/>.
 16. Guarnizo S, Mestre J, Ramos K, et al. Prevalencia de hábitos para funcionales y

- maloclusiones en escolares de 5 a 13 años de una institución educativa de la ciudad de Cartagena. [Internet]. Tesis doctoral Universidad de Cartagena. Colombia 2017. [Consultado el 20/07/2020]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/7107/PR%20OYECTO%20HABITOS%20Y%20MALOCLUSIONES.pdf?sequence=1>
17. Mendoza F. Conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Internet]. Tesis bachiller, Facultad de Odontología. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2018. [Consultado el 20/07/2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9515>
 18. Traebert E, Zanini F, Nunes RD, et al. Nutritional and non-nutritional habits and occurrence of malocclusions in the mixed dentition. [Internet]. Anais da Academia Brasileira de Ciências. 2020. [Consultado el 20/07/2020]. 92(1). Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0001-37652020000100906&script=sci_abstract&tlng=pt
 19. Keshav K & Tabita JC. Incidence of different deleterious oral habits in school going children from Darbhanga District. Bihar. [Internet]. International Journal of Medical and Biomedical Studies. 2020. [Consultado el 20/07/2020]. 4(1): 275-280. Disponible en: <https://www.ijmbs.info/index.php/ijmbs/article/view/991>
 20. Vellini F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. 1era edición. São Paulo. EDITORIAL ARTES MÉDICAS. LTDA. 2002.
 21. Aliaga JU. Prevención de maloclusiones en odontopediatría desde el nacimiento. [Internet]. Programa de titulación profesional facultad de estomatología. Lima – Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega 2017. [Consultado el 20/07/2020]. Disponible en: <http://168.121.45.184/handle/20.500.11818/1505>
 22. MINSA. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. [Internet] Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la salud. 2017. [Consultado el 20/07/2020] pp. 25-26. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>.
 23. Fuguet JR, Betancourt AI, Ochoa L, y col. Influencia de la lactancia materna en la

- prevención de hábitos bucales deformantes. [Internet]. Revista Médica Electrónica. 2014. [Consultado el 20/07/2020]. 36(5): 561-571.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000500004&script=sci_arttext&tlng=en
24. Dev S, Pal A, Zahir S, et al. A fixed intraoral nail biting habit-breaker appliance: A case report of a novel approach to prevent onychophagia. [Internet]. Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects. 2019. [Consultado el 20/07/2020]. 13(3): 172
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6904911/>
25. Suárez L, Castillo R, Brito RD, y col. Oclusión dentaria en pacientes con maloclusiones generales: asociación con el estado funcional del sistema estomatognático. [Internet]. Medicentro Electrónica. 2018. [Consultado el 20/07/2020]. 22(1): 53-63.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432018000100007&script=sci_arttext&tlng=en
26. Graber T. Ortodoncia teoría y práctica. Tercera edición. España. Editorial INTERAMERICANA. 1974.
27. Morales FJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. [Internet]. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2007. [Consultado el 20/07/2020]. 64(3): 97-109. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-475031>
28. Fonseca Y, Fernández E, & Cruañas AM. Mordida abierta anterior. [Internet]. Revista habanera de Ciencias médicas. 2014 [Consultado el 21/07/2020]. 13(4):509-515.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000400003
29. Hernandez AL. Intrusión anterior con microimplantes para la corrección de mordida profunda. [Internet]. Tesis para optar el grado de especialista en ortodoncia. Ciudad de México - México. Facultad de odontología, división de estudios de posgrado e investigación, Universidad Nacional Autónoma de México, 2017. [Consultado el 21/07/2021]. Disponible en :
http://www.odonto.unam.mx/~ivan_drupal/odonto/sites/default/files/inline-files/Trabajo%20final%20diplomado%20any_0.pdf

30. Tzanidis N, Antonarakis GS & Kiliaridis S. Functional changes after early treatment of unilateral posterior cross-bite associated with mandibular shift: a systematic review. [Internet]. Journal of Oral Rehabilitation. 2016. [Consultado el 21/07/2020]. 43(1): 59-68. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/joor.12335>
31. Paz MA. Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Hanodmani “San Bartolomé” MINSA 2014. [Internet]. Tesis de bachiller. Facultad de Odontología. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015. [Consultado el 21/07/2021]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4277>
32. Martínez AU. Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. [Internet]. CIENCIA ergo-sum. 2017. [Consultado el 21/07/2020]. 24(1): 83-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888348>
33. Manresa L, Silva G, Zabala I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños entre 6 y 11 años. [Internet]. Revista Progaleno. 2019. [Consultado el 21/07/2021]. 2(3):164-174. Disponible en: <http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/128>
34. Zakirulla M, Alshehri AD, Hudaybi AH, et al. Oral Habits: Prevalence and Effects on Occlusion Among 7 to 13 Years Old School Children in Aseer, Saudi Arabia. [Internet]. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2020. [Consultado el 21/07/2020]. 20: 0005. Disponible en: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/5635>
35. Tipan, S.J. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre hábitos perniciosos en la cavidad bucal, en niños de 3 a 5 años de la institución educativa particular “Santa Paula” de la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, en el periodo noviembre 2017- diciembre 2017. [Internet] Proyecto de investigación previo a la obtención del título académico de odontóloga. Quito- Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de odontología, Unidad de investigación, titulación y graduación 2018. [Consultado el 21/07/2020] Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15364>
36. Paolantonio EG, Ludovici N, Saccomanno S, et al. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. [Internet] European journal

- of paediatric dentistry. 2019. [Consultado el 21/07/2020]. 20(3): 204- 208.
Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/31489819>
37. Agrawal S, Koirala B, Dali M, et al. Prevalence of Oral Habits of Schoolchildren in the Mixed Dentition in Dharan, Nepal. [Internet]. Journal of Dentistry for Children. 2019. [Consultado el 21/07/2020] 86(2): 88-92. Disponible en:
<https://www.ingentaconnect.com/content/aapd/jodc/2019/00000086/00000002/art00005>
38. Anila S, Dhanya RS, Thomas AA, et al. Prevalence of oral habits among 4–13-Year-Old children in Central Kerala, India. [Internet]. Journal of Natural Science, Biology and Medicine. 2018. [Consultado el 21/07/2020]. 9(2): 207-210. Disponible en:
<https://www.jnsbm.org/article.asp?issn=0976-9668;year=2018;volume=9;issue=2;spage=207;epage=210;aulast=Anila>
39. Chamorro AF, García C, Mejía E, y col. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. [Internet]. Revista CES Odontología. 2016. [Consultado el 21/07/2020]. 29(2): 4. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759180>
40. Bardález SK. efectividad de la aplicación del programa educativo “más que sonrisas” sobre el nivel de conocimiento de hábitos bucales deformantes dirigidos a padres de escolares de educación primaria de la I.E. Almirante Miguel Grau Seminario en el año 2018”. [Internet]. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Lima-Perú Facultad de estomatología, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018. [Consultado el 21/07/2020]
Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3555>
41. Mendoza F. Conocimiento y actitud acerca de la influencia que ejercen los hábitos orales nocivos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Internet]. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima-Perú. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2018. [Consultado el 22/07/2020]
Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9515>
42. Zapata M, Lavado A & Anhelía S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. [Internet]. Revista Kiru, 2015. [Consultado el 22/07/2020].11(1):16-24. Disponible en:

- <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/download/143/121>
43. Gamboa L.L., Hábitos orales deletéreos asociados con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la I.E.P. 9 de diciembre. [Internet]. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista. Lima-Perú. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Federico Villareal, 2018. [Consultado el 22/07/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2596>
44. Aparcana JA. Conocimiento de los padres sobre hábitos bucales deformantes y trauma dentales asociados a las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad de la I.E. Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico del distrito de Tacna, 2012. [Internet]. Tesis para optar el grado académico de Maestro en ciencias (Magister scientiae) con mención en salud pública. Tacna-Perú. Escuela de postgrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2013. [Consultado el 22/07/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/637>
45. Rodríguez LH. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017. [Internet]. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima-Perú. Facultad de odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017. [Consultado el 22/07/2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/7908>

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE PREGUNTAS (17).

Ficha n°:

Cuestionario de conocimiento.

I. Datos generales. Llene los espacios en blanco. Sea sincero(a) con sus respuestas

Edad: _____

Edad de su menor hijo(a): _____ Sexo: _____

Grado de instrucción (de ser superior, indique que profesión tiene usted): _____

¿Su hijo(a) sufre de alguna enfermedad hereditaria o padece de algún mal que comprometa su vida?: _____

¿Asiste usted regularmente al dentista?: _____

¿Actualmente está usted recibiendo algún tratamiento dental? (de ser afirmativo, indique que tratamiento recibe): _____

¿Su hijo(a) está recibiendo o ha recibido algún tratamiento dental? (de ser afirmativo, indique que tratamiento recibe): _____

¿Cuánto tiempo le dio pecho a su hijo(a)?: _____

¿Su hijo utilizo chupete o chupón o succiona objetos? Si es así, indique desde edad y cuando dejo de utilizarlo o si lo sigue utilizando.

¿Su hijo(a) utilizó biberón?, si es así, indique desde que edad y cuando dejo de utilizarlo o si lo sigue utilizando.

II. Preguntas sobre hábitos bucales deletéreos.

A continuación, se le presentará una serie de preguntas, marque con una “x” la respuesta que usted considere correcta, de no saber, marque “no sé”. **Considere “constantemente” como que los hábitos se realizan varias veces al día por varios meses.** Recuerde que no hay respuestas incorrectas.

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 considerado 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 callo en los dedos
 - 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(a) 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. De la siguiente imagen, ¿cuál es su opinión?



- a. Es una postura correcta para estudiar, concentrarse o prestar atención
- b. Es una postura inofensiva
- c. Es un hábito dañino de postura, que si se practica constantemente, podría perjudicar el posicionamiento de sus

- dientes
- d. No sé qué opinar
6. Que podría ocurrir si su hijo(a) no puede pasar los alimentos de manera normal, sino que lo hace colocando la lengua entre los dientes constantemente:
- El paladar se vuelve más chico de lo normal
 - Los dientes de adelante no contactarían y quedarían abiertos o separados
 - Solo heridas en la lengua
 - No sé.
7. “Chuparse el dedo” constantemente podría producir:
- Que los dientes de adelante queden abiertos o separados
 - Nada, la boca se desarrolla normalmente
 - Que el paladar se vuelva más grande en sentido lateral
 - No sé
8. Morder objetos duros, como un lapicero, constantemente, podría producir:
- Solo heridas en el labio
 - Que su paladar se vuelva angosto y profundo
 - Que los dientes con los que muerde estén “chuecos” o más metido que el otro
 - No sé
9. Respirar por la boca constantemente, podría producir:
- No produce ninguna alteración
 - Que el paladar se vuelva angosto
 - Que el paladar se vuelva ancho y plano
 - No sé
10. Qué habito nocivo podríamos evitar dándole lactancia materna exclusiva durante los primeros 06 meses de vida y no usando mucho el biberón:
- Evitaríamos que pase los alimentos anormalmente (deglución atípica)
 - Chuparse el dedo
 - Malas posturas de cabeza
 - No sé
11. En caso su esposa (si usted es hombre)/ Si en caso no pudiera amamantar (si usted es mujer) y utiliza biberón de todas

maneras, la tetina debería ser (marque con una x):



12. ¿Cuál es la mejor manera de prevenir que su hijo(a) desarrolle el hábito de morder objetos?
- Colocando cremas picantes en los objetos
 - Castigándolo para que no lo vuelva a hacer
 - Creando un ambiente familiar emocionalmente saludable
 - No sé
13. Qué medidas tomaría si ve que su hijo(a) comienza a respirar por la boca constantemente:
- Solo hablarle desde pequeño diciéndole que está mal.
 - Llevarlo al médico especialista para que le revise la nariz y garganta
 - Solo cuidarlo de los resfriados
 - No sé
14. ¿Qué haría usted si nota que su hijo(a) constantemente se queda dormido con el rostro apoyado sobre la mano o antebrazo?
- Trataría con conversar sobre esto con el odontólogo
 - Hablaría con mi hijo para que ya no realice más este acto
 - Consideraría algo normal el que se quede dormido así
 - No haría nada

III. BAREMO.

Respuestas correctas.

- | | |
|------|------------------------------------|
| 1. a | 8. c |
| 2. b | 9. b |
| 3. c | 10. a |
| 4. c | 11. La última tetina de la derecha |
| 5. c | 12. c |
| 6. b | 13. b |
| 7. a | 14. a |

**ANEXO 2: FICHA PARA LA EVALUACIÓN DE HÁBITOS BUCALES
DELETÉREOS (45).**

Ficha N°:

Maloclusión dentaria	Rasgos clínicos, presencia (P) o ausencia (A)	
1. Tipo de maloclusión dentaria vertical	Mordida profunda anterior	
	Mordida abierta anterior	
	Mordida abierta posterior	
	Bis-Bis	
	Normoclusión	
	No registra	
2. Tipo de maloclusión dentaria transversal	Mordida cruzada posterior uni/bilateral	
	Bis-Bis	
	Normoclusión	
3. Tipo de maloclusión dentaria sagital	Molar clase I sin mordida cruzada anterior	
	Molar clase I con mordida cruzada anterior	
	Molar clase II división 1	
	Molar clase II división 2	
	Molar clase III sin mordida cruzada anterior	
	Molar clase III con mordida cruzada anterior	
	No registra	

HABITOS DELETEREOS	Rasgos clínicos, presencia (p) o ausencia (A)	
1. Deglución	Normal	
	Atípica interposición lingual	
	Atípica interposición labial	
2. Fagia	Onicofagia	
	Queilofagia	
3. Succión	Digital	
	Labial	
	Biberón/chupón/objetos	
4. Respiración	Nasal	
	Bucal	
	mixta	
5. Postura	Registra (mordida cruzada posterior unilateral, sin desvío de la línea media)	
	No registra	

ANEXO 3: PRUEBA PILOTO Y FIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO CUESTIONARIO

N°	ITEMS														Total	
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14		
1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5	
2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4	
3	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	7	
4	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
5	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	
7	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3	
8	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	7	
9	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	4	
10	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	6	
11	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	
12	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	6	
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	
14	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	8	
15	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	8	
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	
17	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	7	
18	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	5	
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13	
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	
22	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11	
23	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	9	
24	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
25	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	10	
P	0.48	0.36	0.56	0.48	0.44	0.32	0.64	0.72	0.48	0.6	0.52	0.68	0.84	0.36	Vt	12.7566667
q=(1-p)	0.52	0.64	0.44	0.52	0.56	0.68	0.36	0.28	0.52	0.4	0.48	0.32	0.16	0.64		
Pq	0.25	0.23	0.25	0.25	0.25	0.22	0.23	0.20	0.25	0.24	0.25	0.22	0.13	0.23		3.19
$KR(20) = \frac{n}{n-1} \times \frac{v_t - \sum pq}{v_t}$																
KR(20) =	1.07692308 *		0.74965247													
KR(20) =	0.81															

Prueba de fiabilidad Kuder Richardson KR(20) = 0.81

Donde:

n= total de ítems

p= probabilidad de acierto

q= complemento de p

Vt= varianza total

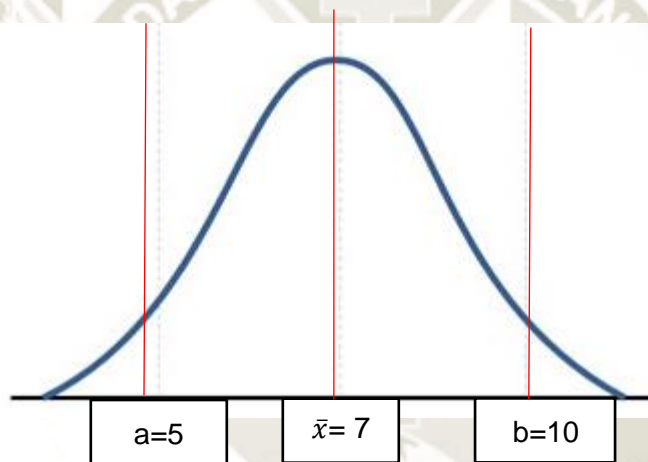
ANEXO 4: ESCALA DE ESTANONES

APLICACIÓN DE ESCALA DE STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS DEL CONOCIMIENTO

El instrumento que corresponde a los conocimientos está conformado por 14 ítems con escala dicotómica de 0 y 1, equivalente a respuesta incorrecta y respuesta correcta respectivamente.

Para la clasificación del nivel de conocimiento de los padres sobre hábitos bucales se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante de 0.75 por medio del siguiente procedimiento:

- Se calculó el promedio: 7.44
- Desviación estándar: 3.57
- Se establecieron los valores de “a y b” \bar{x}



$$a = 7.44 - 0.75(3.57) = 4.76$$

$$b = 7.44 + 0.75(3.57) = 10.12$$

CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO.

Conocimiento bueno: mayor a 10 = 11 – 14.

Conocimiento regular: igual a 5 y 10 = 5 – 10.

Conocimiento deficiente: menor a 5 = 0 – 4.

ANEXO 5: PERMISO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



CLÍNICA
San Juan de Dios
AREQUIPA | PERÚ

Clínica San Juan de Dios
Av. Ejército N° 1020 - Cayma Arequipa - Perú
Teléfono: +51 382400 - Fax: +51 255616
clinicajd@sanjuandediosarequipa.com
www.sanjuandediosarequipa.com

Carta Nro 175-2020-DM- HCSJD-AQP

Arequipa, 27 de noviembre del 2020

Señor
Jairo Jhoel Molina Quispe
Presente. -

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente reciba usted un cordial saludo y a la vez dar **RESPUESTA POSITIVA** a la solicitud de permiso para aplicar el trabajo de investigación "NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE PADRES SOBRE HABITOS BUCALES DELETEREOS EN RELACION A SU PREVALENCIA EN PACIENTES ENTRE LOS 5 Y 13 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA PEDIATRICA CLINICA SAN JUAN DE DIOS – AREQUIPA 2020.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. Pedro Emilio Alcázar Zuzunaga
Director Médico

ANEXO 6: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN PARA ENCUESTA

N°	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	TOTAL
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	4
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3
3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4
5	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	5
6	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	10
7	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	5
8	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	6
9	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
10	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	10
11	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4
12	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4
13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
14	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	6
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
16	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	4
17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
18	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4
19	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	11
20	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	5
21	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	6
22	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	4
23	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	7
24	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4
25	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	5
26	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	4
27	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	5
28	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3
29	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	5
30	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
31	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	6
32	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
33	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
34	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11
35	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4
36	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
37	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4
38	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	4
39	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3

40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4
41	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	11
42	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3
43	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4
44	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4
45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
46	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4
47	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
48	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	6
49	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12
50	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4
51	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	6
52	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
53	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6
54	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	10
55	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	3
56	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	12
58	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4
59	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3
60	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3
61	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	8
62	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10
63	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	9
64	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8
65	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4
66	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12
67	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	7
68	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	7
69	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	12
70	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4
71	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4
72	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	7
73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13
74	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	9
75	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4
76	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	7
77	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	9
78	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	7
79	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	4
80	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4

81	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	11
82	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11
83	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	5
84	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	7
85	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
86	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4
87	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11
88	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	6
89	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	4
90	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	10
91	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
92	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	8
93	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	8
94	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	11
95	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	7
96	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	6
97	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3
98	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4
99	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	4
100	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	6
101	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	5
102	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4
103	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4
104	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	11
105	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	7
106	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4
107	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	8
108	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4
109	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	8
110	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	11
111	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11
112	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	8
113	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4
114	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4

ANEXO 7: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN FICHA CLÍNICA, HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS

			DEGLUCIÓN			FAGIA		SUCCIÓN			RESPIRACIÓN			POSTURA	
N°	Sexo	Edad	NORMAL	ATÍPICA CON INTERPOSICIÓN LINGUAL	ATÍPICA CON INTERPOSICIÓN LABIAL	ÓNICO-FAGIA	QUEILO-FAGIA	DIGITAL	BIBERON / CHUPÓN / OBJETOS	LABIAL	NASAL	BUCAL	MIXTA	MORDIDA CRUZADA POSTERIOR UNILATERAL, SIN DESVIO DE LA LÍNEA MEDIA	NO REGISTRA
1	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
2	F	10	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
3	F	9	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
4	F	8	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
5	F	8	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
6	M	8	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
7	M	8	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
8	F	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
9	M	10	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
10	F	12	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
11	F	10	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
12	F	8	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
13	F	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
14	F	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
15	F	9	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
16	F	6	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
17	F	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
18	M	5	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
19	M	12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
20	M	8	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
21	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

22	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
23	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
24	M	6	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1
25	M	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
26	M	8	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
27	M	7	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
28	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
29	F	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
30	F	8	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
31	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
32	F	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
33	M	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
34	F	12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
35	M	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
36	M	10	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
37	F	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
38	F	12	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
39	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
40	M	9	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
41	M	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
42	M	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
43	F	9	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
44	F	9	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
45	F	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
46	F	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
47	M	5	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
48	F	12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
49	M	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

50	F	7	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
51	F	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
52	M	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
53	M	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
54	F	7	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
55	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
56	M	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
57	F	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
58	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
59	M	8	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
60	F	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
61	F	10	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
62	M	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
63	M	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
64	M	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
65	F	9	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
66	F	12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
67	F	8	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
68	M	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
69	M	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
70	F	13	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
71	M	13	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
72	F	12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
73	F	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
74	M	7	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
75	M	6	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1
76	F	13	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
77	M	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

78	M	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
79	F	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
80	M	13	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
81	M	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
82	F	13	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
83	F	7	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
84	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
85	M	7	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
86	F	10	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
87	M	13	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
88	F	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
89	F	9	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
90	F	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
91	F	12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
92	M	8	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
93	M	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
94	F	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
95	M	6	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
96	M	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
97	F	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
98	F	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
99	F	13	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
100	M	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
101	M	11	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
102	F	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
103	F	6	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1
104	M	11	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

10 5	M	9	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
10 6	F	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
10 7	F	11	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
10 8	M	13	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
10 9	F	6	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
11 0	F	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
11 1	M	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
11 2	F	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
11 3	F	13	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
11 4	M	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1



ANEXO 7 CONTINUACIÓN

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN PARA FICHA CLÍNICA: MALOCLUSIONES

N°	Sexo	Edad	MORDIDA PROFUNDA ANTERIOR	MORDIDA ABIERTA ANTERIOR	MORDIDA ABERTA POSTERIOR	BIS-BIS	NORMOCCLUSIÓN	NO REGISTRA	MORDIDA CRUZADA POSTERIOR UNI/BILATERAL	BIS-BIS	NORMOCCLUSIÓN	MOLAR CLASE I SIN MORDIDA CRUZADA	MOLAR CLASE I CON MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	MOLAR CLASE II DIVISION 1	MOLAR CLASE II DIVISION 2	MOLAR CLASE III SIN MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	MOLAR CLASE III CON MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	NO REGISTRADA
1	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2	F	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
3	F	9	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
4	F	8	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
5	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
6	M	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
7	M	8	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
8	F	6	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
9	M	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
10	F	12	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
11	F	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
12	F	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
13	F	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
14	F	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
15	F	9	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
16	F	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
17	F	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
18	M	5	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0

19	M	12	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
20	M	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
21	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
22	F	8	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
23	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
24	M	6	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
25	M	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
26	M	8	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
27	M	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
28	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
29	F	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
30	F	8	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
31	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
32	F	7	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
33	M	6	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
34	F	12	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
35	M	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
36	M	10	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
37	F	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
38	F	12	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
39	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
40	M	9	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
41	M	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
42	M	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
43	F	9	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
44	F	9	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
45	F	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
46	F	11	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0

47	M	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
48	F	12	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
49	M	8	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
50	F	7	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
51	F	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
52	M	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
53	M	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
54	F	7	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
55	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
56	M	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
57	F	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
58	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
59	M	8	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
60	F	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
61	F	10	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
62	M	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
63	M	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
64	M	7	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
65	F	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
66	F	12	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
67	F	8	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
68	M	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
69	M	10	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
70	F	13	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
71	M	13	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
72	F	12	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
73	F	9	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
74	M	7	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0

75	M	6	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
76	F	13	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
77	M	5	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
78	M	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
79	F	12	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
80	M	13	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
81	M	9	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
82	F	13	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
83	F	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
84	F	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
85	M	7	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
86	F	10	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
87	M	13	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
88	F	6	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
89	F	9	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
90	F	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
91	F	12	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
92	M	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
93	M	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
94	F	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
95	M	6	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
96	M	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
97	F	6	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
98	F	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
99	F	13	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
100	M	8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
101	M	11	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0

10 2	F	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
10 3	F	6	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
10 4	M	11	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
10 5	M	9	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
10 6	F	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
10 7	F	11	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
10 8	M	13	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
10 9	F	6	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
11 0	F	12	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
11 1	M	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
11 2	F	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
11 3	F	13	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
11 4	M	12	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0



ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ficha de consentimiento informado:

Yo _____, con DNI _____,
en pleno uso de mis facultades mentales, libremente declaro que:

1. He sido debidamente informada para participar de manera voluntaria en el presente estudio para informarme sobre el estado de salud dental de mi hijo(a)
2. Se me ha informado que se me realizara un cuestionario sobre la salud dental de mi hijo(a), todo esto parte de la recolección de datos y no constituye ningún tipo de riesgo para mí o para mi menor hijo.
3. Autorizo que se le realice el examen bucal a mi menor hijo(a) con la finalidad de informarme sobre su estado de salud bucal
4. Si tengo alguna duda sobre el estudio, puedo hacer preguntas e cualquier momento sobre mi participación o la de mi menor hijo en él, de igual forma puedo retirarme en cualquier momento si es que me siento incómodo.
5. Se me ha informado sobre los beneficios inmediatos y futuros al someter a mi menor hijo(a) a este examen.
6. Toda información que se usara en el presente estudio es totalmente confidencial y no se usara para ningún otro motivo fuera de la investigación.
7. Por tal motivo acepto participar en el presente trabajo de investigación, comprometiéndome a colaborar con el investigador.

Firma del padre participante

Firma del investigador
C.D. Jairo Jhoel Molina Quispe.
DNI 73378407

ANEXO 9: PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Niveldeconocimiento * Habitos	114	100,0%	0	0,0%	114	100,0%

Niveldeconocimiento*Habitos tabulación cruzada

			Habitos		Total
			Presente	Ausente	
Niveldeconocimiento	Deficiente	Recuento	34	22	56
		Recuento esperado	26,0	30,0	56,0
		% del total	29,8%	19,3%	49,1%
	Regular	Recuento	18	24	42
		Recuento esperado	19,5	22,5	42,0
		% del total	15,8%	21,1%	36,8%
	Bueno	Recuento	1	15	16
		Recuento esperado	7,4	8,6	16,0
		% del total	0,9%	13,2%	14,0%
Total	Recuento	53	61	114	
	Recuento esperado	53,0	61,0	114,0	
	% del total	46,5%	53,5%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,192 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	17,589	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,261	1	,000
N de casos válidos	114		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,44.

Medidas simétricas

		Valor	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,343	,001
N de casos válidos		114	

ANEXO 10: TÉCNICA DE MUESTREO ALEATORIO PARA ESTIMACIÓN DE FRECUENCIAS CON MARCO MUESTRAL DESCONOCIDO

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I) = 0.05

Nivel de confianza $1 - \alpha/2 = 0.975$

Z de $(1 - \alpha/2) = 1.960$

Prevalencia de la enfermedad (p) = 0.92 Rodríguez (45)

Complemento de p (q) = 0.08

Precisión (d) = 0.05

Tamaño de la muestra n = 113.09

Tamaño de la muestra n = 114

ANEXO 11: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

EVALUACIÓN POR JUECES.



Marque con una "x" si los reactivos cumplen o no con los criterios evaluados.

Dimensiones o dominios	Suficiencia ¹		Pertinencia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Si	No	Si	No	Si	No	
1era Categoría: Conocimientos sobre hábitos bucales deletéreos							
Ítem N° 1	✓		✓		✓		
Ítem N° 2	✓		✓		✓		
Ítem N° 3	✓		✓		✓		
Ítem N° 4	✓		✓		✓		
Ítem N° 5	✓		✓		✓		
2da categoría: consecuencia de las maloclusiones por hábitos orales deletéreos							
Ítem N° 1	✓		✓		✓		
Ítem N° 2	✓		✓		✓		
Ítem N° 3	✓		✓		✓		
Ítem N° 4	✓		✓		✓		
3ra categoría: prevención de hábitos bucales deletéreos							
Ítem N° 1	✓		✓		✓		
Ítem N° 2	✓		✓		✓		
Ítem N° 3	✓		✓		✓		
Ítem N° 4	✓		✓		✓		
Ítem N° 5	✓		✓		✓		

¹Suficiencia: el reactivo comprende todos los aspectos del concepto

²Pertinencia: El reactivo mide lo que tiene que medir

³Claridad: Esta formulado con lenguaje apropiado y específico para la población designada



Dr. Alberto Figueroa Banda
 ODONTOPEDIATRA
 R.N.E. 100

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.



Yo, Sr(a) C.D. Especialista Alberto Figueroa Banda identificado con el DNI N° 30862017
COP N° 8322 Código de Exp: 100

Por medio de la presente, hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento: Cuestionario de nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deletéreos en padres de pacientes de 5 a 13 años que asisten a la consulta externa de pediatría de la clínica San Juan de Dios, Arequipa 2020 – 2021, a efectos de su aplicación a los padres que asisten a dicha clínica.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones. (Marque con una "X" en SI o NO en cada criterio según su opinión).

N°	Criterios	Si	No	Observaciones
1	El instrumento recopila la información que dará respuesta al problema planteado de la investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Se descompone adecuadamente variables e indicadores.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	La estructura es compatible con la operacionalización de las variables	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Los reactivos del instrumento son claros y entendibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	El número de reactivos es el adecuado para la aplicación del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Existe coherencia en el orden y agrupación de los reactivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Concluyendo que el instrumento es: () Aplicable o () No aplicable


FIRMA Y SELLO DEL
EVALUADOR
 Dr. Alberto Figueroa Banda
ODONTOPEDIATRA
R.N.E. 100

EVALUACIÓN POR JUECES.

Marque con una "x" si los reactivos cumplen o no con los criterios evaluados.

Dimensiones o dominios	Suficiencia ¹		Pertinencia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Si	No	Si	No	Si	No	
1era Categoría: Conocimientos sobre hábitos bucales deletéreos							
Ítem N° 1	x		x		x		
Ítem N° 2	x		x		x		
Ítem N° 3	x		x		x		
Ítem N° 4	x		x		x		
Ítem N° 5	x		x		x		
2da categoría: consecuencia de las maloclusiones por hábitos orales deletéreos							
Ítem N° 1	x		x		x		
Ítem N° 2	x		x		x		
Ítem N° 3	x		x		x		
Ítem N° 4	x		x		x		
3ra categoría: prevención de hábitos bucales deletéreos							
Ítem N° 1	x		x		x		

Ítem N° 2	x		x		x		
Ítem N° 3	x		x		x		
Ítem N° 4	x		x		x		
Ítem N° 5	x		x		x		

¹Suficiencia: el reactivo comprende todos los aspectos del concepto

² Pertinencia: El reactivo mide lo que tiene que medir

³ Claridad: Esta formulado con lenguaje apropiado y específico para la población designada

MEDICIDENT

 C.D. Jesús Valdivia Huerta
 MÁSTER ORTODONCIA Y ORTOPEDIA
 MAJLQ - FACIAL
 C.O.P. 11298

MEDICIDENT

 C.D. Jesús Valdivia Huerta
 MÁSTER ORTODONCIA Y ORTOPEDIA
 MAJLQ - FACIAL
 C.O.P. 11298

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.

Yo, Sr(a) C.D. Especialista Jesús Valdivia Huerta identificado con el DNI N° 29637838
 COP N° 11286

Por medio de la presente, hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento: Cuestionario de nivel de conocimientos sobre hábitos bucales deletéreos en padres de pacientes de 5 a 13 años que asisten a la consulta externa de pediatría de la clínica San Juan de Dios, Arequipa 2020 – 2021, a efectos de su aplicación a los padres que asisten a dicha clínica.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones. (Marque con una "X" en SI o NO en cada criterio según su opinión).

N°	Criterios	Si	No	Observaciones
1	El instrumento recopila la información que dará respuesta al problema planteado de la investigación	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3	Se descompone adecuadamente variables e indicadores.	X		
4	La estructura es compatible con la operacionalización de las variables	X		
5	Los reactivos del instrumento son claros y entendibles	X		
6	El número de reactivos es el adecuado para la aplicación del instrumento	X		
7	Existe coherencia en el orden y agrupación de los reactivos.	X		

Concluyendo que el instrumento es: (X) Aplicable o () No aplicable



 C.D. Jesús Valdivia Huerta
 MASTER ORTODONCIA Y ORTOPEdia
 MAXILO - FACIAL
 C.O.P. 11286

 FIRMA Y SELLO DEL
 EVALUADOR